Série Participação Social & Políticas Públicas

Conselho Nacional de Saúde

17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

RELATÓRIO FINAL

Gabriel Calazans Baptista
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira
Francisca Valda da Silva
Alcindo Antônio Ferla

ORGANIZADORES

editora redeunida

A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. São autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS e para a defesa das vidas de todos e todas.
Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
https://editora.redeunida.org.br/

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br

Copyright © 2024 by Associação Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Diagramação
Lucia Pouchain

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA

Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

Mesa Diretora do CNS

Composição Triênio 2021/2024

Usuários
Ana Lúcia Marçal Paduello (Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras)
Heliana Hemetério (Rede Nacional de Lésbicas e Bissexuais Negras Feministas (Candaces))
Madalena Margarida da Silva Teixeira (Central Única dos Trabalhadores)
Fernando Zasso Pigatto (Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam))

Profissionais de Saúde
Fernanda Lou Sans Magano (Federação Nacional dos Psicólogos)
Francisca Valda da Silva (Associação Brasileira de Enfermagem)

Gestores
Jurandi Frutuoso Silva (Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass))
Neilton Araújo de Oliveira (Ministério da Saúde (MS))

Secretária-executiva
Ana Carolina Dantas Souza
Gustavo Cabral (Secretário-executivo substituto)

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS, FIGURAS E QUADROS CONFORME ORDEM DE APARECIMENTO EM CADA SUB CAPÍTULO

2.1 - A participação nas etapas municipais e estaduais da 17ª Conferência

Tabela 1. Distribuição de número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 17ª CNS, por UF, 2023.

Gráfico 1. Participantes totais por estados (excluindo os estados que não informaram o número de participantes), 2023.

Figura 1. Total de Participantes nas Conferências Estaduais de Saúde nível nacional, 2023.

Tabela 2. Distribuição de Delegados Estaduais Credenciados na Etapa Nacional, segundo o segmento de representação, o parâmetro projetado no Regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde e o percentual alcançado, por UF, 2023.

2.2 - O Perfil dos Participantes da 17ª Conferência

Tabela 3. Distribuição dos participantes por categoria de atuação/ representação, 17ª CNS, 2023.

Figura 2. Total de participantes nacionais e internacionais, 17ª CNS, 2023.

Tabela 4. Distribuição de participantes internacionais por países de origem, 17ª CNS, 2023.

Figura 3. Distribuição de participantes por categoria de atuação/ representação, 17ª CNS, 2023.

Figura 4. Total de participantes por local de origem, 17ª CNS, 2023.

Quadro 1. Total de participantes e a distribuição por local de origem, 17ª CNS, 2023.

Figura 5. Autodeclaração de identidade de gênero, 17ª CNS, 2023.

Figura 6. Autodeclaração de orientação sexual, 17ª CNS, 2023.

Figura 7. Autodeclaração de raça/cor, 17ª CNS, 2023.

Figura 8. Comparativo da distribuição de pessoas delegadas por segmento de atuação/ representação: 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023).

Figura 9. Total de pessoas delegadas estimadas e eleitas por região brasileira, 17ª CNS, 2023.

Quadro 2. Total de pessoas delegadas distribuídas por unidade federativa, região brasileira e por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023.

Figura 10. Total de pessoas delegadas por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023.

Figura 11. Distribuição e comparativo de pessoas delegadas por categoria de atuação/ representação e região brasileira, 17ª CNS, 2023.

Figura 12. Comparativo de pesquisadores participantes na 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023).

Figura 13. Distribuição de pesquisadores por região brasileira, 17ª CNS, 2023.

Tabela 5. Distribuição de pesquisadores por unidade federativa, 17ª CNS, 2023.

Figura 14. Comparativo de categorias de atuação/representação: 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023).

Figura 15. Comissão de relatoria por região brasileira, 17ª CNS, 2023.

Figura 16. Comissão organizadora por região brasileira, 17ª CNS, 2023.

Figura 17. Pessoal de apoio por região brasileira, 17ª CNS, 2023.

Figura 18. Atividades autogestionadas por região brasileira, 17ª CNS, 2023.

2.3 - O Perfil dos Participantes da pesquisa

Tabela 4. Descrição de características dos participantes da pesquisa, etapa nacional da 17ª CNS, 2023.

Tabela 5. idade dos entrevistados na pesquisa

Tabela 6. Distribuição dos participantes da pesquisa por Unidade da Federação e segmento, etapa nacional da 17ª CNS, 2023.

Figura 17. Primeira vez que participa de uma Conferência Nacional de Saúde, respostas dos entrevistados, etapa Nacional 17ºCNS, 2023.

Figura 18. Sentimento predominante dos entrevistados quanto aos desdobramentos da Conferência, etapa Nacional da 17ºCNS, 2023.

2.4 - A vez, a voz e a palavra dos participantes – expectativas em relação à 17ª CNS

Tabela 7. Total de entrevistas realizadas com delegados(as) por estado, região e seguimento de representação.

2.5 - CONFERÊNCIAS LIVRES

Quadro 3. Conferências Livres realizadas, pessoas delegadas eleitas pelas Conferências Livres e pessoas delegadas cadastradas na Conferência Nacional, 17ª CNS, 2023.

Quadro 4. Levantamento de pessoas entrevistadas por Conferência Livre durante a 17ª CNS, 2023.

Sumário

Apresentação 13

CAPÍTULO 1 | **MESAS DE DEBATES E EIXOS DA CONFERÊNCIA** 17

Mesa Eixo I: “O Brasil que temos. O Brasil que queremos”. 17

Mesa Eixo II: O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas 31

Mesa Eixo III: garantir direitos e defender o SUS, a vida e democracia 38

Mesa Eixo IV: Amanhã será outro dia para todos, todas e todes..... 49

CAPÍTULO 2 | **AS ETAPAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS, O PERFIL DOS PARTICIPANTES E A PESQUISA COM OS PARTICIPANTES DA 17ª CNS** 59

2.1 - A PARTICIPAÇÃO NAS ETAPAS MUNICIPAL E ESTADUAL DA 17ª CONFERÊNCIA.... 66

Tabela 1. Distribuição de número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 17ª CNS, por UF, 2023 67

Gráfico 1. Participantes totais por estados (excluindo os estados que não informaram o número de participantes), 2023 69

Figura 1. Total de Participantes nas conferências Estaduais de Saúde nível nacional, 2023 70

Tabela 2. Distribuição de Delegados Estaduais Credenciados na Etapa Nacional, segundo o segmento de representação, o parâmetro projetado no Regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde e o percentual alcançado, por UF, 2023 72

2.2 - PERFIL DOS PARTICIPANTES DA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (17ª CNS)..... 74

Tabela 3. Distribuição dos participantes por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023. 77

Figura 2. Total de participantes nacionais e internacionais, 17ª CNS, 2023..... 78

Tabela 4. Distribuição de participantes internacionais por países de origem, 17ª CNS, 2023..... 78

Figura 3. Distribuição de participantes por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023. 79

Figura 4. Total de participantes por local de origem, 17ª CNS, 2023. 80

Quadro 7. Total de participantes e a distribuição por local de origem, 17ª CNS, 2023. 81

Figura 5. Autodeclaração de identidade de gênero, 17ª CNS, 2023. 83

Figura 6. Autodeclaração de orientação sexual, 17ª CNS, 2023. 83

Figura 7. Autodeclaração de raça/cor, 17ª CNS, 2023. 84

Figura 8. Comparativo da distribuição de pessoas delegadas por segmento de atuação/representação: 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023). 85

Figura 9. Total de pessoas delegadas estimadas e eleitas por região brasileira, 17ª CNS, 2023. 86

Quadro 2. Total de pessoas delegadas distribuídas por unidade federativa, região brasileira e por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023. 87

Figura 10. Total de pessoas delegadas por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023. 88

Figura 11. Distribuição e comparativo de pessoas delegadas por categoria de atuação/representação e região brasileira, 17ª CNS, 2023..... 89

Figura 12. Comparativo de pesquisadores participantes na 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023). 90

Figura 13.Distribuição de pesquisadores por região brasileira, 17ª CNS, 2023. ... 91

Tabela 5. Distribuição de pesquisadores por unidade federativa, 17ª CNS, 2023. 92

Figura 14. Comparativo de categorias de atuação/representação: 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023). 93

Figura 15. Comissão de relatoria por região brasileira, 17ª CNS, 2023..... 94

Figura 16. Comissão organizadora por região brasileira, 17ª CNS, 2023. 94

Figura 17. Pessoal de apoio por região brasileira, 17ª CNS, 2023..... 95

Figura 18. Atividades autogestionadas por região brasileira, 17ª CNS, 2023. 95

- 2.3 O Perfil Dos Participantes da Pesquisa 96

  Tabela 4. Descrição de características dos participantes da pesquisa, etapa nacional da 17ª CNS, 2023. 96

  Tabela 5. Idade dos entrevistados na pesquisa, etapa nacional da 17ª CNS, 2023. 97

  Tabela 6. Distribuição dos participantes da pesquisa por Unidade da Federação e segmento, etapa nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde, 2023. 98

  Figura 17. Primeira vez que participa de uma Conferência Nacional de Saúde, respostas dos entrevistados. Etapa Nacional 17ºCNS (2023). 99

  Figura 18. Sentimento predominante dos entrevistados quanto aos desdobramentos da Conferência. Etapa Nacional da 17ºCNS (2023). 100

- 2.4 - A vez, a voz e a palavra dos participantes - expectativas em relação à 17ª CNS..... 100

  Tabela 7. Total de entrevistas realizadas com delegados(as) por estado, região e seguimento de representação. 101

- 2.5 - CONFERÊNCIAS LIVRES 110

  Quadro 3. Conferências Livres realizadas, pessoas delegadas eleitas pelas Conferências Livres e pessoas delegadas cadastradas na Conferência Nacional, 17ª CNS, 2023. 111

  Quadro 4. Levantamento de pessoas entrevistadas por Conferência Livre durante a 17ª CNS, 2023. 116

PESQUISADORES E COLABORADORES 120

REFERÊNCIAS 122

CAPÍTULO 3 | **PRESSUPOSTOS NORMATIVOS, PROPOSIÇÕES E DELIBERAÇÕES** 125

- 3.1 Diretrizes aprovadas na *17ª Conferência Nacional de Saúde* 126
- 3.2 Moções 360
- 3.3 Orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. .. 398
- 3.4 Atos normativos preparatórios..... 416
- 3.5 Decreto Nº 11576/2023 - Convoca a 17ª Conferência Nacional de Saúde... 417
- 3.6 Documento Orientador de apoio aos debates 419
- 3.7- Manual de participante da 17ª Conferência Nacional de Saúde 457
- 3.8 Resoluções do CNS 470

  3.8.1 – Aprovação da realização da realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde e outras medidas a ela concernentes - RESOLUÇÃO Nº 664/2021..... 470

  3.8.2 Estrutura, Composição e atribuições da comissão organizadora 473

  3.8.3 - Regimento da 17ª CNS, Etapas Prévias e Regras do processo de candidatura e eleição do conjunto dos Delegados/as Estaduais, Distrito Federal, Conferências Livres para a Etapa Nacional - RESOLUÇÃO Nº 680/2022 486

  3.8.4 - Diretrizes metodológicas da 17ª Conferência Nacional de Saúde - RESOLUÇÃO Nº 702/2022 513

  3.8.5 - Regulamento da Etapa Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde- RESOLUÇÃO Nº 705/2023 528

- 3.9. Guia de Acessibilidade para realização de conferências de Saúde 558
- 3.10 FICHA TÉCNICA 568

Apresentação

Este documento é o resultado da ampla mobilização e participação popular em seminários, simpósios, fóruns, plenárias como preparatórias da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ªCNS). Este processo capilarizou em todo o território nacional vibrando uma belíssima **construção social** – no formato **ascendente** (conferências municipais-regionais e estaduais-distritais) e **horizontal** (conferências livres nacionais) - **de Diretrizes e Propostas** sistematizadas no relatório nacional consolidado debatido e votado na etapa nacional. Esta publicação que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) entrega ao povo brasileiro é o anseio de mais de 2 milhões de pessoas que construíram a 17ªCNS, e que projetam no Sistema Único de Saúde (SUS) a garantia de Direitos, o fortalecimento da Vida e da Democracia no Brasil. As conferências de saúde são a maior expressão da democracia participativa na formulação de Políticas Públicas de Estado no Brasil.

A 17ª CNS aconteceu entre novembro de 2022 e julho de 2023 e contribuiu para revigorar a democracia no país ao desenvolver inovações com as conferências livres e a pesquisa de estudos integrados da participação social e a inserção de novas perspectivas que permitiu impulsionar e revelar a expansão e o protagonismo do controle social para o fortalecimento do SUS. As 1.198 propostas e 245 diretrizes presentes neste relatório mostram toda permeabilidade do sistema às mudanças da sociedade, trazendo proposições inéditas junto de demandas históricas. As 98 Conferências Livres Nacionais de Saúde realizadas são a expressão máxima desse novo tempo, e marcam a capacidade de reinvenção do controle social do SUS.

A 17ª CNS ganha o aval do povo brasileiro sobre a importância do SUS, frente a um passado recente em que uma pandemia mundial colocou à prova a eficácia do Sistema e seus trabalhadores, e de maneira desoladora levou a vida de milhares de brasileiras e brasileiros. O SUS se revelou essencial e saiu da emergência sanitária maior e mais prestigiado por ser uma política de estado estruturante, que se baseia na ciência e da democracia com pilares institucionais.

O conjunto de proposições desse documento é uma resposta do povo brasileiro ao período de negacionismo na saúde e a retomada do caminho da vida plena exercida como direito de todas as pessoas. A participação social como exercício da democracia nunca esteve tão viva, pulsante e altiva e é expressa nesse relatório ao dar corpo e voz para aqueles que foram excluídos ou vulnerabilizados no processo histórico.

A 17ª CNS reafirma a luta pelo cumprimento do piso constitucional que assegure financiamento para a oferta de serviços de saúde com integralidade no SUS. As propostas fortalecem a participação social no enfrentamento à irracional e brutal concentração de rendas em prol da garantia de investimentos na vida e na saúde da população. Os R$ 70 bilhões perdidos pelo SUS nos seis anos de vigência da Emenda 95 do teto de gastos significaram um desmonte de políticas, ações e serviços essenciais, que tem como reflexo o aumento de índices de mortalidade, baixas coberturas vacinais, dentre outros indicadores que mostram um retrocesso acelerado em áreas que contavam com grandes avanços.

É o caso da imunização. No ano que o Programa Nacional Imunização (PNI) completa 50 anos, a volta das coberturas vacinais se torna um dos grandes desafios da sociedade. O querido Zé Gotinha, símbolo do PNI, volta à cena com trabalho redobrado, tendo que enfrentar fenômenos contemporâneos como a desinformação sobre as vacinas nas redes sociais.

As propostas e diretrizes desse relatório ratificam e sintetizam as prioridades da sociedade na saúde, incluindo proposições que subsidiaram os instrumentos de gestão do Governo Federal para os próximos anos. A Resolução nº 715 do CNS cumpriu esse importante papel, ao conseguir incidir em tempo no Plano Anual e Plurianual de saúde elaborados pelo governo. Apesar do curto tempo para sua produção, o empenho e dedicação da Comissão de Relatoria da 17ª CNS tornou possível a inserção das prioridades elencadas pelo povo brasileiro no orçamento federal.

O amanhã de novos dias se fizeram raiar na 17ª Conferência Nacional de Saúde, e são traduzidos aqui no conteúdo final que compõem a Resolução nº 719 de agosto de 2023 do CNS. É esse Brasil do futuro que é construído no agora que apresentamos para você, leitor e leitora, nas próximas páginas. Boa leitura!

Viva o SUS! Viva a democracia! Viva o povo brasileiro!

Fernando Zasso Pigatto
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Francisca Valda da Silva
Integrante da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde

CAPÍTULO 1: MESAS DE DEBATES E EIXOS DA CONFERÊNCIA

02/08/2023 – tarde. Eixo I - Mesa: “O Brasil que temos. O Brasil que queremos”.

No dia 2 de agosto, às 14h, ocorreu a mesa de debate “O Brasil que temos. O Brasil que queremos” composta por Alicia Kruger, Michely Ribeiro e Rogério Lannes. Valcler Rangel, assessor da Ministra Nísia Trindade, e Eliana Neves Emetério dos Santos, integrante da mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde, apresentaram a proposta do debate e mediaram a palavra para os integrantes:

Alice Gruker é farmacêutica clínica e sanitarista, epidemiologista, mestre de saúde coletiva e doutoranda em medicina endocrinológica e clínica pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. É assessora de políticas de inclusão, diversidade e equidade em saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde.

Alicia começou sua fala saudando os presentes e lembrando as palavras de Sérgio Arouca: “Olá a todas, todos e todes. Boa tarde, Brasília! Saúde e democracia voltaram para esse país. Preciso começar parafraseando o Sérgio Aroca, que é um dos grandes pais desse sistema único de saúde, que nos ensinou que saúde e democracia precisam

coexistir. E em nome da Lúcia Solto, que deve estar por aí, que é minha grande amiga, pelo Aroca eu saúdo você que é essa grande mulher e trouxe saúde e democracia de volta para esse país. E preciso dizer que sim, tem travesti nessa tribuna. Enquanto tentam nos higienizar tem travestilidade que nos traz aqui.

Eu tenho a honra de trazer também aqui para vocês o abraço caloroso da nossa secretária de Vigilância e Saúde Ambiente, doutora Ethel Maciel, junto com a Ministra Nísia, que vai estar conosco também, decidem encampar a pauta de gênero, sexualidade e LGBT como prioritária em relação à equidade de gênero e raça. E trazem uma travesti para trabalhar com essa pauta dentro dessa secretaria. E eu preciso aqui saudar especialmente as mulheres cis, trans e travestis. É por vocês que nós estamos aqui. Saúdo também Eliana Emetério, saúdo, todas as mulheres que estão aqui.

Falando sobre equidade, até porque a igualdade sempre foi uma falácia que o Sistema Único de Saúde, desde a sua lei orgânica, a lei 8080, já derrubava. Quando a gente fala de igualdade, a gente coloca todo mundo num pé que não existe. Como a gente olha, por exemplo, se eu der a mesma bicicleta pra todo mundo, pessoas diferentes de estaturas, eu não vou conseguir com que elas andem de bicicleta. Pessoas de cadeira de rodas que muitas vezes não tem os movimentos das pernas. Essa bicicleta vai dar conta, não vai. Eu preciso adaptar.

Eu preciso ter uma noção de equidade anticapacitista. A igualdade talvez não seja uma falácia, mas seja, sim, uma meta utópica, que inclusive a nossa Constituição cidadã coloca, mas a equidade é a ferramenta para que a gente alcance ela. A segunda é aquela clássica do futebol e convenhamos que os campos de futebol têm sido campos férteis para a iniquidade, então é bom que a gente discuta. A terceira é uma releitura que eu gosto muito, que ela é inclusive anticapacitista, dizendo que não basta dar o número de caixotes que as pessoas precisam. Eu preciso adaptar e dar estrutura para que todo mundo alcance os seus objetivos. Parece piada, mas é isso, né? A gente tem igualdade, a gente tem equidade, e a gente tem a realidade brasileira.

Por isso que a gente precisa falar de justiça social. Não basta eu cuidar dos indivíduos, eu preciso cuidar da célula matrea que é a sociedade. Eu preciso cuidar da célula matrea que é o sistema único de saúde. Não basta eu dar os mecanismos para cada indivíduo.

Eu preciso financiar corretamente o sistema único de saúde. Eu preciso dar condições para que trabalhadoras e trabalhadores trabalhem da melhor maneira possível.

Não tenho papas na língua, não preciso ter. **O último chefe do executivo, inelegível, diga-se de passagem, falou uma frase que ficou icônica ainda na época da campanha eleitoral, não sei se vocês lembram, ele disse assim, minoria é minoria e as minorias devem se curvar as maiorias. Lembram disso? Infelizmente esse chefe do executivo não se baseou em algo básico que é a ciência. A ciência, uma ciência tão importante que a geografia, através do nosso IBGE, que é o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, nos mostra quem é a maioria da população. Quase 52% desse último censo que foi publicizado agora, diz que quase 52% das pessoas do Brasil são mulheres. E no segundo gráfico mostra que a maioria delas é a soma de pretos e pardos que dá a população negra. Então faltou o senhor ex-chefe do Executivo se curvar cada vez que uma mulher preta passasse por ele. A cara do Brasil é cara de uma mulher preta. Homens brancos, curvem-se as mulheres pretas.**

Quando a gente vai olhar pra travestis como eu, pra pessoas trans, a gente sempre acha que são tão poucas pessoas. A gente acha que as pessoas trans são como se fosse o Wally, que é muito difícil achar essas pessoas. Lúcia Solto, companheiros, vamos pra ciência de novo? Existe um periódico científico, acho que ele não é muito famoso, né? Não sei se vocês já ouviram falar na Nature. Um grupo de brasileiros estimou por uma modelagem matemática que até 2% da população brasileira se identifique como trans. São pelo menos 4 milhões de pessoas trans vivendo neste país. Nós não somos o Wally. As pessoas trans estão nas esquinas se prostituindo, sim, com dignidade, mas as pessoas trans estão aí. E as pessoas trans estão aqui pela primeira vez na história das conferências nacionais falando para vocês. Falar de vigilância também é falar de saúde. Muitas vezes a gente acha que a saúde é só assistência. A vigilância, eu sempre brinco que a gente fala tanto de invisibilidade trans, e aí eu brinco que a vigilância talvez seja a trans na área da saúde, porque a gente não dá tanto valor para essa ferramenta tão potente, que é justamente para estimar como é a frequência e distribuição dos agravos e eventos em saúde, para a gente tomar atitude, inclusive, para a assistência.

Por isso que é importante a gente adaptar, e esse é o trabalho que nós temos feito em âmbito da SVSA, e num GT ampliado com a Secretaria de Saúde Digital para adaptar

todos os sistemas de informação e vigilância do país para conter os campos orientação sexual, identidade de gênero, reforçar a completude do campo raça-cor e tudo que visibilize quem somos nós, independente de desfecho por agravo. A gente tem um grande exemplo que é a epidemia de HIV no país. A última grande pandemia do século passado foi a pandemia de HIV AIDS. A primeira e não vai ser a última, a primeira grande pandemia desse século foi a pandemia de Covid-19. E na minha opinião, enquanto epidemiologista, a gente cometeu o mesmo grande erro que foi falar de grupos de risco. Não adicionando as noções que inclusive o professor Ayres, que é o pai da noção de risco nesse país, fala que são das vulnerabilidades individuais, programáticas e sociais. O que será que explica, então, que mulheres trans e travestis como eu sejam as que mais agreguem prevalência de HIV?

Eu vou fazer uma atividade rápida e interativa com vocês aqui. Quem aqui já estudou com uma pessoa heterossexual, por favor, levanta a mão. Levanta a mão, gente, senão aqui é o vale homossexual, né? Olhem ao redor, por favor. Quem aqui já estudou com um bissexual, levanta a mão. Quem aqui já estudou com uma lésbica? Quem aqui já estudou com uma travesti, levanta a mão. Olhem ao redor. Quem aqui já estudou com um homem trans?

Quem aqui já estudou com uma pessoa não binária? Se pessoas trans são jogadas pra fora da escola, se são tolhidas o direito básico e constitucional de acesso à educação, elas vão saber o que é o vírus da imunodeficiência humana, o que é a síndrome da imunodeficiência humana adquirida, quais são os mecanismos de prevenção? Não. Da mesma forma para a sífilis, eu não vou me delongar. Eu quero chegar neste conceito que é da sindemia dos determinantes sociais. Infelizmente, dizer que você é preto, você é travesti, você ter uma condição socioeconômica ruim, que são só características de uma pessoa, isso infelizmente causa uma sinergia de vulnerabilidades e coloca você como o mais provável de ter desfechos ruins em saúde.

Então jamais eu posso analisar um dado de Covid. A gente nunca pode analisar um dado de HIV sem olhar para os determinantes sociais no processo saúde e doença que levam as pessoas a adoecer de padrões diferentes. Aqui eu trago para vocês o acesso a PrEP, que é uma profilaxia pré-exposição HIV que pode ser tomada diariamente ou sob demanda nesse país e é fornecido pelo Sistema Único de Saúde. E eu digo que ele não é fornecido gratuitamente, porque o nosso SUS não é gratuito. O nosso SUS é pago todos os dias em impostos. E é esse SUS que nos garante atendimento integral, universal e equânime. Mas, infelizmente, esse mesmo SUS que nós pagamos impostos todos os dias, ainda não consegue atender, principalmente, essas travestis que são as mais vulneráveis. Pois bem, eu represento o Ministério, eu estou acendendo um problema, eu preciso, pelo menos, pensar numa proposta de solução. A gente tá com um projeto em ambulatórios trans de todo o país, nas cinco regiões, em alguns ambulatórios selecionados.

Se PrEP é prevenção do HIV, não adianta estar só nos serviços clássicos de HIV. PrEP tem que tá no ambulatório trans, disponível para as pessoas se prevenirem. Então, pessoas trans, essa é a grande revolução que a gente traz aqui. Prevenção de HIV fora dos serviços clássicos, em outros pontos da rede de atenção. Vejam que nós não selecionamos os grandes ambulatórios, a gente selecionou interiores. A gente selecionou lugares mais vulneráveis e a gente olhou para o critério epidemiológico para colocar isso. SUS é sobre territorialidade, SUS é sobre olhar como que isso se dá na vida real. Plano de eliminação da transmissão vertical. O Brasil é um dos únicos países do mundo com essa dimensão continental que já mira a eliminação da transmissão vertical e já tem isso como realidade em muitos municípios como a nossa grande São Paulo, como Curitiba, e temos a única cidade do país, que é Guarapuava, no interior do Paraná, que eliminou tanto transmissão vertical de HIV e de sífilis, pensando na saúde integral das mulheres.

É sobre reverenciar, como eu falei, que a gente reverencia aqueles que vieram primeiro, quem realmente descobriu esse Brasil. Território indígena são os milhões de quilômetros da República Federativa do Brasil. Obrigada por essa intervenção. Homens também podem engravidar. E é isso que muitas vezes a gente deixa escapar dos nossos olhos. A gente precisa pensar em saúde sexual, saúde reprodutiva para todas as pessoas. Pode passar. Alguém aqui já ouviu falar do livro da escrava Isaura ou como a justiça social manda nos dizer a escravizada Isaura? Rapidamente, para fechar, Isaura era filha de um capataz com uma mulher escravizada de uma grande fazenda.

Aqui a gente vai discutir racismo também, porque o fato dela nascer com a pele branca fez com que ela fosse retirada da senzala, fosse levada para a casa grande e criada. Aprendeu a ler e escrever, aprendeu muita coisa. Para ela foi prometida a alforria. Quando a madrinha dela estava no leito de morte, assumiu que não deu alforria para

Isaura por um sentimento de posse, por medo que ela fosse embora. Logo depois, o marido dela que também prometeu alforria para Isaura, morre e não dá alforria. Logo Isaura acaba nas mãos do Leôncio, que é o herdeiro das terras.

E ele, como diz no livro de Bernardo Guimarães, o sonho do Leôncio era ter a Isaura por uma noite. Em resumo, ele queria estuprar a Isaura. Isaura fugindo trava uma batalha, foge de campos dos Goitacazes até chegar ao interior de São Paulo. Nesse meio tempo, um dia, ela estava ali colhendo maçã, aquela coisa linda, e conhece aquele príncipe que está em cima de um cavalo branco, que se apaixona por ela. Eles se apaixonam e começam ali um relacionamento e um dia a mãe do Álvaro, ela quer dar um baile para reconhecer a Isaura como namorada do filho. Nesse dia, um dos capatazes, um jagunço que estava procurando a Isaura, a reconhece. E aí ele pergunta pra Isaura, você é fugitiva da polícia? Qual é seu segredo? E ela fala, meu segredo é que eu sou escravizada. Primeiro ímpeto que ele teve foi pra ir pra um grande amigo e dizer o seguinte, meu Deus, eu achei que ela era uma mulher. Eu achei que ela era um ser humano. Eu achei que eu poderia casar com ela, ter filhos e apresentá-la para a sociedade.

Eu até posso ter uma noite de amor com ela, mas como é que eu vou apresentá-la como mulher e mãe dos meus filhos para a sociedade? Hoje os homens chegam para nós, travestis, e falam, que linda! Eu jurei que fosse uma mulher. Eu até posso ter uma noite de amor com você, mas como é que eu vou apresentá-la como mulher, mãe dos meus filhos para a sociedade? Eis aqui a prova de que a noção do que é ser homem ou ser mulher não passa apenas pela biologia. Passa também pelo tempo, pela sociedade. Isaura nasceu com vagina e útero e não era considerada mulher, como mulheres pretas também não eram nessa época. Hoje travestis como eu não são consideradas. Cabe a nós hoje aqui fazermos a revolução de pensamento e que nós mudemos esta situação. Mulheres trans e travestis são mulheres. Nós fizemos pela primeira vez na história desse país um boletim sobre a saúde de todas as mulheres. E por uma decisão do governo passado de não mostrar esses dados, a gente mostrou a série histórica de seis anos.

Nós temos uma política nacional LGBT que dá suporte a tudo isso nesse país, não é falácia, é política. Nós mulheres precisamos dizer, expoente da luta antirracista, mas com várias questões de violência contra a mulher, nós precisamos olhar as coisas multifacetadas. Nelson Mandela disse o seguinte em uma das suas grandes obras em 1995: Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor da sua pele, ou por sua origem, sua religião, orientação sexual ou identidade de gênero. Para odiar as pessoas, elas precisam aprender. E se elas aprendem a odiar, elas podem ser ensinadas a amar, pois o amor chega muito mais naturalmente ao coração humano do que o seu oposto. A bondade humana é uma chama que pode ser oculta, mas jamais extinta. Muito obrigada".

Michele Ribeiro da Silva. Gestora de projetos, psicóloga, mestrando informação e comunicação de saúde pela Fiocruz, ativista do movimento de mulheres negras, associada à rede de mulheres negras do Paraná e da articulação de organizações de mulheres negras brasileiras, a MNB, e ex-conselheira nacional de saúde também.

Michele iniciou sua fala destacando: "Gosto de iniciar a minha fala, normalmente, apresentando um símbolo de Sankofa, que é um símbolo adinkra, um conjunto de símbolos que representam ideias expressadas em provérbios originários do povo Akan, que fica na África Ocidental, e que corresponde aos países de Gana, Togo e Costa do Marfim. Sankofa, para a gente entender um pouco da palavra, sanko significa voltar e fa buscar e trazer. É a partir desse provérbio tradicional, que eu não sei pronunciar ele no todo, mas que ele pode ser traduzido como não é tabu voltar atrás e buscar o que se esqueceu. Sankofa é representado por um pássaro que voa com o peito voltado para frente, com o bico para trás e ele carrega nesse bico um ovo, o futuro. Sankofa ensina a possibilidade e sabedoria de voltar atrás as nossas raízes, as nossas compreensões para poder realizar nosso potencial de avançar. Assim, ele é uma realização do eu individual e do eu coletivo. Nada mais realista do que Sankofa para o tema do eixo 1, o Brasil que temos e o Brasil que queremos.

Não é possível chegar nessa compreensão do Brasil que nós temos sem conseguir resgatar a história de constituição do nosso país. Ela é constituída de violência devido ao extermínio da população indígena, genocídio que segue em curso e ficou muito mais evidenciado através da pandemia da Covid-19 e a situação vivida pelos povos indígenas diante do aumento da invasão e exploração desses territórios, fruto da desestruturação da assistência à saúde indígena e do abandono das políticas de proteção territorial desses povos. O racismo segue presente quando nós falamos também sobre as populações negras, vislumbrando sobretudo o genocídio de jovens negros. Enquanto nós estaremos aqui nessa mesa, fazendo um debate extremamente importante sobre a realidade do

Brasil, cinco jovens negros serão assassinados pela polícia. É importante falar disso porque essa guerra, a suposta guerra às drogas, oficializa e ignora que o proibicionismo é um grande problema de saúde pública, que o excesso de investimentos em armas e violência contra os jovens da periferia, leia-se aqui esses jovens negros, impacta gravemente a situação de saúde e alarga o encarceramento do Brasil em números inaceitáveis.

É importante ressaltar também que a pandemia da Covid-19 escancarou as desigualdades presentes no país em forma de disparidades. No Brasil houve crescimento econômico à custa de nossas vidas. Racismo e sexismo seguem sendo fonte de lucro. É preciso evidenciar que aqui buscamos a efetivação do Sistema Único de Saúde por meio do exercício do controle social. Porém não podemos nos enganar e acreditar que aqui todo mundo segue com a mesma lÍngua ou tendo a mesma compreensão sobre a efetivação do direito à saúde ou sobre a efetivação dos direitos humanos. Ainda temos muitas pesquisas que seguem sendo utilizadas para reiterar lugares de privilégio, sociais disfarçadas de universalidade em detrimento do reconhecimento do que é prioritário e de quem está em situação de risco. Temos ainda inúmeras mortes de mulheres por causas evitáveis devido à falta de acesso aos serviços de saúde, agravando a mortalidade materna e o abortamento inseguro.

E se pensamos em comida, a recente pesquisa publicada pela Rede Pensam, que analisou os dados coletados entre novembro de 2021 e abril de 2022, nos apresenta ainda mais desse Brasil que nós temos. Nas regiões Norte e Nordeste, quatro em cada dez famílias convivem com as formas mais severas de insegurança alimentar. Que em 60% dos municípios de áreas rurais, quem planta tem cada vez menos alimento para comer. E essa pobreza está associada ao desmonte de políticas de apoio às populações do campo, da floresta e das águas. E isso não é diferente para a área urbana, onde encontramos cerca de 27 milhões de pessoas que estão em situação de fome. É importante destacar que nos lares em que as pessoas recebem um salário mínimo por pessoa, a fome quase desaparece, exceto quando esse lar é liderado por uma pessoa negra. Essa realidade apresenta que, mesmo quando os rendimentos mensais ficam acima de um salário mínimo por pessoa, a insegurança alimentar é maior nos domicílios onde essa pessoa se declara preta ou parda. A fome no Brasil tem cor e tem lugar. É importante destacar também que 6 de cada 10 lares chefiados por mulheres convivem com a insegurança alimentar. O Racismo e o sexismo seguem garantindo riquezas para homens e para populações não negras. Esse cenário impõe para a maioria da população uma estrutura de vulnerabilidades, imposta pela ausência de democracia na sociedade brasileira.

Essa ausência de democracia gera disparidades estruturais para a construção de um Estado-nação antirracista de enfrentamento a políticas públicas neoliberais como a abertura do SUS para a exploração do capital estrangeiro. É preciso garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, meninas e pessoas que podem gestar, tendo por base a justiça reprodutiva, com atenção aos princípios do SUS e que considere que das pessoas que menstruam e daquelas que estão na menopausa e em transição de gênero, é preciso olhar para tudo isso com a interseccionalidade de gênero, raça e também desse lugar social. O Brasil que queremos precisa estruturar e implementar uma política nacional de comunicação pública do SUS, abarcando a universalidade e a equidade, a fim de tornar todas as pessoas protagonistas da comunicação e dessa inclusão no plano nacional de saúde. É importante lembrar que nós estamos numa batalha assimétrica do ponto de vista da comunicação e nós precisamos, para além de todas, todos e todes que estamos aqui, de mais ferramentas para efetivar essa comunicação e conseguir fazer um enfrentamento significativo, aquilo que nós queremos pautar para a sociedade.

Esse Brasil que nós queremos vai se efetivar pela implementação da política nacional de saúde integral da população negra. As pesquisas devem seguir com reconhecimento e políticas estruturadas com base em evidências, mas elas também precisam de articulação entre a ciência e o território, sobretudo os territórios quilombolas, urbanos e rurais, no modo de integrar as universidades, os espaços de formação de coletivos, o modo também das comunidades conseguirem se organizar, as ocupações de moradia que atendam às necessidades e demandas da saúde da população e fomentem a formação em saúde. É preciso que as práticas integrativas e complementares do SUS, os saberes, fazeres e promoção de saúde e cuidado dessas comunidades tradicionais, incluindo as de matriz africana, dos povos originários, reconheçam essas diferentes matizes de conhecimento à luz do pluriversalismo, da espiritualidade, da integralidade e da equidade. A democracia que nós queremos é aquela que a mulher esteja no primeiro plano, que a mulher negra como protagonista do processo da mudança, onde o legado, o conhecimento, a experiência nas práticas coletivas sejam levadas em consideração.

Queremos compartilhar todos os bens e serviços que são apresentados pela sociedade e tomar decisões, construir o futuro do país. Essa democracia só faz sentido quando qualquer pessoa não permitir mais que jovens negros sejam assassinados pelo Estado. Que mulheres, vidas negras importam. É importante a gente pensar que o Estado tem que assegurar e não garantir que mulheres negras sigam morrendo em decorrência do parto. A democracia da equidade, essa democracia do reconhecimento da diferença como um valor. É a democracia da justiça social, como a Alicia acabou de apresentar e desenvolver aqui pra gente de maneira tão didática. Os direitos da população é preciso pensar isso de maneira muito ampla. E como é que a gente pensa esse Brasil que nós queremos? Para a efetivação da democracia, nós aqui temos alguns desafios a serem percorridos ao longo desses dias de conferência e mais ainda, ao longo dos próximos quatro anos que vão anteceder a 18ª Conferência Nacional de Saúde. Para o amanhã ser outro dia, nós precisamos fazer alterações contundentes e significativas no presente. O Brasil que queremos, esse Brasil que se ergue principalmente devido ao erguer de vozes de mulheres, negros, indígenas, populações LGBTQIAPN+, por moradores em situação de rua, por moradores que estão nas periferias do sudeste, dos quilombos, das florestas, das águas, das cidades, nós enviamos uma mensagem potente juntamente com outros segmentos da sociedade, exigindo mudanças necessárias diante dos desmontes que foram operados. É importante pensar que esse Brasil que nós queremos envolve compreender primeiramente que nós, populações negras, somos maioria.

E não se faz nada, não é possível, não é uma disputa narrativa, é uma evidência. Não se faz nada que possa mudar de maneira significativa os rumos do sistema único de saúde sem considerar que essas mulheres, que esses povos indígenas, que essas populações negras, que as pessoas que moram nas periferias urbanas precisam ser atendidas de maneira integral. É preciso que haja mecanismos e políticas públicas capazes de enfrentar de forma profunda e consistente os desafios que o racismo e as iniquidades estruturais oferecem para esse sistema. **É preciso romper com o que Cida Bento nos traz, com o pacto narcísico da branquitude. Isso significa que aquelas pessoas que são beneficiadas pelo racismo cis, hétero, patriarcal, que não estão nas regiões norte e nordeste, que não vivem nessas periferias e favelas, que não são negras ou indígenas, que não são mulheres, que não são LGBTQIs, que não vivem nos campos, nas florestas, nas águas, é extremamente importante que todas essas pessoas se expressem a plenos pulmões e digam que discordam do poder e da manutenção desse poder na mão de poucas pessoas, principalmente desses poucos homens brancos sudestinos.** É preciso entender que mesmo que aqui estejamos juntes defendendo o SUS, defendendo a democracia, para algumas pessoas o exercício da democracia deixa de ser reivindicada se mulheres morrem em situação de abortamento inseguro. Para algumas e alguns de nós, a democracia deixa de existir quando isso significa que a necessidade de demarcação para territórios tradicionais como medida de justiça climática não se efetiva. É preciso lembrar que a justiça econômica só será alcançada com o enfrentamento contundente ao racismo. Para finalizar, eu quero rememorar Arnaldo Marcolino, que tanto contribuiu com o controle social em saúde, sobretudo na coordenação de plenárias dos conselhos, que nos deixou ano passado, na última mensagem que ele encaminhou para todas e todos nós, que ele sempre encaminhava semanalmente com a frase icônica logo de manhã, bom dia, Arnaldo falou sobre o movimento SUS nas ruas e com a frase, o apreço não tem preço, resgatando a música, nos desejando uma excelente semana para todos, todas e todes.

Para aquelas pessoas que ainda não se viram no cenário que eu aqui trouxe, ou se vislumbrar do Brasil que queremos, eu só preciso que converse e escute mais com profundidade, com amorosidade, sobretudo com atenção e com compromisso político para a alteração. Escute as demandas dessa maioria da população brasileira. Afinal, para finalizar aqui, todos nós temos sido regidos por políticas elaboradas majoritariamente sem considerar as nossas demandas. E eu entendo essa como uma oportunidade de tentarmos fazer de outro jeito para que amanhã possa efetivamente ser outro dia.”

Rogério Lannes Rocha. Jornalista, coordenador e editor-chefe do Programa e da Revista Rádios da NNPS Fiocruz, Mestre de Comunicação e Cultura, com pesquisa sobre o diálogo da comunicação. Doutor em Informação e Comunicação em Saúde, com pesquisa sobre a voz do outro na comunicação pública e saúde.

Rogério iniciou sua fala destacando: “A independência não foi dada a um principezinho mimado. Ela precisou ser conquistada com guerra, com luta. O movimento foi popular e teve o protagonismo de mulheres. Três mulheres, né? Maria Quitéria, Joana Angélica e uma mulher negra, Maria Filipa. Eu estou representando pela primeira vez, depois de acompanhar, cobrir como jornalista as conferências, eu estou sendo delegado, estou estreando como delegado da Conferência Livre de Comunicação e Saúde. E eu

percebi que pessoas que não são da saúde ou chegam, se perguntam o que pode uma conferência. Então, indo para aquele ciclo que deu sentido aos princípios, os conceitos, que até hoje estão presentes para a gente, de democracia, saúde é democracia, tudo que diz respeito à democracia diz respeito à saúde e uma conferência, um movimento de saúde pode e deve intervir. Se saúde é integral, tudo que diz respeito à vida, também nós podemos intervir. E depois daquele ciclo que vai da oitava conferência, que pode modificar completamente como eram as conferências, criar um SUS inédito, colocar ele na Constituição, colocar na Constituição o direito à saúde, com o movimento sanitário que, pensando no Arouca, que constituiu a 8ª Conferência e que se fortaleceu com a Conferência, colocou na Constituição também a Seguridade e o direito à saúde.

Depois da lei orgânica, a nona conferência até a décima primeira a gente teve um ciclo de conferências que tinham que lidar com coisas muito chatas. Estruturar o SUS, pensar como ele se divide, lidar com gestores que não aceitavam a participação social, foi uma década muito difícil, a de 90, lidar com o não financiamento, que era uma política do neoliberalismo contrariado com o SUS, uma abertura que durou até a 15ª Conferência, de começar a discutir todos os outros direitos e as colegas queridas que falaram antes, elas mostram isso.

Para vocês terem uma ideia, a mesa de abertura da 12ª Conferência de Saúde só tinha homens. Eu não lembro se eram todos brancos. Uma mulher foi chamada para ser homenageada e aí toda a plenária aclamou a permanência dela sentada na mesa. Então, se a gente tem que conquistar e de equidade, de ampliar, a gente chega na 15ª Conferência com uma discussão que é muito cara pra gente, que é a do direito à comunicação. Foi aprovada uma moção que trata o direito à comunicação como essencial e estruturante para o direito à saúde. Você não exerce, não conquista, não amplia o direito à saúde se você não tem direito à comunicação, no sentido de falar e ser ouvido. Os indivíduos, as coletividades, a sociedade, falar e ser ouvido. Se a gente fizer um paralelo com o direito à saúde, é como se fosse o direito de todos falarem e a obrigação do Estado e dos dirigentes ouvir. E essa não é uma tradição na saúde coletiva, na gestão do SUS.

Uma passeata de 5 mil pessoas na 15ª e foi a primeira vez que a gente acompanhando, reportando as conferências viu uma faixa de movimentos de saúde pedindo a democratização da comunicação. Então é muito interessante como as coisas vão se incorporando assim. Nessa conferência de preparação para a 17ª, nós fizemos, debatemos e votamos uma diretriz para cada um dos eixos, quatro eixos e umas 18 propostas incorporadas que vocês vão conhecer aí e vão poder debater. E principalmente o sentido delas é assim, de ter essa política e é uma política de comunicação pública, não é de comunicar para divulgar, para transmitir informação, para dizer como é que é, para ser normativo, para falar o que tem que ser. É uma comunicação que trate todos como interlocutores, em que quem tem poder ouça mais do que fale. Esse é o sentido.

E que isso entre no planejamento da saúde para os próximos anos. A seguinte é a diretriz do Eixo 3 que fala desse conceito que eu disse pra vocês. De uma maneira em que comunicar não é um instrumento, é uma estrutura, é uma coisa que está presente o tempo todo. Muito importante dizer isso. Tudo que a gente faz na saúde, de planejamento e tal, é muito comum. A gente faz, faz, faz e no final vamos comunicar. Isso é o oposto do que a gente está falando. A gente está comunicando o tempo todo que está presente e construindo as coisas.

Então, chegamos nesse quarto ciclo, que eu diria assim, a partir da 15ª em dezembro de 2015, quando o impeachment foi aceito. Então, a partir de 2016, até o ano passado, nas eleições, a gente vive esse ciclo, que ele é da sociedade, ele é da conjuntura política, mas ele é também daquilo com que a gente lida aqui e a 16ª Conferência fez isso. É um desmonte total das estruturas públicas e tentativas de desconstruir o SUS, de desproteção social. As políticas econômicas no primeiro ano do segundo governo Dilma já eram, por conta de pressões, elas já eram ruins para a saúde e para os direitos sociais. Então a gente tem nessa quadrilha aí do Bolsonaro, eu gosto de falar Bolsonaro, aquele genocida, fascista, é importante falar isso. Uma máquina de desinformação, um momento mais agudo de pobreza com a volta da fome e como já foi dito aqui, genocídios, alguns específicos, como o indígena, a população de Manaus, e do meu ponto de vista, um genocídio geral que pode ser qualificado 3 quartos das mais de 700 mortes. Então vamos em frente.

Tudo bem, um discurso de campanha está certo, mas essa reconstrução não é para a gente voltar ao que a gente era há quatro anos atrás. Porque como as minhas amigas já falaram aqui, esse é um país que a gente já não queria, que já estava construído em cima do genocídio indígena e negro, que tem a escravidão como estrutura nas

nossas veias de sociedade, que tem uma mente ainda colonizada e é se ver de forma colonizada em relação aos países ricos e coloniza internamente.

Tem população vivendo nas ruas, sem casa, em situação de rua, e tem um congresso. Essa democracia representativa, isso eu também queria colocar, não é com ela que a gente conquista as mudanças. Essa democracia burguesa representativa que a gente tem, ela é para ser ocupada, mas ela é feita para permanecer, para manter essa estrutura toda. Então é com democracia participativa e com muita disputa contra o retrocesso.

A gente não pode, ao enunciar que país queremos, imaginar que seja possível dizer o que quer, afirmar isso e esperar que quem tem poder hoje em dia faça. Nem os que a gente elege que são lideranças populares, o Lula e tudo mais. **Tem que ter pressão, tem que ter gente na rua, tem que ter corpos na rua, e tem que ocupar os espaços, as esferas onde a disputa simbólica, que é a principal, ela é travada, que é a de produção de sentidos, que é a de discussão, percepção, divisão de mundo. Eu vou dar dois exemplos, pelo tempo, de movimentos que são, vamos lá, movimento, população e situação de rua. Não tem população mais invisibilizada e vulnerabilizada que eles. No entanto, nesse campo da saúde nosso, eles têm protagonismo.**

Uma luta iniciada pela Maria Lúcia, hoje em dia quem representa é o Vanilson Torres. No campo da saúde, eles têm um grande protagonismo. E o segundo exemplo é da população indígena e a gente viu nossos companheiros chegando aqui. Eles são menos de 0,8% da população, e eles conseguem ter uma presença nos movimentos na disputa política enorme. Nesses 4 anos de Bolsonaro, o movimento indígena, ele foi além de discutir as causas indígenas. Eles ocuparam as ruas, ocuparam todos os espaços de comunicação, fizeram articulações internacionais, até em função da mudança climática, enfrentando esse governo, talvez mais do que qualquer outro movimento, nas causas de todos nós. Então, é um movimento de principalmente mulheres jovens e das grandes lideranças que consegue, porque ocupa o espaço de disputa de sentido de comunicação fazer esse protagonismo.

A principal delas pra mim é essa questão da nossa luta. No ano passado, ainda sob o regime fascista, o governo fascista, a Frente pela Vida, o Conselho e tal, pegaram esse mote de amanhã vai ser diferente, que também é uma produção do Chico Buarque debaixo da ditadura. Não tem mais esse governo, é outro governo, né? E a nossa visão é que não estamos pensando coisas para serem implementadas no futuro. Os nossos adversários ainda estão no poder. Eles ainda tem muito poder. O Lula sempre diz, me pressionem, porque do lado de lá, a pressão é grande. Ninguém vai deixar de querer privatizar a saúde porque a conferência quer um SUS público. Então a gente tem que querer um SUS público e disputar em todas as causas. Democracia participativa sempre. O Centrão não vai levar a Nísia. Viva o SUS. E viva o Brasil do 2 de julho. Obrigado."

02/08/2023 – tarde – Eixo II - Mesa: O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas

No dia dois de Julho, no turno da tarde, houve continuidade das atividades com a mesa do eixo II: O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas. As coordenadoras Vanja Andréa Santos e Fernanda Lou Sans Magano apresentaram as debatedoras Alexsandra Rodrigues de Lima (Leka), Célia Neves e Luíza Batista Pereira que trouxeram em suas falas elementos importantes sobre a conjuntura atual do SUS e do país e sobre as perspectivas e possibilidades de atuação do controle social, da militância e dos movimentos sociais.

Alexsandra Rodrigues de Lima (Leka) é assistente social, educadora popular, dirigente nacional do setor de saúde do movimento Sem Terra do MST.

Alexsandra Rodrigues começou sua apresentação destacando: "O que está em disputa é a nossa sobrevivência, o direito à vida, à saúde, à moradia e à educação. Temos que exercer a nossa cidadania, fazer a incidência política a partir desses processos democráticos, colocando como proposta. Acreditamos nas políticas públicas e no controle social. Sem participação social não vamos construir esse Brasil soberano. Falar de saúde é falar do direito à vida. E nós estamos em luto por mais de milhões e milhões de pessoas mortas nesse país. Falar de direito à saúde é voltar à nossa Constituição, que garante a partir de um conceito ampliado de saúde, que reconhece a conexão entre o desenvolvimento econômico e social e as condições ambientais determinantes do processo de saúde e doença. Na pandemia, nós que lutamos

arduamente, que tínhamos condições favoráveis para dar respostas positivas por termos um sistema capilarizado e uma atenção básica estruturada, não conseguimos incorporar esse diálogo com a população para garantir acesso aos casos graves que garantissem a prevenção e construir políticas intersetoriais para manter ações de licenciamento mediante medidas de higiene. No contexto da pandemia, o SUS mostrou seu valor, sua potência.

A concretização do direito à saúde passa pela defesa do direito à vida. A pandemia na doença causada pelo Covid-19 havia atingido todos os estados brasileiros, incluindo territórios rurais e remotos. Esses espaços são caracterizados a partir de múltiplos critérios, como o tamanho da população, de cidade demográfica, oferta de serviço, participação na agricultura, divisão de administrativos e aglomeração de habitações. Inclui população nas áreas rurais, remotas, povo tradicionais como indígenas, quilombolas, povos das florestas e ribeirinhos, entre outros, chamado de população do campo, floresta e das águas. **A política nacional da população do campo, floresta e das águas contempla povos e comunidades desses territórios, que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionado predominantemente com a terra. São populações negligenciadas com piores indicadores socioeconômicos desenvolvimentos humanos à saúde**. Assim, a saúde do campo brasileiro deve ser inclusiva, refletindo a diversidade da sua gente, conforme previsto na nossa política da população do campo, floresta e das águas. A saúde em locais rurais ou remotos ligada ao modo de vida dos territórios e a prevenção da biodiversidade abriga a população em condições de vulnerabilidade e extrema pobreza, onde muitas políticas públicas não chegam. Na pandemia, nós buscamos através da nossa educação popular em saúde, formar agentes populares de saúde do campo, no âmbito da vigilância popular em saúde, para o enfrentamento de todo esse processo que passamos, que foi do Covid-19.

Agentes Populares de Saúde são lideranças comunitárias, pessoas que se mobilizam em prol do coletivo e que faz parte do processo de mobilização, articulação e formação para a Implementação da vigilância em saúde nos territórios, com o objetivo de melhorar o nível da saúde dessa população, por meio do trabalho de base nas periferias urbanas e rurais, foram construídas formas de estabelecer e manter um diálogo aberto com as comunidades mais vulneráveis à Covid-19 por meio de formações de educação popular, para que as mesmas tivessem acesso às informações sanitárias e que pudesse sobreviver e prevenir do contágio do vírus, como foi nas comunidades que tiveram mais dificuldades de acesso às informações. Agentes militantes do MST destacam a experiência do trabalho de formação nos próprios roçados, como forma de ajudar, principalmente as periferias dos centros urbanos, que não tinham nem como se alimentar. E o nosso roçado solidário foi onde conseguimos nos solidarizar com essas famílias carentes, principalmente na pandemia e nos destroços, principalmente nas chuvas, quando aconteceu em alguns estados.

Há agentes militantes que destacam a experiência de trabalho e de formação dos próprios Roçados Solidários, companheiros que trabalharam dialogando com as famílias camponesas sobre o cuidado sanitário da pandemia, tanto nas casas, no porta-a-porta, quanto nos quintais produtivos e, principalmente, lutando e construindo a reforma agrária popular. Então tem sido um desafio muito grande para nós, que fomos negligenciados pelo desgoverno que tivemos nesse país. A gente tem feito esse enfrentamento como um movimento e o nosso setor de saúde tem sido um dos fatores cuidador do nosso povo. E como a gente mesmo diz, **saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime**. Quando a gente forma um agente popular de saúde, formamos militantes para estarmos conosco em defesa da saúde, em defesa do SUS, mas principalmente na organização do povo, nas demandas que nós temos enquanto assentados e acampadas. Então, como militante, ajudando as famílias, principalmente as necessidades, a partir desse processo conseguimos se organizar e buscar como humanizar as demandas do nosso povo. **E falamos, cuidar, promover, preservar. Saúde se conquista com luta popular."**

Célia Neves é educadora popular, participa de discussões sobre a organização e visibilidade dos povos e comunidades tradicionais no âmbito da política e do desenvolvimento sustentável de povos e comunidades tradicionais e perspectivas.

Célia iniciou sua fala destacando: "O tema que nos traz hoje aqui é o eixo dois desta conferência, que vai tratar do papel do controle social e dos movimentos sociais, nesta conjuntura de um país que viveu um massacre de quase sete anos, pelo interesse das piores coisas que vivemos, de um **sistema neoliberal que cada vez mais avança para os territórios e maretórios dos povos e das comunidades tradicionais, expurgando muitos deles para as grandes periferias ou para os lixões dos grandes centros urbanos.**

A nossa humilde compreensão alcança que um papel de um controle social, ele se dá pela organização e pela luta destes povos e comunidades tradicionais e de todas as

pessoas trabalhadoras, onde quer que elas estejam. Porque quem promove esse país em toda a sua conjuntura econômica são trabalhadoras e trabalhadores. A gente pensa também que para se ter um controle social é necessário que se tenha transparência efetiva do poder público e para isso é necessário um monitoramento da sociedade civil dentro de um espaço de seus conselhos, destas políticas públicas para anunciar as necessidades e as demandas populares e denunciar todo tipo de opressão e de contravenções que tenha contra esses povos.

A gente quer fazer aqui uma referência ao setor de enfermagem, eu não acompanhei essas últimas horas, mas que está em greve. Essa luta, esse movimento, ele deve ganhar corpo e robustez pelo nosso apoio na direção da construção de um projeto de nação forte, de uma nação emancipada, de uma nação que tem capacidade e garantia de governabilidade e governança para dentro de um papel de controle social. Assim pensamos. Não sabemos se estamos corretas, mas estamos aqui para aprender com todos que aqui estão, e todas. Então a nossa solidariedade a todos esses trabalhadores da saúde e ao nosso respeito à memória daqueles que se foram no período da pandemia, doando a sua vida, fazendo enfrentamento quando se tinha uma política que não reconhecia isso.

A Convenção 169 da OIT, ela traz três verbos muitíssimos importantes para nós, povos e comunidades tradicionais de todo esse país, de todos os biomas de nosso país. Eu que venho do bioma amazônico, eu moro no Maretório, na Reserva Extrativista, costeira marinha, lá no estado do Pará, no litoral brasileiro do Iapoque ao Chuí. Onde nos articulamos com mais ou menos cento e vinte e duas mil oitocentos e noventa e seis famílias, debatendo saúde, educação e produção e tantas outras políticas, temas transversais. Esses verbos são o reconhecer, o determinar e o garantir.

E o que é esse SUS pra nós? Que nos garante vacina, que nos garante leito, que nos garante socorro, que nos garante acolhimento e tenho certeza absoluta que vai nos garantir a espiritualidade também, porque esse é o nosso papel de trazer a importância do cuidado, a partir das heranças que nós estamos repassando de geração para geração dentro da nossa ancestralidade. Sem reconhecimento do nosso misticismo, não faremos saúde. O cuidado com as nossas plantas, o cuidado com os nossos animais, com qualquer ser vivo que esteja conosco e que esteja dentro de uma ruralidade, que

nós compreendemos que se estrutura em três grandes pilares aonde se dá a relação de produção, o campo, a floresta e as águas. E nós precisamos fortalecer o SUS, reconhecendo a sua equidade e valorando qualquer uma das suas políticas ou todas as suas políticas que estão lá na equidade. Seja a política do campo da floresta e das águas, seja a política das populações negras, a política das populações de rua, a política da educação popular e saúde, a política dos nossos parentes, os povos ciganos, um segmento também muito sofrido, tanto quanto o nosso, Costeiro Marinho e os Ribeirinhos e tantos os demais segmentos populacionais.

E também a política LGBTQI+. Essas são as mais importantes que sabemos que o controle social deve trazer cada dia, cada momento para a sua reflexão e buscar o fortalecimento do SUS e dizer que o SUS é a história que o povo constrói desde a 8ª conferência até nesta e das que irão seguir. **Reconhecer os povos do campo, das florestas e das águas como os verdadeiros guardiões, não só dos ambientes que ocupam, mas na sua organização, pensando e refletindo que precisamos cada vez mais legitimar uma política forte, efetiva, que cuide do seu povo.**

Determinar um projeto de desenvolvimento que traga dentro do seu bojo, num papel de controle social, envolvendo os diferentes segmentos populacionais e sociais desse país, para garantir não somente a regularização fundiária, mas reforma agrária, como pertencimento desse povo e valorização de identidade e segurança, não só alimentar, mas a soberania acima de tudo, de se ter saúde para continuar na luta e na transformação desse sistema político de produção econômica que sufoca e maltrata o povo para que nós tenhamos cada vez mais próximo o nosso rumo e alcançar o socialismo que é o sucessor do capitalismo.

É preciso garantir a proteção do povo brasileiro, em especial dos povos e das comunidades tradicionais nos diferentes biomas, debater a ruralidade e fazer insistentemente incidências no Congresso Federal para colocar também ali verdades e fazer que se é a Casa do Povo, que ela seja realmente a Casa do Povo, indiferente de quem sejam os partidos que lá estejam, mas que possam ser determinantes para a nossa segurança, a nossa garantia, o fortalecimento do SUS e a garantia de orçamento para que a atenção básica funcione de verdade e de direito para os povos e as comunidades tradicionais e todo o povo brasileiro onde quer que eles estejam, especialmente mulheres, crianças

e jovens e idosos. Finalizo aqui dizendo para vocês, companheiras, companheiros, camaradas, da questão da importância é necessário que a saúde, ela seja garantida, a saúde do trabalhador, que para garantir a participação das nossas organizações e representação nos espaços de governança, é preciso que tenha investimento sim e se garanta uma política verdadeiramente, se construa nesse país uma política de participação social, uma participação efetiva e que se todas as políticas públicas de equidade e possa ser essas políticas com qualidade sem sofrer da falta de comunicação que trata o nosso povo e que a gente possa sim construir um diagnóstico e a garantia equitativa dos movimentos nas construções de plenárias, que não seja apenas um segmento, um setor, e que fique em detrimento dos outros. Todos os movimentos sociais, indistintamente, devem ser tratados com afeto, com tolerância, com respeito e garantido a ele o espaço de participação de todos e todes. Gratidão.”

Luíza Batista Pereira, integrante da Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas

Luiza iniciou sua fala da seguinte forma: ”Eu quero falar do SUS, esse SUS que a gente tanto precisa, que a gente tanto crítica, mas que ainda é a melhor, o melhor plano de saúde para nós brasileiros. Eu acho que o SUS é o melhor serviço público de saúde, não sei se do mundo, mas é um serviço público de qualidade, apesar de estar sucateado. Quando o SUS foi criado em 1988 na Constituição, na lei orgânica 8080 e entrou em vigor em 1990, eu estava iniciando um tratamento de saúde muito sério, um tratamento de câncer que me persegue até hoje**. Então, eu tinha o INSS, mas quando eu não tinha o INSS, eu era tratada como indigente. Hoje essa palavra indigente deixou de existir e eu acho que a gente tem que cuidar para que o nosso SUS não desapareça.** Na pandemia, os pacientes, os hospitais particulares só recebiam gente que tinha dinheiro, mas foi a população pobre, periférica, as pessoas negras que utilizavam o transporte público, que não podia se dar o luxo de ficar em casa em lockdown.

Então, a gente vive lutando e a gente está vendo que os conselhos, os conselhos municipais, houve uma desestruturação nos conselhos municipais, nos conselhos estaduais. Foram seis anos de retrocessos e hoje a gente está recuperando o SUS que nós queremos, um SUS inclusivo. A gente tem que ver também a luta dos movimentos sociais, porque os movimentos sociais, e aí inclui-se MST, inclui-se o movimento feminista, o movimento LGBTQIA+ a mais, esse está muito firme nessa luta porque realmente eles são os mais excluídos na hora de um tratamento, chega numa unidade de saúde, seja uma unidade de saúde básica, seja num hospital.

Temos que resgatar aquele SUS que foi construído, porque aquele SUS, sim, é um SUS inclusivo. Então, hoje nós estamos aqui discutindo que SUS nós queremos, e nós queremos um SUS que não deixe ninguém de fora. Então, o SUS que nós queremos, o SUS que inclua a todos nós, todas as pessoas, todos os cidadãos brasileiros, porque mesmo que a pessoa tenha um plano de saúde caríssimo, que possa ir para um hospital particular, quando chega o momento do transplante, ele precisa do SUS, porque o SUS não é só uma consulta na atenção básica, O SUS é também a grande complexidade, a média alta complexidade. É a vacina, é a fiscalização nos restaurantes, nos hotéis, através da Anvisa. Isso é saúde, isso é SUS. E a gente, muita gente olha o SUS apenas como uma atenção básica à saúde, e não é.

E aí quando aquele rico milionário e isso é que revolta porque muitas vezes a fila do SUS está imensa, pessoas pobres, periféricas, estão precisando e aquela pessoa por ter dinheiro passa na frente para um transplante tem mais oportunidade e não é esse o SUS que nós queremos, nós queremos aquele SUS que respeite a fila do transplante, que respeite a vacina. Porque tivemos a vacina no momento da COVID. Nós, trabalhadoras domésticas, a categoria que eu represento, muitas companheiras vieram a óbito e a gente não tem o número dessas companheiras que perderam a vida durante a COVID. E aí a gente chega no momento da vacina, começa com aquela história de faixa etária, mas essa faixa etária ela foi driblada.

O que nós precisamos e devemos, é ampliar esse controle e exigir dos nossos parlamentares. Nós temos um hospital em Recife, o Hospital da Restauração, ele é referência em neurologia, em traumas ortopédicos, mas ele está sucateado. Esses dias de chuva lá em Recife, o hospital, ele estava vazando, derramando água, os pacientes molhados pela chuva dentro das alas dos hospitais. Então, o controle social, os movimentos sociais, a gente também tem que ir para cima dos nossos parlamentares, para garantir verba para que o SUS realmente possa funcionar a contento.

Esse sucateamento dos hospitais, ele já vem se dando há muitos anos, a verba chega e tem unidades de saúde particular, que como OS, recebe uma boa fatia dos recursos do

SUS, e os hospitais públicos realmente aqueles que é para atender a população esses estão necessitando. Hoje, nessa 17ª conferência, eu gostaria de citar aqui um poema do Bertolt Brecht: **Primeiro levaram os negros, mas não me importei com isso. Eu não era negro. Em seguida, levaram alguns operários, mas não me importei com isso. Eu também não era operário. Depois prenderam os miseráveis, mas não me importei com isso, porque eu não sou miserável. Depois agarraram os desempregados, mas como tenho meu emprego, também não me importei. Agora estão me levando, mas já é tarde. Como eu não me importei com ninguém, ninguém se importa comigo.** Eu acho que esse poema traduz bem. A gente está aqui numa conferência discutindo o SUS, mas quando a gente chega num posto de saúde, a gente quer sempre ter aquela prioridade no atendimento, quer conversar com aquelas pessoas que a gente conhece, pra agilizar um exame nosso, querer passar na frente das pessoas que já estão na fila muito mais tempo.

A gente tem que valorizar, a gente tem que valorizar também os profissionais de saúde. Os agentes comunitários de saúde conseguiram o piso salarial. E a enfermagem? A atenção básica da saúde passa pela enfermagem. E essa enfermagem que tanto luta, que muitas perderam a vida no momento da pandemia, que tem que dar plantão em três, quatro, cinco hospitais para poder ter uma vida digna, o piso salarial da enfermagem sem estar garantido. Então, acho que nesse momento esse poema tem tudo a ver. A gente não pode olhar só para o nosso umbigo, a gente tem que olhar para um todo, porque nós todos somos pessoas humanas e que precisamos do cuidado. E hoje a gente vê as pessoas falando muito nessa questão do cuidado. Então, eu acho que o cuidado também passa pelo olhar que a gente tem que ter, pela força que a gente tem que ter para defender o SUS, inclusive. Obrigada."

03/08/2023 – manhã - Eixo III - Mesa: garantir direitos e defender o SUS, a vida e democracia

Na manhã do dia 03 de julho, teve início o debate sobre o eixo 3 da Conferência: **garantir direitos e defender o SUS, a vida e democracia**. As coordenadoras Elaine Junger Pelaez e Madalena Margarida da Silva abriram os trabalhos e pactuaram a dinâmica da atividade. Logo em seguida apresentaram as debatedoras que iniciaram suas falas.

Emanuela Nascimento, psicóloga social e clínica, integrante do Escambo Coletivo e da Rede Copa, com atuação na cidade de Paulista, Pernambuco.

Emanuela iniciou sua fala apresentando seu território de atuação e militância: "em Paulista, a gente tem uma rede chamada Rede Copa, rede coletivos populares de Paulista e um coletivo chamado Escambo Coletivo. Essa rede, ela foi fundada em 2018 e o Escambo Coletivo já tem aí uns 18 anos de existência na luta comunitária. Mas, Manu, o que é que a luta comunitária tem a ver com a saúde? Muita coisa, né, gente? Porque a gente está falando de quê aqui? É sobre controle social, sobre movimentos sociais. E não tem como a gente pensar saúde sem essa perspectiva do controle social, da organização popular, da organização comunitária, da atenção básica, de tudo isso aí que vocês têm muito conhecimento

Um dos aspectos que a gente que constrói no bairro, a gente tem uma relação de proximidade e uma relação afetiva com aquele lugar que a gente mora. Porque o lugar que a gente mora é o lugar que a gente constrói nossas raízes, é onde a gente constrói nossa família, ali que a gente constrói as nossas relações comerciais primárias, que a gente vai no supermercado, que a gente namora uma pessoa. Então, lá no nosso território é onde acontece a vida de fato. Quando a gente fala de Brasil, a gente diz, somos moradores do Brasil, mas ninguém mora no Brasil.

A gente mora num bairro, a gente mora numa cidade que compõe o território nacional. Outra perspectiva muito importante do trabalho comunitário é a questão da educação, a educação popular, porque o trabalho que o Escambo Coletivo, a rede de coletivos populares constrói é sempre na perspectiva formativa de apresentar para os demais moradores e moradoras que eles são, sobretudo, sujeitos de direito. E quem é sujeito de direito precisa e necessita de políticas públicas efetivas e de qualidade. Não basta existir uma unidade básica de saúde, ela precisa existir com condições estruturais, profissionais, adequadas para todos aqueles usuários, usuárias e trabalhadores daquele serviço. Outra coisa que é muito importante é essa atuação permanente e continuada. Quando

a gente trabalha na perspectiva comunitária, os integrantes do coletivo, que são também moradores, conhecem a comunidade, vivem o dia a dia da comunidade.

E além de conhecer a comunidade, compartilham das dificuldades que os territórios têm. Quais são as dificuldades que uma periferia tem, minha gente? Todo mundo aqui ou mora ou conhece uma periferia, não é isso? As unidades básicas de saúde justamente são esses instrumentos que estão ali nos bairros para nos dar assistência. E aí, essa atuação permanente de educação, de comunicação e divulgação de direitos, de direito à cidade, direito ao lazer, direito à saúde, ela é permanente e instiga nas pessoas essa necessidade de estar aqui, por exemplo, num espaço como esse.

A rede copa teve uma atuação muito importante durante a pandemia, já que a gente mora na periferia e muitas pessoas durante a pandemia foram acometidas por um agravamento ainda da sua vulnerabilidade social, já que muitas perderam seus empregos, empregos informais e alguns empregos formais, algumas pessoas que vivem apenas com auxílios do governo federal, do governo estadual. E a gente sabe que nos últimos anos, nos últimos quatro anos, a gente viveu anos de mais violência, de mais perda de direitos com o governo do presidente anterior. Então as pessoas estavam cada vez mais em situação de fome, de miserabilidade. E na pandemia isso só se agravou.

Qual é a periferia e o SUS que a gente não quer? A gente não quer que a periferia esteja no mapa da carência e das ausências de insumos, água, saneamento, alimentação, segurança, profissionais de saúde e transporte. Ou seja, a gente não quer uma periferia que seja cheia de carência e ausência. A gente não quer estar no índice de violência doméstica e da letalidade infantil juvenil. A gente não quer a privatização direta nem indireta do sistema único de saúde. A gente não quer um controle social construtivo, a gente quer um controle social deliberativo de fato. A gente não quer o desfinanciamento do SUS. A gente não quer a lógica hospitalocêntrica e clientelista dentro do SUS. E a gente não quer o usuário e usuária longe do controle do dia a dia do serviço de saúde pública. E aí qual é a sociedade que a gente quer? Amanhã vai ser outro dia o lema dessa conferência e a gente precisa acreditar nisso e construir isso.

A gente quer uma sociedade que o piso da enfermagem seja estabelecido, salários dignos para todos os trabalhadores e trabalhadoras da saúde, plano de cargos e carreiras, um SUS público 100% estatal, universal, de qualidade, sob gestão direta do Estado e contra qualquer tipo de privatização, reformas radicais já. A gente quer reforma urbana, reforma agrária, reforma tributária, com manutenção do Orçamento da Seguridade Social, reforma política e do sistema financeiro, desmilitarização das polícias e democratização dos meios de comunicação. A gente quer segurança e educação emancipadora, mesa farta e diversidade. Trabalho para todas as pessoas, ou seja, a gente quer uma vida digna e boa para todo o povo brasileiro.

A rede copa ela construiu um atlas nas áreas de maior vulnerabilidade no contexto da pandemia. A gente tem na nossa equipe arquitetas, urbanistas, geógrafos, psicólogos, historiadores, filósofos, gente de computação, moradores e moradoras dos territórios. E a gente durante a pandemia construiu esse Atlas, esse Atlas foi publicado e entregue à Prefeitura de Paulista, na perspectiva que a Prefeitura intervisse no combate à pandemia, utilizando esse Atlas. A pandemia acabou e nada foi feito. **Se não fosse o controle social, se não fosse movimentos sociais garantindo cesta básica, material de higiene pessoal, educação e saúde, a prefeitura não tinha chegado, infelizmente."**

Ana Lúcia Paduelo, formada em pedagogia com especialização em psicopedagogia clínica e institucional, pós-graduação em saúde pública e advocacy. É conselheira nacional de saúde representando usuários e usuárias no segmento de patologias e membro da nossa mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde

Ana Lúcia começou sua fala destacando: "saúde é direito, está lá na Constituição, também a nossa participação social através da Lei 8.142, que determina que saúde é um direito de para todas e todos, reconhecido internacionalmente como um direito fundamental para todas as pessoas. No contexto brasileiro, esse direito está estabelecido na Constituição de 1988. Isso significa que independente de serem brasileiras ou não estando neste território, têm direito à saúde. O SUS está amparado em princípios fundamentais, que é a equidade, o acesso igualitário, a integralidade, mas só isso não basta. **O SUS precisa atender, de fato, todas as especificidades no território, porque, infelizmente, nós ainda travamos uma luta de acesso, não só acesso ao serviço de saúde, principalmente acesso físico, barreiras físicas que nos impedem, principalmente nós, pessoas pretas, mulheres e pessoas com deficiência de chegar e acessar o serviço de saúde, porque muitas vezes uma escada no caminho, no caminho tinha uma escada.**

Amanhã vai ser outro dia, já foi pensado por outras pessoas que pensaram o SUS e algumas delas, provavelmente muitas, estão aqui, pessoas que ajudaram a ladrilhar esse caminho do SUS ao qual nós estamos percorrendo agora. Estou aqui olhando para algumas carinhas que eu tenho certeza que ajudaram a fazer esse SUS, que é o SUS que nós temos hoje. **Defender o SUS é defender a vida e defender a democracia é defender o SUS. E isso por várias razões. O sistema foi criado com o objetivo de reduzir as desigualdades e acesso à saúde, priorizando aqueles que mais precisam. logo a defesa do SUS está relacionada a defesa da igualdade e da justiça social ao lutar pela manutenção e pelo fortalecimento do SUS está se defendendo o princípio de que todas as pessoas independente de sua condição socioeconômica devem ter acesso igualitário ao serviço de saúde a busca do amanhã vai ser outro dia, é a busca daqueles, daquelas que entregaram muitos deles a sua vida para a criação deste sistema que pode não ser perfeito, mas é o maior sistema de saúde pública do mundo.**

Controle social e a participação social acontece em todos os segmentos. Segmentos usuários, os prestadores, os trabalhadores e em todas as instâncias. Nos municípios, nos estados e aqui no Conselho Nacional de Saúde. Tem a composição da paridade que nos garante que nós tenhamos a mesma força de voz e de voto e de tomada de decisão. **É importante ressaltar que sem essa garantia, sem essa possibilidade de ter esse sistema garantido em lei, nós não teríamos mais o controle social no SUS, nós não teríamos conseguido salvar o sistema único de saúde**. Essa necessidade de ter uma alteração de um projeto de lei é que nos salvou do negacionismo que nós vivemos esses últimos anos.

A participação social é um pilar, um princípio fundamental para a transformação e o fortalecimento do SUS. O controle social, sem o controle social eu acredito que nenhum de nós estaríamos aqui. Nós somos o controle social, nós pulsamos o controle social. Sem a participação social teríamos apenas um sistema gerido para nós e não por nós. O controle social é um exercício por meio de diferentes instâncias de negociações que garante a participação da população e também da gestão dos prestadores de serviço e dos trabalhadores. Entre eles destacam-se os conselhos, mas nós temos outras instâncias. Uma delas é essa que está acontecendo agora, que são as conferências. Também temos as consultas públicas, outras formas de participação social. A participação social e o controle do SUS tem por objetivo promover a democratização das políticas públicas, ampliando a transparência e a responsabilização, além de garantir as decisões que estas sejam tomadas de forma participativa.

Eu sempre falo que quando a gente não participa da tomada de decisão, alguém vai tomar essa decisão por nós. A partir do engajamento da sociedade é possível identificar problemas, ampliar o acesso a serviços de saúde e promover uma atenção mais integral e humanizada. Havia no nosso caminho uma Covid-19 que chegou a nós em 2020. **A Covid evidenciou que somente países com sistemas robustos conseguiriam enfrentar os desafios impostos por essa doença. Ela alterou a percepção do estado mínimo, diversos países tiveram que fazer investimentos robustos para o enfrentamento à pandemia, e daí veio a importância da atenção básica, principalmente para nós, usuários do SUS, que se tivéssemos tido garantida esta atenção básica, com certeza nós teríamos evitado milhares de mortes.**

Também atentou que a retomada da economia é importante. Muitas pessoas, famílias inteiras, tiveram que enfrentar a fome, tiveram que enfrentar o desemprego e sem emprego, sem casa, sem trabalho, não tem saúde. O enfrentamento às iniquidades, principalmente aquelas pessoas e populações mais vulnerabilizadas na pandemia, mulheres, chefes de família, trabalhadoras, como nós poderíamos ficar em casa, sendo que nos faltava o principal, que era o alimento na mesa. Trabalhadoras e trabalhadores não puderam ficar em casa porque alguns, que não fomos nós, determinaram que estes serviços eram essenciais. O supermercado a abrir era essencial. Os profissionais de saúde eram essenciais, mas os profissionais que trabalham na saúde, que não são de saúde, também eram essenciais.

E aqui eu saúdo a todos os trabalhadores, a todas as trabalhadoras que trabalharam incansavelmente, muitos deles deram a vida, muitos deles perderam famílias trabalhando na saúde e para a saúde, há exemplo de faxineiras, porteiros, ascensoristas, motoristas, muitos desses profissionais que não são profissionais da saúde, mas estavam na luta, na linha de frente, pois para uma sala de UTI funcionar, precisa ter que essa sala esterilizada, limpa, arrumada e esses profissionais eram que estavam lá também entregando a sua saúde, a sua vida em defesa do SUS. **E o Conselho Nacional de Saúde, logo na primeira semana que foi decretada a pandemia, criou o Comitê de Acompanhamento à Covid-19. Esse comitê trabalhou**

dioturnamente, acompanhando, fazendo acompanhamento de todas as notícias que chegavam, filtrando as informações, trabalhando contra as fake news e fazendo engajamento para fora, trabalhando com os conselhos municipais, com os conselhos estaduais, com a rede de conselhos.

E nós sabemos o quanto que os conselhos municipais e estaduais ficaram fragilizados durante a pandemia, sem acesso à internet para que pudesse fazer as suas reuniões e articulações, porém, juntos, nós conseguimos encontrar soluções para que nós continuássemos mantendo a luta em defesa da vida, contra o negacionismo e em defesa do SUS. É muito importante que a gente reconheça o trabalho de muitas pessoas que aqui estão e saudar aquelas que não estão mais aqui conosco. O CNS não poupou esforços. Envolveu ativamente a comunidade para obter apoio, com associações, movimentos sociais, através do estabelecimento de canais de comunicação bilaterais, a realização de campanhas de conscientização, de educação, para além de promover a confiança e a cooperação entre a população e as autoridades.

E aqui a gente chegou na etapa nacional da Conferência Nacional de Saúde, que é apenas mais uma etapa de um processo que vocês começaram lá nos conselhos locais, com as pré-conferências municipais, com as conferências estaduais e conferências livres. **Nós chegamos aqui na 17ª Conferência Nacional de Saúde para que nós possamos então decidir quais serão as diretrizes e propostas que nós queremos garantidas no PPA 2024-2027**. E também fazendo aí uma lembrança, principalmente para os municípios, conselheiros municipais, nós temos um pacto, precisamos lembrar os nossos gestores que há um pacto, com a Conferência Nacional de Saúde de avaliar a situação de saúde, elaborar propostas que atendam as necessidades de saúde do povo brasileiro, **definir diretrizes que devem ser incorporadas na elaboração do PPA, dos planos de saúde municipais elaborados de 2022 a 2025.** Precisamos contar com o apoio de todos os conselheiros municipais de saúde, que a gente faça incidência nas secretarias dos municípios, secretarias de saúde, e que a gente faça constar a revisão desse PPA para que as propostas que aprovamos nos municípios já sejam incorporadas a esse plano.

A efetiva garantia e defesa do SUS, da vida, da democracia, envolve a participação ativa da sociedade civil, envolve a participação de todos nós. Mas não só na construção, né? Na implementação, na fiscalização das políticas públicas de saúde, como participando das reuniões, participando do monitoramento e não aprovando um RAG que não tenha alcançado os objetivos a que tinha sido proposto. O engajamento da população, dos profissionais de saúde, dos gestores, é essencial para fortalecer o sistema e garantir que ele cumpra a sua moção e promover a saúde e o bem-estar de todos os brasileiros. Está em nossas mãos, meus companheiros. Não podemos abrir mão deste importante papel. Somos atores principais desse espetáculo.

Quando você não participa das decisões, é possível que escolham sejam feitas por outras pessoas no nosso lugar. Então, eu gostaria de dizer que nós somos mais de 100 mil conselheiros no Brasil inteiro. São 100 mil pessoas que podem mudar a vida de milhões de pessoas através do controle social e da participação do SUS. Muito obrigada, abra a SUS e até. Ninguém tirará da gente direito! Garantido não se compra e não se vende. “

Raquel Gouveia Passos, pós-doutora em Direito pela PUC Rio de Janeiro, professora de graduação e pós-graduação da Escola de Serviço Social da UFRJ, recentemente convidada para ocupar a função de assessora técnica no Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde e aqui, nossa convidada pela sua trajetória na luta antimanicomial e antirracista, pela frente de negras e negras na luta antimanicomial.

Raquel Gouveia começou sua fala destacando: “**vamos começar falando da necessidade de afirmarmos a vida. Passamos os últimos anos tentando sobreviver aos ataques ao sistema único de saúde, ao congelamento do investimento da política de saúde. Então estar aqui nessa conferência é afirmar a vida, a democracia, é afirmar o direito para todos.**

Resistimos anos difíceis e é o momento então de agregarmos e pensarmos coletivamente. Vamos defender o SUS. O eixo 3 trata sobre garantir direitos, defender o SUS, a vida e a democracia. Amanhã vai ser outro dia. E o amanhã chegou. O amanhã se faz presente nesses quatro dias que nós vamos debater sobre a política nacional de saúde. Nós vamos debater a proposta para esses quatro anos. Então não dá para a gente não participar dos múltiplos espaços, não dá para a gente não pensar nas diferenças territoriais, regionais, na necessidade da radicalização da efetivação da equidade. É uma conferência que traz a necessidade de pensarmos a diversidade da população brasileira. Aqui temos negros, negras, indígenas, pessoas com deficiência, doenças raras, territórios quilombolas,

ribeirinhos, dentre outros e outros sujeitos que por muito tempo ficaram esquecidos e a política nacional de saúde precisa demarcar a sua priorização sobre nós, população brasileira que é diversa e plural.

O SUS, apesar da sua universalidade, precisa ter na sua efetivação a garantia da equidade. Eu queria demarcar sobre a defesa do SUS, da democracia e do direito à vida a partir da equidade. Não dá mais para a gente pensar num determinado modelo de saúde, numa proposta de tecnologia viabilizada pelo SUS, sem demarcarmos a equidade. E para isso, eu quero afirmar novamente a vida.

Nós somos a favor da vida, mas falar da vida é também falar da morte. E falar da morte não é falar de algo que é negar a vida. Porque a gente está falando de uma compreensão que entende a morte como parte da composição da vida. Falar de saúde é também falar de doença, não como algo negativo, mas como algo que compõe a dinâmica da nossa existência. A morte como parte da dinâmica da vida é uma compreensão de sociedade, de sociabilidade, de relação, de que faz parte da continuidade da vida. Mas eu quero dizer que quando se tem a negação do investimento para o SUS, quando você tem o congelamento ou corte para o Sistema Único de Saúde, a precarização do Sistema Único de Saúde, a mercantilização da saúde, a transferência do cuidado em saúde para equipamentos que afirmam a morte, através do enclausuramento, através da contenção, através da negação dos direitos humanos, a gente tem uma viabilização de morte que não faz parte da circularidade de vida.

No cotidiano da realidade brasileira, nós temos vivenciado a permanência da destruição da nossa população. E isso passa por todos os níveis. Isso passa no cotidiano de todos nós, mas também na construção das políticas públicas. E eu quero lembrar aqui, por exemplo, como essa morte se materializa em uma instância e vai atravessando todas as instâncias**. Eu quero retomar o assassinato de Marielle Franco, vereadora, mulher negra, cria da favela, defensora dos direitos humanos, LGBT, assassinada em 2018.** Lembro Marielle Franco como um crime político interseccional. Crime esse que também acontece quando se nega o acesso ao sistema único de saúde, quando se precariza os equipamentos, quando não se tem leito em hospital geral para atender a população, quando se nega o entendimento da equidade. Trazer Marielle é também trazer a morte enquanto estratégia central da destruição da nossa população.

E a gente precisa questionar aquilo que está naturalizado no nosso cotidiano, que é a morte dos defensores de direitos humanos. Somos aqui defensores do SUS, nós não podemos aceitar o encarceramento em massa e a destruição da população que está encarcerada. Porque o SUS também chega lá no sistema carcerário. O atendimento multidisciplinar também chega lá. A ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação de manicômios é também negar os princípios do SUS. Nós queremos um cuidado em liberdade e saúde mental. Nós queremos a liberdade como princípio para a defesa do SUS. Uma liberdade pautada nos direitos humanos. Uma liberdade que falte os princípios da saúde. Uma liberdade que seja princípio de estratégia de modelo e tecnologia.

E aí nós não queremos mais o genocídio da juventude negra. Nós não queremos mais com que mães em situação de rua, que tem histórico de uso prejudicial de álcool e outras drogas, têm os seus filhos retirados de maneira compulsória dentro das maternidades. Não dá mais para dentro do equipamento do SUS ter a negação dos direitos humanos. O SUS afirma a vida. Se estamos aqui declarando dignidade por causa da falta de hotel, por causa das dificuldades apresentadas, precisamos em todos os espaços, seja lá no equipamento, seja nas instâncias do controle social, radicalizar a defesa da vida. Está na hora da gente radicalizar. Isso significa que todas as vidas importam. Vidas negras importam, pessoas com deficiências importam, LGBTs importam, povos originários importam. A classe trabalhadora que é plural importa. Vamos ocupar essa conferência. Vamos afirmar os direitos trabalhistas não só para enfermagem com a garantia do seu piso salarial, mas que todas as categorias profissionais. Aqueles e aquelas invisibilizados também.

Aqueles que limpam, aqueles que cuidam e a gente não enxerga, as trabalhadoras que servem a alimentação, todo mundo importa dentro do SUS. Trazer pelo menos, apontar quatro pontos pra gente não esquecer. O SUS, ele faz parte de uma conquista coletiva histórica. Aqueles que vieram antes da gente e nós vamos deixar um legado, vamos deixar um legado hoje, marcando que a 17ª Conferência Nacional de Saúde tem um espaço importante para a história. Eu, vocês, todos nós estamos fazendo história. Eu quero ser contado, eu quero que vocês também sejam contados quando a gente chegar na vigésima, na trigésima, na quinquagésima Conferência Nacional de Saúde, de que quem estava lá afirmou a vida, defendeu a democracia e defendeu o SUS.

E pra isso a gente precisa afirmar um projeto de sociedade que esteja, de certa forma, radicalizando a defesa da vida. Não dá mais para a gente decidir quem vive e quem morre. O período pandêmico nos marcou fortemente. Todos nós fomos marcados por algum tipo de perda. Aqueles que morreram de covid, aqueles que não conseguiram chegar nos leitos, aqueles que morreram dentro de casa, aqueles que morreram trabalhando, todas as vidas importam. Não dá mais para selecionar as vidas que não importam. Uma sociedade hierarquizada de gênero, de raça, de classe, etnicidade, sexualidade, território, nacionalidade. Não dá mais para ser demarcado dessa forma. É preciso disputar a concepção de sociedade. É preciso disputar a concepção de saúde e bem-estar, porque a mercadorização da saúde está posta.

Se a gente acredita no sistema único de saúde, precisamos afirmar a radicalidade de um SUS público universal. Se nós acreditamos nos modelos que temos construído e que compõem o sistema único de saúde, precisamos com que os direitos sociais, políticos, precisam ser garantidos na sua plenitude. O SUS não é único, ele faz parte da seguridade social. E para ele ser radicalmente efetivado, a gente precisa com que as demais políticas também, também aconteçam. Não dá para pensar saúde sem acesso à segurança alimentar, sem acesso ao território, sem acesso a benefícios sociais, é preciso pensar o sujeito na sua integralidade e também na aposta de novas tecnologias, não só das altas tecnologias, mas também de tecnologias leves criadas nos territórios. E a gente viu isso durante a pandemia.

O protagonismo do coletivo, dos múltiplos coletivos de mulheres negras atuando em espaços de territórios periféricos, favelados, ocupando os lugares que, em alguns momentos, o equipamento de saúde não chegava. Isso é produção de saúde. E aqui quero deixar a necessidade de mantermos a esperança de mudarmos o presente e o futuro. foi mudado lá atrás, quando muitos e muitas brasileiras ocupavam a 8ª Conferência Nacional de Saúde. E hoje nós estamos na 17ª, marcando e fazendo história. E para isso, eu quero dizer três coisas, **Dizer da importância de aprendermos sobre o bem viver como norteador para pensarmos o SUS**. **Aprendermos com os povos originários, com a população negra, em especial com as mulheres negras, que vem afirmando o bem viver.**

A necessidade de conhecermos as experiências e tecnologias produzidas no Brasil, nos múltiplos territórios, para afirmarmos uma amefricanidade existida e demarcada pela pluralidade do ser brasileiro. E aqui afirmar, que pra mim é um princípio fundamental, a liberdade palmarina. A liberdade afirmada lá atrás, no Estado Negro, que nós não conhecemos em Palmares. Onde estava todo mundo junto e misturado. Onde não tinha hierarquia, onde todo mundo pegava na mão de todo mundo e ia pra frente pra derrubar o colonizador. Então bora segurar um na mão do outro e afirmar que o SUS é nosso, a democracia é nossa e viva a vida e viva a liberdade. Porque eles combinaram de nos matar, mas nós combinamos de não morrer. Tudo é nosso! Obrigada, gente!”

03/07 – manhã – Eixo IV: Amanhã será outro dia para todos, todas e todes.

Ainda na manhã do dia 03 de julho ocorreu a mesa de bates sobre o eixo 4 da Conferência: amanhã será outro dia para todos, todas e todes. Coordenada pelas conselheiras do CNS Vitória Davi e Lúcia Souto, a mesa foi composta por Cícero Félix dos Santos, Luciana Viegas e Renato Simões, que iniciaram suas falas logo após serem apresentades e as pactuações iniciais terem sido realizadas.

Cícero Félix dos Santos, filho de agricultores familiares, técnico em agropecuária, coordenação nacional da ASA e presidente da AP1MC, associação programa 1 milhão de cisternas. Hoje é coordenador executivo da articulação do Semiárido Brasileiro.

Cícero começou sua apresentação destacando: “O meu lugar de fala é o semiárido brasileiro. Essa região que é muito diversa, assim como essa conferência. Uma diversidade de povos, de ambientes, de culturas. Eu faço parte da articulação do Semiárido Brasileiro, uma rede de organizações da sociedade civil, composta por algo em torno de 3 mil organizações da sociedade civil. Essa rede é mais conhecida pelos programas cisternas, porque o semiárido é marcado historicamente pelas secas. Mas, nós, ao longo das últimas décadas, temos colocado para a sociedade brasileira e para o Estado brasileiro, que o semiárido é muito mais do que seca, até porque no Brasil não tem região árida ainda, não temos regiões áridas ainda. O semiárido é uma região que chove todos os anos. Nós somos o semiárido mais chuvoso do planeta. Nós somos também

o semiárido mais populoso do planeta. Por que convidar a ASA para estar aqui nesse momento, nessa mesa, falando amanhã será outro dia. Refletindo a partir do convite, que é pra gente trazer um pouco daquilo que a gente tem construído, olhando para frente, olhando para o futuro. E nesse olhar para o futuro, eu peguei a afirmação da conferência e achei que seria interessante a gente fazer, transformar essa afirmação, sabendo da importância dessa afirmação, que amanhã será um outro dia, até porque esse dia está acontecendo hoje, esse outro dia está acontecendo hoje, eu também fiz a transferência para uma pergunta. O que será esse amanhã? Que dia nós estamos construindo para as próximas gerações? E nesse perguntar do que será esse dia, eu fiquei lembrando do que aconteceu com a presidenta Dilma. O golpe contra a presidenta Dilma deve ser lembrado sempre, porque na construção desse amanhã, nós conseguimos vencer as eleições do passado. Eleições duras, difíceis. Lutamos muito para tirar um ditador, um genocida do poder. Nós não podemos esquecer que esse homem que saiu do poder, que foi retirado do poder, o agora inelegível, Ele é um ditador, ele é um genocida e ele foi, ele deve ser julgado por isso.

Ele deve ser julgado nos tribunais nacionais e internacionais, pelo genocídio que ele provocou contra os povos brasileiros. Nós precisamos fazer o amanhã fazendo política. Estamos vivendo um momento de retomada da participação popular. Nós não vamos conseguir construir esse outro dia desejado para todas, todos e todes, sem a participação popular, sem a efetivação participação na política, nós não vamos conseguir construir sem a participação de uma democracia de fato, efetivamente participativa. Precisamos avançar na perspectiva da saúde. Para nós da ASA, avançar na perspectiva da saúde é fazer política de saúde articulada com uma diversidade de outras políticas. Não tem como avançar na perspectiva da saúde sem a gente avançar na perspectiva do saneamento básico do meio rural, dos campos desse país.

Fazer um outro dia com uma melhor saúde é trabalhar na perspectiva da construção, da garantia de acesso à água para todas, todos e todes, em todas as regiões do país. Fazer uma saúde de melhor qualidade significa garantir, sim, acesso à educação de qualidade. Fazer uma saúde de qualidade significa, garantir moradia de qualidade. **No nosso entendimento, não tem como fazer saúde de qualidade, avançar na perspectiva da saúde e da saúde pública de qualidade sem fazer articulação com as políticas. E aí a gente quer trazer uma informação que eu acho que vocês já têm trabalhado ela aqui na conferência e nas etapas que antecederam a etapa nacional, que é a questão ambiental.** Não tem como ter saúde de qualidade sem a gente cuidar da natureza, sem a gente cuidar do ambiente. Nós estamos vivendo um momento histórico, nós estamos vivendo uma emergência climática. Para uma saúde de qualidade precisamos olhar para a situação que estamos vivendo de aquecimento global do planeta.

Então nós precisamos aliar com esse debate na perspectiva de uma defesa de um ambiente saudável para termos saúde de qualidade. Mas a gente também não pode descuidar do tratamento. Quero chamar a atenção para as desigualdades dos equipamentos públicos. Nós estamos retomando o Mais Médicos e essa é uma conquista muito importante. Nós estamos ampliando a partir do governo Lula a cobertura dos agentes comunitários de saúde, das equipes de saúde da família, nós precisamos continuar com essa ampliação, mas nós precisamos valorizar os profissionais da saúde. E aqui, enquanto povos do semiárido, quero agradecer imensamente a todas, todos os profissionais de saúde que dedicaram as suas vidas para nos defender contra a pandemia da Covid-19.

Apesar do inelegível, os profissionais de saúde lutaram e defenderam os povos brasileiros para enfrentar a pandemia. Precisamos avançar no sentido de que a população, de um modo geral, e não só as pessoas que estão envolvidas diretamente com a área da saúde, possam defender. Para nós o SUS é um bem público de primeira grandeza, mas pouco conhecido pela população. O SUS precisa ser conhecido pela população, não como a fila da espera pela marcação de um exame, não pela fila de espera por uma cirurgia. O SUS precisa ser conhecido pela população brasileira, pela sua grandeza no enfrentamento às pandemias, pela sua grandeza nas várias campanhas de vacinação, na prevenção de diversas doenças.

O SUS precisa ser conhecido pela população brasileira como o maior sistema público de saúde do planeta e um dos melhores do mundo. O SUS precisa ser conhecido por todas, todos e todes. Nós precisamos disputar a narrativa desse sistema único de saúde pública que é nosso, que é do povo brasileiro. Nós precisamos defender com unhas e dentes, com toda a nossa força, com toda a nossa garra, o sistema público de saúde, não a privatização do SUS. Eu queria chamar a atenção do governo e chamar a atenção da nossa querida ministra da saúde, que

investir em divulgação, investir em informação, investir em publicidade sobre o SUS não é gasto de dinheiro público. Investir em defesa do SUS, é investimento público, é investimento público em saúde pública.

Queria chamar a atenção dessa conferência, dessa potente conferência para o seu poder, para o tamanho do seu poder e para a qualidade do seu poder e para o momento histórico que essa conferência está acontecendo. Nós estamos em plena elaboração do PPA participativo, do Plano Plurianual Participativo. As decisões, as propostas dessa conferência precisam repercutir, precisam incidir na construção desse PPA. Nós precisamos ampliar a previsão orçamentária do SUS neste país. Muito obrigado a todas, a todos e a todes. Na luta sempre, política pública de qualidade."

Luciana Viegas, autista, ativista de direitos humanos e fundadora do movimento Vidas Negras com Deficiência.

Luciana começou sua fala destacando: "o tema de hoje é sobre amanhã será um novo dia. E eu gostaria de fazer uma primeira, antes de começar a minha fala, fazer uma primeira reflexão sobre uma pergunta que eu faço sempre para os meus alunos. Eu sou autista, sou educadora popular, sou liderança do movimento Vidas Negras com Deficiência Importam, que é um dos primeiros movimentos no Brasil que debate raça e deficiência. E toda vez que eu vou falar com os meus alunos, a primeira pergunta que eu faço quando eu entro em sala de aula é o que é deficiência? E é incrível que eu já tive mais de 300 alunos, professor da rede pública, a gente pega 30 aulas, 16 salas, um monte de aluno, a gente sabe como que é essa realidade e a resposta é sempre a mesma, falta saúde. Então, uma pessoa com deficiência vista pela sociedade é uma pessoa que não tem saúde. E aí talvez eu venha aqui para trazer essa reflexão para quem é da saúde de que não falta saúde.

Nós sempre fomos vistos como pessoas que não tem saúde. No meu caso é um erro genético, que é o neurológico, que é o autismo. No caso de outras deficiências, uma falha genética. É tudo sobre falha quando a sociedade olha para as pessoas com deficiência e pensa o que falta. Mas hoje eu vim trazer uma nova perspectiva e não é só minha não. É a perspectiva da Convenção de Direito das Pessoas com Deficiência, que fala que deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo ou médio, de natureza física, mental, intelectual e sensorial e os impedimentos que obstruem a sua participação plena e efetiva na sociedade ou igualdade de condições de demais pessoas. Eu acabei de ver um trecho da Convenção Internacional de Direito das Pessoas com Deficiência. **Quando a gente fala sobre impedimento, não é o que falta em mim, mas o que falta na sociedade. É a falta de rampa, é a falta de língua de sinais, é a falta de barreiras sensoriais, no meu caso, que sou autista. Todas essas questões não têm a ver comigo, tem a ver com o que a sociedade foi feita e foi posta estruturalmente para não acolher pessoas com deficiência.** Que a partir de hoje a gente repense, quando a gente for falar sobre deficiência, que a gente entenda que pessoa com deficiência é uma pessoa dotada de direitos, que é uma pessoa, um sujeito singular e que não falta saúde nele.

O que falta é uma sociedade menos capacitista, uma sociedade que entenda que o capacitismo, tal qual o racismo, é sistêmico e que foi criado assim e que tenta reverter, precisa reverter essa lógica capacitista. E como que isso se aplica na saúde? E aí eu vou trazer uma realidade um pouco mais diferente, que é uma realidade da população negra com deficiência, a população quilombola com deficiência, a população indígena com deficiência, as trans, transvestites com deficiência, que é o quanto que a gente é marginalizado. Nosso caso falta saúde, falta acesso de saúde, falta acesso ao diagnóstico, falta acesso a uma série de coisas que infelizmente para a população empobrecida, a população pobre com deficiência não é chegado. Há uma outra coisa que falta, já que a gente está falando de falta, há uma outra coisa que falta que não tem a ver com a deficiência, uma avaliação biopsicossocial institucionalizada e ferramentada no Brasil para reconhecer pessoas com deficiência.

Há várias outras coisas que faltam. Como nós somos marginalizados e fomos assim tratados durante um longo tempo, quando se fala em pessoa com deficiência, é sempre bom lembrar do passado obscuro do Brasil, que não foi só os últimos seis anos que o último governo quis colocar a gente dentro das instituições de aprendizagem para que a gente não tivesse convívio com outras pessoas. Essa lógica vem de antes e é a que eu vou lembrar da história de Barbacena. O manicômio de Barbacena era habitado por pessoas negras, pessoas negras com deficiência estavam naqueles espaços e eram violentadas e constantemente violentadas. Quando a gente fala da situação das pessoas

negras com deficiência e o VNDI traz, e eu tenho a honra de poder falar aqui em nome do VNDI, o VNDI está querendo dizer que não é só visibilidade que nós queremos, nós queremos direito, nós queremos acesso, nós queremos estar e fazer parte do processo. Que é o que eu acho que essa conferência traz um pouco. Claro que há disputas, né? A gente é da sociedade civil, a gente que faz parte da participação social sabe como que há disputas de conceito, de ideais, de uma série de coisas. Mas o que não pode estar em disputa, não pode estar em questão é a participação efetiva de pessoas negras com deficiência, de pessoas indígenas com deficiência, porque nós, pessoas com deficiência, não estamos dentro de uma panela em que essas pessoas estão inseridas. As pessoas com deficiência são heterogêneas, é um múltiplo grupo, mas nós entendemos, a partir das nossas construções, de que nós precisamos estar dentro do centro do debate. E é por isso que aqui a gente tem, não só eu como liderança do movimento negro falando, mas a gente tem duas lideranças nossas que compõem as delegações, mas ainda é pouco para uma delegação de uma conferência nacional. Nós precisamos acessibilizar os processos formativos e políticos. E quando eu falo de acessibilidade, eu não estou falando só de Libras, Rampa, Braile, eu estou falando de garantir oportunidade, que pessoas com deficiência como o meu filho, que é um menino autista não oralizado, preto, favelado, não fala, possa ter participação efetiva numa conferência dessa. Que a oralização não seja a nossa única forma de comunicação.

Que a gente acolha as diversas formas de comunicar, porque pessoas com deficiência, sobretudo as pessoas negras com deficiência, também tem suas demandas, também tem as suas formas de dizer. Também de lembrar que os nossos diagnósticos são negados e que existe um ponto dentro do debate de raça e deficiência que é muito importante da gente debater, que é a política de cuidado e que eu acho que a saúde tem um papel fundamental em debater isso, as mulheres são a sua maior parte cuidadoras das pessoas com deficiência. Ou seja, quando a gente acessa as comunidades e as favelas, o que a gente vê são mulheres que foram abandonadas pelos seus pares e que estão na frente da família cuidando sem ter o direito de qualquer benefício, de qualquer ajuda que seja do governo a cuidar dessas crianças ou desses adolescentes, dessas pessoas com deficiência. E o cuidado não é remunerado, o cuidado é um trabalho injusto e ingrato, sobretudo quando se fala de mulheres.

Nós cuidamos das pessoas com deficiência, nós cuidamos, nós estamos à frente desse processo e o que o Estado diz pra gente é que você não trabalha porque te falta, mais uma vez, te falta vontade. Você não trabalha porque o seu filho não superou a deficiência. E toda essa opressão é sobre a vida dessas pessoas que na sua maior parte são de pessoas negras e periféricas com deficiência. Um outro ponto que eu gostaria de pensar, por último, já finalizando a minha fala, é que muito se fala o quanto que o racismo, a tortura da colonização impactou a vida de pessoas negras no Brasil. Nós temos mais tempo em escravizados do que tempo livre.

Isso gera impacto, mas pouco se fala do quanto que o Estado e a tortura e o impacto da colonização produziu deficiência. Então, pouco se fala que as pessoas negras, os meus pares, meus ancestrais, quando foram escravizados, também adquiriram deficiência. E nós somos esquecidos pelo Estado e também esquecidos pela sociedade civil de uma certa forma. Entretanto o VNDI traz essa perspectiva de que é possível uma dulpa disciminação e pensar numa luta interseccional que abrigue pessoas negras, pessoas negras com deficiência e pessoas com deficiência. Não é sobre uma hierarquia de opressão de quem sofre menos e de quem sofre mais, mas é sobre como o racismo e o capacitismo é sistêmico e nos coloca em posição de marginalização e de opressão e aleijados da sociedade. Por último, queria pensar nesse futuro, nesse amanhã vai ser outro dia. E para mim esse amanhã, ele é cheio de defiças, pessoas trans, indígenas, quilombolas, não só com acesso à saúde, mas acesso à saúde, à educação e principalmente ao protagonismo, porque nada pode ser feito ou decidido sobre nós, sem nós.”

Renato Simões, Secretário Nacional de Participação Social CNPSSGPR.

Renato começou sua fala trazendo a lógica de participação e sobre processos participativos incentivados no governo atual: “conversar com vocês sobre o Brasil participativo, porque o Brasil voltou, com ele voltou a participação social, voltaram os conselhos, voltaram as conferências, voltou a participação popular como método fundamental de governo. Esse é o desafio que nós queremos compartilhar com vocês.

Porque **aonde se fala de participação social se fala de saúde. E aonde se fala de saúde se fala de participação social. Não existe política pública aonde a participação popular avançou mais do que na saúde. E por isso nós queremos que a saúde faça o trabalho de expandir a participação social em todas as outras áreas de governo, porque unir e reconstruir o Brasil não vai ser possível**

sem participação popular. Porque as forças que atacaram a democracia estão vivas e conspirando contra a democracia até hoje. As forças que impediram a participação social também continuam operando até hoje. E por isso nós sabemos como foi difícil chegar aqui.

Não só chegar aqui nessa conferência, vencendo problemas de logística, de transporte, de hospedagem, porque esses governos que nos antecederam e muitos que estão nos Estados ainda, desaprenderam de fazer participação popular, não acreditam na participação popular. Mas nós vencemos essas dificuldades e estamos aqui hoje para dizer aquele lema das pessoas com deficiência: nada sobre nós sem nós. Vale para tudo aquilo que o governo federal precisa fazer. Reconstruir os programas, as ações orçamentárias, as dotações orçamentárias para fazer com é parte do trabalho. E é por isso que nós saudamos que a primeira Conferência Nacional desse novo período da democracia brasileira é justamente a 17ª Conferência Nacional de Saúde. E vocês estão construindo uma página da história do Brasil nesta conferência que estamos realizando aqui hoje. Vocês estão colocando as digitais do povo brasileiro na reconstrução do SUS e, junto com o SUS, na reconstrução das políticas públicas do Brasil. Porque hoje pessoal, nós estamos reconstruindo coisas que eram muito fáceis a gente fazer há seis anos atrás, mas são muito difíceis de serem feitas nesse Brasil da reconstrução.

Por isso, pessoal, nós queremos irmanar o lema desta conferência de saúde. Amanhã será outro dia, esse dia está sendo construído hoje para planejar o Brasil dos próximos quatro anos. Essa é a nossa tarefa, é a gente redesenhar juntos a democracia brasileira e, através desse exercício democrático, redesenhar a saúde, a assistência, redesenhar a Previdência, termos um sistema de Seguridade Social forte nesse país, que esteja junto com a educação, que esteja junto com a moradia, que esteja junto com cada compromisso do nosso programa de governo. Nós queremos que o Brasil seja a vitrine para o mundo de um novo mundo possível. E aí, pessoal, nós temos que construir desde a base a participação social. Quero já dizer, **que nós queremos estar junto à Secretaria-Geral da Presidência da República e o ministro Márcio Macedo, com o desafio que vocês assinaram ontem à noite, em quatro anos, conselhos locais de saúde em cada unidade básica de saúde desse país.**

É participação social desde baixo, porque o nosso grande lema é disputar corações e mentes para esse Brasil novo que nós vamos construir. Isso significa que nós não vamos botar apenas o Zé Gotinha na televisão ou no peito. Nós vamos disputar o coração e a mente de cada pessoa que acreditou na mentira de que a vacina não protege vida. Nós vamos construir as equipes de saúde da família, fortalecer os agentes comunitários, fazer da participação social algo real na base. Para isso, nós queremos pedir a vocês, vamos integrar o Brasil pelos territórios, vamos construir desde a base e unir isso no plano digital nacionalmente. Por isso é que eu diria que além das selfies que o celular, estou vendo muitos celulares de vocês aqui com as selfies. Vocês vão entrar comigo agora no gov.br/brasilparticipativo. Esse é o meio digital pelo qual nós estamos consultando o povo brasileiro a redesenhar as políticas públicas.

Hoje nós temos novos ministérios. Ministérios que não foram afetados como o da saúde, não sabem o que é reconstruir, um ministério da igualdade racial, um ministério das mulheres, um ministério do planejamento, que foram destruídos pelos governos anteriores e estão sendo reconstruídos agora. Criar um Ministério dos Povos Indígenas é uma grande tarefa, mas nós precisamos também criar novos programas, novas ações orçamentárias e novos programas na ponta, propostas para fortalecer cada ministério e fazer com que as decisões do governo federal cheguem lá na ponta, cheguem lá na ponta dos municípios e dos territórios. Nós estamos consultando o povo brasileiro.

O presidente Lula lançou esse desafio no dia 11 de maio, em Salvador, reconstruir os programas do Governo Federal, reconstruir as ações, definir metas, prioridades através do gov.br/brasilparticipativo. Tudo aquilo que tiver relação com o plano plurianual, com os próximos quatro anos de política pública em cada ministério, o governo se obriga a responder. Então, pessoal, nós queremos saudar a participação dos conselhos, saudar a participação das conferências, saudar a participação na plataforma digital, no Fórum Interconselhos, e é dessa forma, pessoal, que nós vamos reconstruir o Brasil. Não é uma ou outra, todas as formas de participação social valem a pena. E é por isso que nós queremos o apoio de vocês para o Brasil participativo.”

CAPÍTULO 2:

AS ETAPAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS, O PERFIL DOS PARTICIPANTES E A PESQUISA COM OS PARTICIPANTES DA 17ª CNS

Dados tratados e texto elaborado por: Alcindo Antonio Ferla, Astrid Sarmento Cosac, Ana Carolina E. Polessa da Silva, Déborah Crysttina Pereira da Silva, Frederico Viana Machado, Gabriel Calazans Baptista, Herlaine Marley Romão Ferreira, Júlio Cesar Schweickardt, Márcia Fernandes Mendes, Maryana Alves Pedroza, Tania Araújo, Tatiane da Rosa Vasconcelos, Victoria Ribeiro, William Pereira Santos.

Este capítulo apresenta dados referentes às etapas municipais, estaduais e conferências livres, assim como o perfil dos participantes da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS), considerando o banco de cadastrados. Introduz também os achados iniciais referentes às entrevistas e questionários aplicados durante a etapa nacional da conferência. A elaboração deste material torna-se possível devido ao compromisso do Conselho Nacional de Saúde em produzir reflexão e conhecimento sobre o controle social através da pesquisa "Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social", aprovada pela CONEP por meio do protocolo CAAE nº 14851419.0.0000.0008, com o parecer nº 6.153.447.

Este estudo contou com a participação de diversos pesquisadores, incluindo centenas de estudantes de todas as regiões do país que atuaram como monitores, auxiliando em todas

as etapas da pesquisa. Com isso, milhares de pessoas delegadas e convidados, além de organizadores das conferências livres foram entrevistadas, assim como foram acessados todos os conselhos estaduais de saúde para aprofundamento dos dados sobre as conferências, constituindo um banco de dados robusto que permite e permitirá nos próximos anos um aprofundamento sobre a atuação, desafios e perspectivas para o controle social brasileiro. Os dados aqui apresentados dialogam diretamente com o primeiro ciclo da pesquisa, entendida como linha de base, realizada em 2019 durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde.

A 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS) ocorreu em Brasília/DF entre 4 e 6 de julho/2023, reunindo mais de 5.800 pessoas de todas as regiões do Brasil e, também, convidados internacionais. As etapas que a antecederam foram realizadas quase na totalidade dos municípios e em todos os estados, além do distrito federal. Soma-se a estas etapas prévias à realização de 98 Conferências Livres, que contribuíram com propostas e elegeram pessoas delegadas para a etapa nacional, apresentando-se como um ponto importante de inovação no arranjo participativo em saúde.

A etapa nacional representou os anseios da população brasileira na luta por um sistema de saúde mais equânime e pautado pelo acesso e garantia de cuidado como direito da cidadania, conforme previsto na Constituição de 1988. O surgimento do SUS, sistema de caráter universal e gratuito, é, sem dúvida, o maior movimento de inclusão social nas políticas públicas da história do Brasil, sendo possível através de ampla mobilização social e culminando com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), que propôs, em linhas gerais, a promoção, proteção e a recuperação de saúde (Menezes, 2023). A conquista de um sistema universal com acesso garantido para toda a população ocorreu ao longo de décadas, através de lutas sociais e do surgimento de ideias que se opunham ao sistema fragmentado e excludente executado durante o regime totalitário da ditadura militar, que mantinha separada a população beneficiada pela assistência pública daquela considerada “indigente”, sem direito de acesso e cuidado garantidos (Matta & Pontes, 2007).

A luta por melhoria nos cuidados à população, não à toa, coincide com a luta pela democratização do Estado brasileiro, apresentando de forma concreta a ideia de que Saúde é Democracia e representando o conjunto atores e propostas que seriam conhecidos como o “Movimento da Reforma Sanitária”. A efetivação do SUS nestes mais de 30 anos segue sendo um desafio, demandando constante mobilização e luta pela sua garantia e

fortalecimento. A participação da sociedade, prevista pela CF 1988 e efetivada pela lei 8142/1990, através dos conselhos e conferências, tem parte importante nesse processo de consolidação, enfrentando em cada período histórico os desafios que se apresentam.

Em 2016, após o golpe sofrido pela Presidente Dilma, foi aprovada a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), congelando os investimentos em saúde e educação e em outras áreas sociais até 2036. Na prática, conforme nos aponta Paim (2018), esta emenda foi um instrumento da necropolítica, referindo-se à produção de adoecimentos e mortes e uma sensação de prazer e convencimento com esses resultados. A reforma neoliberal de austeridade que atacou os direitos mais elementares da população e resultou em uma série de agravos à população teve continuidade no governo do ex-presidente bolsonaro. Em 2019, a saúde pública perdeu 20 bilhões do orçamento federal por causa da EC-95/2016 (CNS, 2020), evidentemente impactando de forma desastrosa e comprometendo o SUS.

O desfinanciamento do sistema, por exemplo, revela uma política econômica que se traduz em morte à medida que desconsidera as necessidades de saúde da população e a própria necessidade do sistema público de saúde (Menezes, Moretti& Reis, 2019). Felizmente, em 2023, com a aprovação do Novo Arcabouço Fiscal, através da Lei Complementar 200/2023, a EC-95 foi revogada e o piso federal em saúde voltou a ser regido pelo artigo 198 da CF. Todavia segue o desafio de efetivação do piso constitucional para o financiamento do SUS, um dos gargalos históricos e crônicos do sistema.

Ainda sob o governo Bolsonaro, a pandemia de COVID-19 explicitou a necropolítica da gestão, que se caracterizou com a negligência e banalização da crise que resultou no adoecimento e morte de centenas de milhares de pessoas. Essa situação se materializou na postergação da negociação vacinal e da implantação e/ou implementação de recomendações cientificamente comprovadas e orientadas por autoridades e organizações internacionais. Esse contexto da COVID-19 destacou também a crise na saúde pública, marcada pelo desfinanciamento do SUS, que impactou na prestação de serviços à população, afetando a qualidade dos programas oferecidos, tornando-se ainda maior o desafio para a vigilância da pandemia.

Importante lembrar que o presidente, na época da pandemia, minimizou publicamente a letalidade do novo coronavírus e desacreditou nos estudos científicos

que destacavam as condições mais adequadas para enfrentamento à crise e seus impactos. Essa circunstância irresponsável diminuiu drasticamente os empenhos de prover cuidado às pessoas, inclusive com o incentivo à circulação e aglomeração de pessoas, fato que comprovadamente contribui para o aumento da contaminação e propagação do vírus.

Estudos conduzidos pela pesquisadora Jurema Werneck do Grupo Alerta, divulgadas durante a CPI da covid e na Agência Senado (2021) demonstram que em um dos anos mais mortais da pandemia (março de 2020 a março de 2021), ocorreram 305 mil mortes acima do esperado no Brasil. Essas mortes ocorreram direta ou indiretamente por covid-19. Além disso, existe um recorte preocupante nos óbitos, onde percebe-se que as desigualdades estruturais tiveram influência sobre as altas taxas de mortalidade, atingindo principalmente negros e indígenas, pessoas com baixa renda e baixa escolaridade.

Além dos cortes e pressão sobre o sistema de saúde, o controle social também sofreu fortes ataques. O Decreto Nº 9.759, de 11 de abril de 2019 extinguiu e estabeleceu diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal (BRASIL, 2019). O decreto representou uma decisão unilateral do Poder Executivo, sem o devido diálogo com a sociedade civil, excluindo completamente a sociedade da discussão (MENDES, 2021). Algumas ações foram tomadas na busca de impedir que o Decreto se efetivasse. Entidades se reuniram e ingressaram com recurso jurídico, através da Ação Direta de Inconstitucionalidade (CNDH, 2019; CNS, 2019b), houve também a recomendação que a Câmara revogasse o Decreto Nº 9.759 (CNS, 2019a).

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é instituído por lei, assim o decreto teve efeitos menos nocivos que o esperado na sua atuação sua atuação direta, porém diversos outros conselhos de políticas públicas tiveram seu funcionamento restrito, modificado ou foram extintos. De acordo com o estudo de Bezerra et Al (2024) o impacto maior ou menor nas instâncias participativas das mais diversas áreas esteve relacionado também ao “o desenho institucional mais forte ou mais fraco – aqui trabalhado em função da hierarquia normativa dos dispositivos que criam os colegiados e definem suas atribuições – e sua inserção mais ou menos central nas respectivas comunidades de políticas”(pg.8). Esse fato demonstra que a institucionalização e potência do controle social saúde faz com que seu funcionamento seja garantido e por isso também se constitui como um dos grandes pilares da democracia brasileira.

O SUS é patrimônio da democracia brasileira e talvez seja um de seus grandes indicadores, ou seja, quanto maior o investimento (não somente financeiro) feito no sistema, mais veremos a ampliação da cidadania e efetivação dos direitos humanos, ao passo que quanto menor o entendimento e as práticas democráticas dos nossos governantes, maior será a quantidade de direitos e garantias básicas sendo feridas. Quanto maior a ameaça ao sistema e a democracia, mais importante se faz a atuação e a relevância do controle social.

A resistência democrática a todas estas questões apresentadas também se expressou no cotidiano e a participação social se ocupou para recuperar ou diminuir o impacto dos retardos e agravos às políticas sociais, vigentes no país após as reformas neoliberais de austeridade na última década. Além disso, atuou para superar a convulsão que se instalou no mundo inteiro, que é a COVID-19. A esse respeito, a população ocupou-se ativamente na participação e defesa das políticas públicas, do SUS e do direito à saúde (Araújo et al., 2022, p.86). Nesse sentido, a análise que fazemos é que a saúde tem sido abordada por pesquisadores e movimentos sociais sob o duplo enfoque da garantia de acesso, tomando a saúde no âmbito dos direitos humanos e da preservação da integridade das pessoas, da liberdade e do cuidado.

As conferências nacionais de saúde, que ocorrem desde a década de 1940 (Ferla et al., 2022), são um espaço muito relevante para reivindicação de direitos e melhorias das estratégias de promoção e garantia de saúde. Até a 8ª CNS era mais expressiva a participação de técnicos e gestores da saúde nas etapas nacionais e, a partir dela, ou seja, em 1986, foi ampliada a participação da população. Como já apresentado no Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (16ª CNS), “os Conselhos de Saúde aumentaram a transparência do Estado, instituíram espaços de controle da sociedade nas políticas públicas e constituíram a mais ampla iniciativa de descentralização político-administrativa no Brasil” (Ferla et al., 2022, p.74). Ainda concordando com a mesma publicação, “a participação social na saúde e demais políticas públicas não exclui o desafio de superação de problemas e fragilidades, num processo de aprendizagem permanente que inclui a bagagem acumulada e os desafios e contextos de cada local e tempo” (Ferla et al., 2022, p.74).

Nesse contexto, a participação social pode assumir aspectos distintos no exercício da construção da cidadania: colocar a sociedade em contato com o Estado; e proporcionar o fortalecimento e o desenvolvimento autônomo, com destaque no controle social. A participação social e a ocupação de lugares colocam questões relevantes, como a fala de grupos sociais diversos. Para apoiar e expandir as discussões, as CL tiveram a sua ampliação a partir da 16ª CNS. A novidade da participação social a partir das CL, em 2019, teve continuidade em 2023, com um aumento de 63 CL realizadas previamente a 16ª CNS para 98 realizadas para a 17ª CNS. Esse aumento exprime a ampliação da participação social autônoma e desburocratizada, apresentando um caráter mais dinâmico, democrático e popular (Fernandes et al., 2023). A ampliação da participação social aumenta a apresentação de especificidades e necessidades de pessoas, grupos e territórios. As CL expandiram as temáticas e as discussões na 17ª CNS, e a inclusão social, nesse caso, simboliza a força da democracia (Ferla et al., 2022).

A 17ª CNS, para além de contribuir com a história da criação do SUS e da participação social nas conferências, marca o retorno presencial das atividades e o reencontro após a superação da crise humanitária consequente da COVID-19 e da necropolítica imposta no governo Bolsonaro (Fernandes et al., 2023). Este capítulo se ocupa de registrar a participação social num espaço plural e democrático, que são as conferências nacionais de saúde. Este registro é bem relevante para compor um capítulo da história das conferências de saúde, mas, também, da história da saúde pública do Brasil e das pessoas que lutam pela defesa da vida e da saúde pública. Este registro vale também para evidenciar o quanto é complexo, em termos de recursos profissionais, realizar uma CNS.

Conforme já mencionado, os estudos apresentados neste capítulo integram a pesquisa "Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social", do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto prevê a participação de diversos atores sociais para alcançar o objetivo de analisar a participação social no processo das Conferências Nacionais de Saúde, bem como "sistematizar evidências da relevância e da abrangência do processo participativo nas etapas e atividades que a compõem" (Araújo et al., 2022, p.78).

A pesquisa teve início na 16ª CNS e, desde então, é responsável por gerar um grande banco de dados com informações dos participantes das conferências nacionais (16ª CNS e 17ª CNS), mas, também, das etapas municipais e estaduais, entendidas como um processo legítimo de participação social até a etapa nacional da conferência. A atuação do projeto também fomenta um grande acervo de documentos e materiais audiovisuais, que ajudam a contar a história da participação social na saúde pelas conferências. Os registros de participação superam, em algumas situações, os registros da 16ª CNS, apontando que a estrutura do projeto desencadeia expressiva atuação a serviço do Conselho Nacional de Saúde e da participação popular, além de mobilização popular com expressiva participação e representação de diferentes perfis e territórios brasileiros.

Assim, a pesquisa tem demonstrado grande potencial de estudo sobre a participação social na saúde, tanto em termos inovação, como em formas de organização de trabalho, compromisso com o controle social e com o SUS, além de ser um dispositivo de motivação de participação popular, que envolve diferentes pessoas, de diferentes segmentos e de diferentes lugares nacionais e internacionais. Destaca-se também sua capacidade formativa, uma vez que foram selecionados e participaram das duas últimas conferências mais de 200 estudantes atuando como monitores em todas as atividades desenvolvidas e tendo etapas formativas incluídas no seu percurso anterior a conferência e, obviamente, por todo o conhecimento adquirido e gerado durante a participação na etapa nacional, que serve como uma imersão no controle social e na realidade do sistema de saúde.

Para a 17ª CNS, os monitores foram selecionados por meio de edital público do CNS, em abril de2023 (CNS, 2023). Antes da participação ativa nas etapas presenciais da 17ª CNS, participaram do processo de formação. Dessa forma, todos foram matriculados no curso "'Fazendo manhãs' para a saúde e para a democracia: participação social e políticas de saúde". O curso teve carga horária total de 80 horas, sendo ministrado no período de 12 de junho/2023 a 27 de julho/2023 e foi ofertado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz - Amazonas) com o apoio do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD). O objetivo do curso foi formar monitores e monitoras para atuarem como apoiadores das atividades presenciais de pesquisa realizadas na 17ª CNS. Na etapa de atuação prática, portanto, os monitores foram responsáveis pela coleta de dados com a aplicação de instrumentos previamente elaborados pelos pesquisadores do CNS.

Com o trabalho dos monitores, foram aplicados mais de 3.500 questionários, realizadas 147 entrevistas com delegados dos 27 estados brasileiros; e com organizadores de 85 Conferências Livres (CL). Foram feitos 19 relatos de observação de atividades autogestionadas; 14 relatos de observação de Grupos de Trabalho; e 6 relatos de observação (duas atividades de observação nos eventos na Tenda, uma observação de uma reunião de um movimento social e três entrevistas). As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores e monitores, sendo orientadas por um roteiro semiestruturado que buscava investigar a percepção dos organizadores das CL sobre a própria conferência, a 17ª CNS e a participação social, suas motivações para participar, suas pautas e estratégias de luta, entre outras questões. Espera-se que este material permita, além do registro histórico que é fundamental, contribuir para o fortalecimento e aprimoramento do controle social e por conseguinte, do Sistema Ùnico de Saúde e da sociedade brasileira.

2.1 - A PARTICIPAÇÃO NAS ETAPAS MUNICIPAL E ESTADUAL DA 17ª CONFERÊNCIA

A edição da 17ª Conferência Nacional de Saúde contou com a realização de 3949 conferências municipais, totalizando 70,8% dos municípios brasileiros. A tabela 1 mostra o número de conferências realizadas em cada unidade da federação. Importante destacar que não foram disponibilizados os dados de Sergipe, Ceará e Santa Catarina.

Tabela 1. **Distribuição de número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 17ª CNS, por UF, 2023.**

REGIÃO	ESTADO	TOTAL DE MUNICÍPIOS	CONFERÊNCIAS REALIZADAS	TOTAL HABITANTES*
N	ACRE	22	22	830.023
N	AMAZONAS	62	61	3.941.175
N	RONDÔNIA	52	52	1.581.016
N	RORAIMA	15	15	636.303
N	PARÁ	144	106	8.116.132
N	TOCANTINS	139	139	1.511.459
N	AMAPÁ	16	16	733.508
NE	ALAGOAS	102	102	3.127.511
NE	PARAÍBA	223	174	3.974.495
NE	RIO GRANDE DO NORTE	167	167	3.302.406
NE	SERGIPE	75	-	2.209.558
NE	PERNAMBUCO	185	180	9.058.155
NE	PIAUÍ	224	224	3.269.200
NE	BAHIA	417	174	14.136.427
NE	MARANHÃO	217	180	6.775.152
NE	CEARÁ	184	-	8.791.688
CO	GOIÁS	246	236	7.055.228
CO	DISTRITO FEDERAL	1	1	2.817.068
CO	MINAS GERAIS	853	435	20.538.718
CO	MATO GROSSO DO SUL	79	79	2.756.700
CO	MATO GROSSO	141	141	3.658.813
SE	ESPÍRITO SANTO	78	78	3.833.486
SE	SÃO PAULO	645	454	44.420.459
SE	RIO DE JANEIRO	92	92	16.054.524
S	PARANÁ	399	376	11.443.208
S	RIO GRANDE DO SUL	497	445	10.880.506
S	SANTA CATARINA	295	-	7.609.601
TOTAL	**-**	**5570**	**3949**	**-**

Fonte: Dados da pesquisa

Ao olharmos esse número por região e considerando o percentual de municípios que realizaram conferências em relação ao total de municípios temos: 457 municípios na Região Centro-Oeste (97,8% do total de municípios), 411 municípios na Região Norte (91%), 821 municípios na Região Sul (68,9%), 1201 municípios na Região Nordeste (66%), e 1059 municípios na Região Sudeste (63,4). Importante destacar que as regiões Nordeste e Sudeste contabilizam quase 60% de todas as conferências realizadas.

Em relação às Conferências Estaduais podemos afirmar que foram realizadas em todos os 26 estados e no Distrito Federal. O gráfico 2 apresenta o número total de participantes em cada unidade da federação. São Paulo teve mais de 3.000 participantes, enquanto que BH superou os 2.000 e o Rio Grande do Sul teve acima de 1.550 participantes na sua etapa estadual. Os Conselhos Estaduais do Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Sergipe não disponibilizaram seus dados em relação à etapa estadual.

Gráfico 1. **Participantes totais por estados (excluindo os estados que não informaram o número de participantes), 2023.**

Número de participantes por estados		
REGIÃO	**ESTADO**	**NÚMERO DE PARTICIPANTES**
Norte	Acre	88
	Amazonas	666
	Rondônia	514
	Tocantins	822
	Pará	112
	Roraima	48
	Amapá	284
Nordeste	Pernambuco	766
	Piauí	403
	Rio Grande do Norte	964
	Paraíba	665
	Bahia	336
	Alagoas	501
	Maranhão	683
Centro-Oeste	Goiás	795
	Minas Gerais	1885
	Mato Grosso	736
Sudeste	Espírito Santo	607
	São Paulo	3113
	Rio de Janeiro	300
Sul	Rio Grande do Sul	1300
	Paraná	1100

Fonte: Dados da pesquisa

A figura 6 ilustra a soma de todas as participações a nível estadual na 17ª Conferência Nacional de Saúde. Trazendo um valor total de 16.688 brasileiros que estavam representando os seus devidos estados com o intuito de contribuir para a melhoria da Política Pública de Saúde no ano de 2023.

Figura 1. **Total de Participantes nas conferências Estaduais de Saúde nível nacional, 2023.**

Fonte: Dados da pesquisa

Ao considerarmos o total de participantes, percebe-se que as regiões Sudeste e Nordeste somam o montante de 61,3% dos participantes totais. O ranqueamento das 5 regiões do país obteve a seguinte ordem: 1º Sudeste – 35,4% (5.905 indivíduos); 2º Nordeste – 25,9% (4.318 indivíduos); 3º Norte – 15,2% (2.534 indivíduos); 4º Sul – 14,4% (2.400 indivíduos) e 5º Centro-oeste – 9,2% (1.531 indivíduos).

Olhando especificamente para cada região, no que se refere a Região Sudeste, o destaque ficou por conta do Estado de São Paulo, do qual 3.113 indivíduos compareceram às Conferências estaduais realizadas em seu território. Toda a região citada teve um valor total de 5.905 indivíduos, sendo que São Paulo representou 52,71% de todos os representantes Sudestinos.

Ao ser realizada a caracterização da região Nordeste, nota-se um número total exato de 4.318 participantes. Tendo como destaque o estado do Rio Grande do Norte com um volume de 22,32% de todos os participantes. O que pode ser transcrito como 964 Potiguares representando e defendendo os interesses dos seus conterrâneos. A região Norte acaba por destacar o estado do Tocantins, com 822 representantes, ou 32,43% de todos os indivíduos que estiveram presentes nas Conferências Municipais Nortistas, visto que seu total chega a 2.534 pessoas.

Nas Conferências Estaduais da Região Sul, obteve-se um número total de 2.400 pessoas participantes. E desta vez, o destaque com maior número de participantes em seu território foi o Rio Grande de Sul, com 1.300 sul-rio-grandenses. Desta forma o estado obteve uma porcentagem de 54,16% de toda região. Por fim, a região Centro-oeste, que teve 1.531 representantes, destaca o estado de Goiás com 795 indivíduos. Chegando a uma equivalência de 51,92% de representatividades. Reforçando mais uma vez que a região obteve o menor número de participantes.

Quando olhamos para o número de delegados representando as diferentes unidades da federação, podemos observar a tabela abaixo (tabela 2), que demonstra a distribuição dos delegados estaduais que foram efetivamente credenciados na Etapa Nacional. Nela, apresentam-se os segmentos de representação, o parâmetro projetado no Regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde e o percentual alcançado em relação à projeção e ao credenciamento. Assim, ao se ter um olhar mais específico sobre o que essa tabela traz em seus números se pode notar que: a região Sudeste teve a maior porcentagem total de delegados credenciados (31,7%), seguida pelas regiões Nordeste (27,8%), Norte (15,2%), Sul (13,3%) e Centro-Oeste (12%).

Em segundo momento, ao se estudar sobre as proporções de segmentos dentro da categoria de delegados, os dados nos mostraram que o grupo que teve destaque em todas as regiões, bem como em todos os estados, foi a categoria de usuário. Mais uma vez nos levando a crer que o processo de entendimento sobre participação social se fez presente desde as conferências municipais e estaduais, chegando à etapa Nacional como forma de validar que a democracia, mesmo tendo passado por momentos sombrios, resiste em se fazer caminho como futuro do país.

Tabela 2. **Distribuição de Delegados Estaduais Credenciados na Etapa Nacional, segundo o segmento de representação, o parâmetro projetado no Regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde e o percentual alcançado, por UF, 2023.**

Levantamento Com base na aba "Total Credenciado"									
LEVANTAMENTO DE DELEGADOS(AS) POR ESTADO E REGIÃO									
REGIÃO	**ESTADO**	**TOTAL DE PARTICIPANTES**							
		G	**P**	**T**	**U**	**S/I**	**N**	**%** (P/ ESTADO)	**%** (TOTAL GERAL)
NORTE	Acre (AC)	13	0	13	27	0	53	9,9	1,5
	Amapá (AP)	12	0	13	29	0	54	10,1	1,5
	Amazonas (AM)	22	0	26	63	0	111	20,7	3,1
	Pará (PA)	22	0	34	74	0	130	24,2	3,7
	Rondônia (RO)	11	0	15	36	0	62	11,5	1,8
	Roraima (RR)	13	0	12	32	0	57	10,6	1,6
	Tocantins (TO)	16	3	19	32	0	70	13,0	2,0
	TOTAL	109	3	132	293	0	537	100,0	15,2
NORDESTE	Alagoas (AL)	1	0	13	22	0	36	3,7	1,0
	Bahia (BA)	46	3	66	130	0	245	24,9	6,9
	Ceará (CE)	32	0	35	61	0	128	13,0	3,6
	Maranhão (MA)	24	0	25	55	0	104	10,6	2,9
	Paraíba (PB)	18	0	24	48	0	91	9,3	2,6
	Pernambuco (PE)	34	0	41	77	0	152	15,5	4,3
	Piauí (PI)	16	0	21	41	0	78	7,9	2,2
	Rio Grande do Norte (RN)	17	0	24	43	0	84	8,5	2,4
	Sergipe (SE)	14	0	17	34	0	65	6,6	1,8
	TOTAL	202	4	266	511	0	983	100,0	27,8
CENTRO-OESTE	Distrito Federal (DF)	57	5	37	54	0	153	36,2	4,3
	Goiás (GO)	25	1	29	62	0	117	27,7	3,3
	Mato Grosso (MT)	18	0	18	45	0	81	19,1	2,3
	Mato Grosso do Sul (MS)	15	1	23	33	0	72	17,0	2,0
	TOTAL	115	7	107	194	0	423	100,0	12,0
SUDESTE	Espírito Santo (ES)	21	0	24	39	0	84	7,5	2,4
	Minas Gerais (MG)	60	1	64	134	0	259	23,1	7,3
	Rio de Janeiro (RJ)	47	0	77	117	0	241	21,5	6,8
	São Paulo (SP)	105	7	149	270	5	536	47,9	15,1
	TOTAL	233	8	314	560	5	1120	100,0	31,7
SUL	Paraná (PR)	21	13	39	77	0	150	32,0	4,2
	Rio Grande do Sul (RS)	38	0	57	100	0	195	41,6	5,5
	Santa Catarina (SC)	24	5	39	56	0	124	26,4	3,5
	TOTAL	83	18	135	233	0	469	100,0	13,3
TOTAL (TODOS OS ESTADOS/REGIÕES)		3532						99,8	
NÃO INFORMADO		6						0,17	
TOTAL GERAL		3538						100,0	
Legenda: G: Gestor | T: Trabalhador | U: Usuário | S/I: Sem informação									
Total geral: soma de todos os participantes na 17ª CNS									

Fonte: Dados da pesquisa

Os dados acima apresentados demonstram que a categoria usuário(a) foi aquela com maior número de delegados(as) credenciados, seguida pelos trabalhadores(as), depois gestores(as) e por últimos os prestadores(as).

Diante dos dados aqui apresentados, pode-se afirmar que o controle social em saúde, exercido nas conferências, tem o potencial representativo da sociedade, pois possui abertura para incluir cada vez mais temas e variedades de participantes. Nota-se um cenário participativo em saúde que vem sendo ocupado cada vez mais por pessoas que lutam e defendem o SUS, e a 17ª CNS caracterizou de forma eficiente esse horizonte. A pesquisa realizada para obtenção dos dados demonstra também a diversidade e complexidade dos conselhos nas distintas regiões do Brasil, com variações na organização, resolutividade e estrutura dessas instâncias. O estudo pôde revelar disparidades entre os estados, abrangendo desde a organização e disponibilidade de resposta até a percepção do interesse público. Essas diferenças possuem contextos também bastante específicos, nos quais as questões culturais e territoriais se refletem nos desafios enfrentados por em cada região do país.

Os conselhos surgem como instâncias de participação que concretizam a democracia, nas quais a sociedade reivindica e fiscaliza as ações públicas relacionadas à saúde, exercendo plenamente a cidadania. Neste sentido é importante sinalizar a percepção sobre a falta de padronização mínima nas bases de dados referentes aos participantes das conferências municipais e estaduais de saúde, além da necessidade de orientação para gestores, visando registros e participação social que sejam mais eficazes e eficientes.

É essencial perceber que tanto as dificuldades quanto os resultados positivos relacionados ao aumento da diversidade de perfis nas conferências formam um campo frutífero para agendas de pesquisas futuras. Um dos principais ganhos é a compreensão de que os materiais produzidos pelas pessoas, conselhos e conferências funcionam, e que os dados aqui apresentados podem ser um caminho eficaz para políticas públicas que se preocupem com a representatividade dos diversos atores sociais na gestão da saúde, e com formas mais organizadas de apresentar, armazenar e fazer bom uso de toda essa riqueza de informações. Em oportunidades futuras, a pesquisa pode ser um guia inicial de alguns parâmetros relacionados a base e padronização de dados relativos às Conferências de Saúde, que possibilitem amplo e ágil acesso a números e informações, sem que isso signifique a separação desses indicadores de seus contextos e especificidades políticas e culturais.

2.2 - PERFIL DOS PARTICIPANTES DA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (17ª CNS)

A seguir apresentaremos o levantamento e o perfil dos participantes da 17ª CNS, considerando o banco de dados oficial da conferência e destacando: (I) o estado de origem; e (II) atividades desenvolvidas, como apoio, atividades autogestionadas, atividades nas tendas, atuação nos espaços de cuidados, organização, pesquisa e monitoria, relatoria e palestras. Os resultados revelados neste capítulo, muitos dos quais são numéricos e descritivos, nos permitem, porém, pensar em alguns pontos bem relevantes.

Um deles é a divulgação dos dados que, também, valem para traduzir o compromisso ético da pesquisa com a própria 17ª CNS, com os atores envolvidos e a sociedade. Os atores, nesse caso, são todos os participantes nas etapas prévias de organização, na etapa nacional e, também, nas etapas posteriores à conferência, que ainda motivam trabalhos para registro da etapa nacional da conferência com prioridade de registrar os números, mas, igualmente importante, a memória, que se concretizou em encontros, afetos e reivindicações reais em busca de uma saúde gratuita, equânime e universal, que caracterizaram a 17ª CNS.

O outro ponto é que os registros são uma contribuição à constituição do campo da Saúde Coletiva, no sentido de que os dados dizem sobre a organização de processos; e os registros falam sobre histórias, práticas, ações e experiências. Os dados e os registros, por sua vez, funcionam como dispositivo para fomentar a análise e inspiração para elaboração de políticas de saúde mais equânimes.

Trata-se de um estudo descritivo, cuja intenção é registrar e descrever os participantes na 17ª CNS. As informações utilizadas para levantamento de atributos referentes aos participantes e categorias da conferência foram extraídas do banco de dados do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essas informações, por sua vez, foram adquiridas na etapa e do sistema de inscrição para participação na 17ª CNS. O formulário aplicado eletronicamente para inscrição foi composto por perguntas abertas e fechadas que permitiram levantar: nome, idade, cidade e estado de residência, identificação de gênero, orientação sexual, se participou de alguma Conferência Livre - CL, e atividade que realizaria na conferência. Essas atividades incluíam: apoio, atividades autogestionadas, atividades nas tendas, atuação nos espaços de cuidados, organização, pesquisa e monitoria, relatoria e palestras.

Para cumprir a finalidade de traçar o perfil dos participantes, foi considerado, o sistema de credenciamento dos participantes na 17ª CNS. O credenciamento, neste caso, se refere à confirmação de participação presencial na etapa nacional da conferência. Para cada atributo ou categoria foi, inicialmente, levantado o “N” e calculado o percentual equivalente, para, posteriormente, apresentar os dados sistematizados. Para alguns atributos e categorias, foi realizada a comparação de informações equivalentes entre a 16ª CNS, realizada em 2019, e 17ª CNS, realizada em 2023.

Considerando o exposto, foi possível categorizar dados e informações dos participantes, considerando: (I) perfil quanto ao quesito raça/cor; identidade de gênero e orientação sexual; e (II) o total geral e a estratificação por nacionalidade, região brasileira e a unidade federativa, e por segmento de atuação e representação. Para elucidar as informações destacadas foram utilizadas um conjunto figuras, quadros e tabelas.

Na 17ª CNS foram credenciadas o total de **5.827 pessoas,** que se agruparam em dez categorias de atuação para distintos momentos da etapa nacional, como é evidenciado

na Tabela 1. A 17ª CNS contou com a presença expressiva de 3.538 pessoas delegadas, que representou o maior quantitativo do total de credenciados (60,7%). O total de pessoas delegadas na 17ª CNS superou o total credenciado na 16ª CNS, que foi de 2.713 pessoas (Araújo et al., 2022, p.86). Isso se deve, em parte, à eleição de pessoas delegadas nas CL realizadas em 2022 e 2023. Além disso, o acréscimo quantitativo também reflete o aumento no número de CL, que passou de 9 organizadas para a 16ª CNS, para 98 organizadas para 17ª CNS (Fernandes et al., 2023).

A comissão organizadora da 17ª CNS contou com o engajamento de 41 pessoas não eleitas ou indicadas na categoria de delegadas. Foram credenciadas 140 pessoas que compuseram o grupo de pesquisa sobre controle social durante a conferência. Também foram credenciadas 115 pessoas que atuaram como relatoras, sendo responsáveis pela elaboração dos relatórios dos momentos e ações ofertados e experienciados na 17ª CNS. No espaço de cuidados, houve o credenciamento de 29 pessoas. Nesses espaços, os colaboradores exerceram atividades relacionadas às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), constituindo um espaço de afeto, cuidado e ampliação das reflexões da educação popular no campo da saúde e sua inserção no SUS (Araújo et al., 2022).

Além dessas, houve o credenciamento de 111 acompanhantes de pessoas com deficiência, 224 pessoas envolvidas nas atividades de apoio, 442 pessoas com acesso às atividades autogestionadas, 51 pessoas com acesso às atividades de Arte, Cultura e Educação Popular na Tenda “Wanderley e Simone”, e 1.136 pessoas convidadas. Os convidados eram presidentes e secretários(as) executivos(as) dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), coordenação nacional de plenária, países das Américas, integrantes das comissões intersetorais do CNS, indicações dos integrantes da comissão organizadora, indicações dos segmentos trabalhador e usuário, palestrantes e membros da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI).

Confira o total de participantes por categoria na Tabela 3.

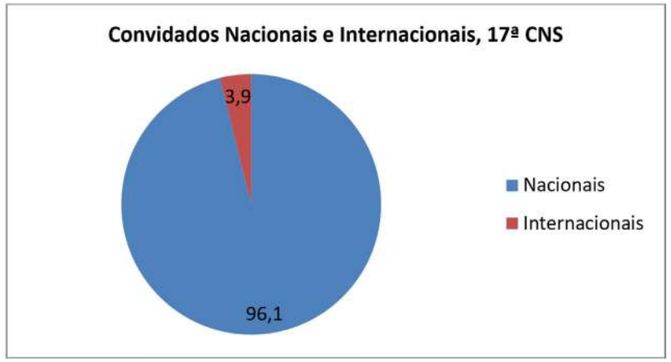
Tabela 3. **Distribuição dos participantes por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023.**

TOTAL DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA		
Categoria	Total de Participantes	
	N	%
Delegado(a)	3.538	60,7
Convidado(a)	1.136	19,5
Autogestionada	442	7,6
Apoio	224	3,8
Pesquisador(a)	140	2,4
Relator(a)	115	2,0
Acompanhante	111	1,9
Tenda	51	0,9
Organização	41	0,7
Espaço de cuidados	29	0,5
TOTAL	**5.827**	**100,0**

Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Do total de participantes, 96,1% são nacionais e 3,9% são internacionais. Veja a proporção na Figura 2. Além dos participantes residentes no Brasil, a 17ª CNS contou com 44 convidados internacionais de dezesseis países, representando a América Central, América do Sul, Europa e Oceania.

Figura 2. **Total de participantes nacionais e internacionais, 17ª CNS, 2023.**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

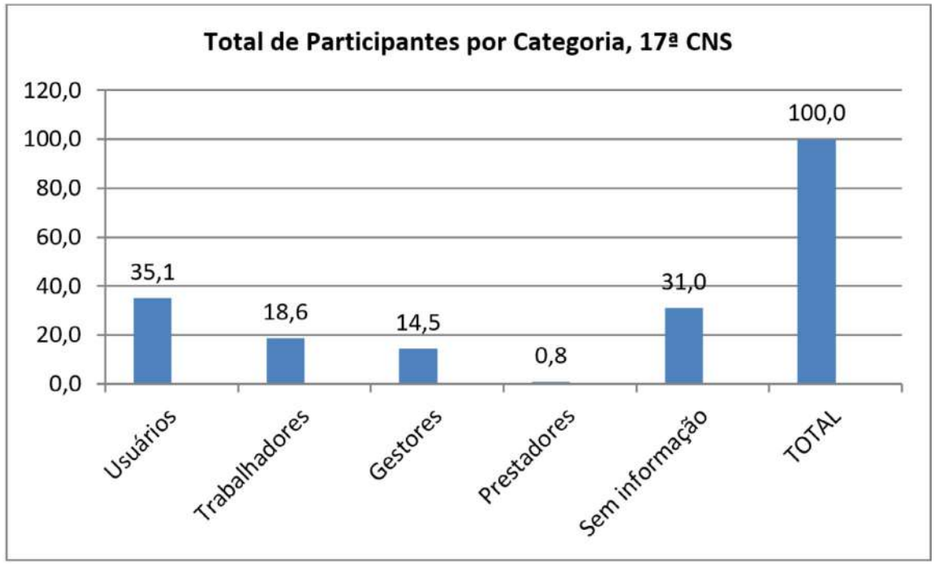
Tabela 4. **Distribuição de participantes internacionais por países de origem, 17ª CNS, 2023.**

LEVANTAMENTO DE CONVIDADOS(AS) INTERNACIONAIS		
País	**Total de Participantes**	
	N	**%**
Argentina	6	14,0
Bolívia	6	14,0
México	6	14,0
Colômbia	5	11,6
Venezuela	4	9,3
Espanha	3	7,0
El Salvador	2	4,7
Guiana	2	4,7
Itália	2	4,7
Peru	2	4,7
Austrália	1	2,3
Chile	1	2,3
Costa Rica	1	2,3
Equador	1	2,3
Paraguai	1	2,3
Suíça	1	2,3
TOTAL	44	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Do total de participantes nacionais, 1.800 são usuários, 956 são trabalhadores, 746 são gestores e 41 são prestadores de serviços. É relevante o destaque para a participação dos usuários do sistema público de saúde na etapa nacional. Essa mobilização se conecta à democracia participativa, no sentido de que a comunidade propõe ao serviço público o que ela deseja, participando, portanto,das etapas de elaboração das propostas e decisória (Araújo et al., 2022). Vide o levantamento apresentado na Figura 3.

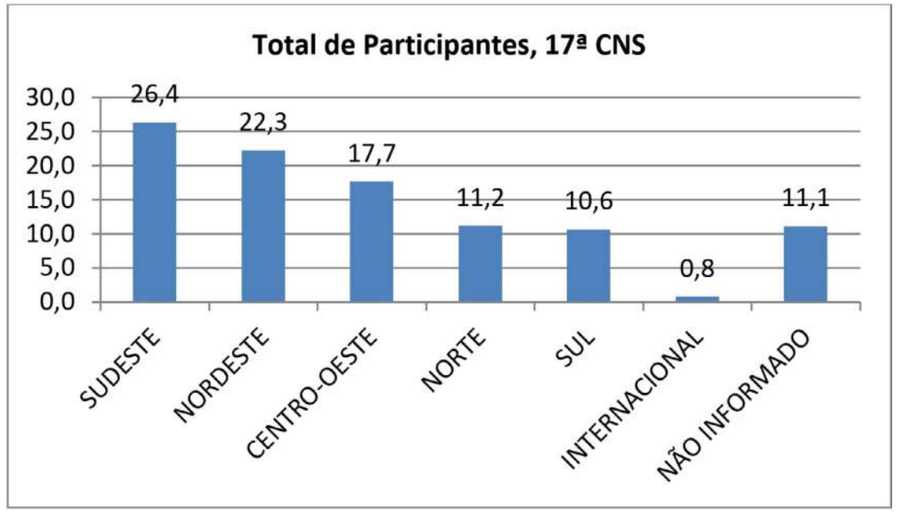
Figura 3. **Distribuição de participantes por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023.**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Os participantes representaram todas as regiões brasileiras. A região Sudeste foi a que registrou maior participação (26,4%), seguida pelas regiões Nordeste (22,3%), Centro-Oeste (17,7%), Norte (11,2%) e Sul (10,6%).É relevante o registro da distribuição geográfica dos participantes. A população tem participação constitucionalmente permitida no processo de formulação de políticas de saúde e controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local (Araújo et al., 2022). Para 649 pessoas não foi possível recuperar a informação do estado de origem.

Figura 4. **Total de participantes por local de origem, 17ª CNS, 2023.**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos participantes por unidade federativa e região brasileira conforme o credenciamento na etapa nacional.

Quadro 7. **Total de participantes e a distribuição por local de origem, 17ª CNS, 2023.**

LEVANTAMENTO DE DELEGADOS(AS) POR ESTADO E REGIÃO				
REGIÃO	ESTADO	TOTAL DE PARTICIPANTES		
		N	% (P/ ESTADO)	% (TOTAL GERAL)
NORTE	Acre (AC)	61	9,4	1,0
	Amapá (AP)	65	10,0	1,1
	Amazonas (AM)	136	20,9	2,3
	Pará (PA)	176	27,0	3,0
	Rondônia (RO)	69	10,6	1,2
	Roraima (RR)	64	938	1,1
	Tocantins (TO)	80	12,3	1,4
	TOTAL	651	100,0	11,2
NORDESTE	Alagoas (AL)	49	3,8	0,8
	Bahia (BA)	371	28,6	6,4
	Ceará (CE)	136	10,5	2,3
	Maranhão (MA)	118	9,1	2,0
	Paraíba (PB)	108	8,3	1,9
	Pernambuco (PE)	201	15,5	3,4
	Piauí (PI)	93	7,2	1,6
	Rio Grande do Norte (RN)	134	10,3	2,3
	Sergipe (SE)	87	6,7	1,5
	TOTAL	1297	100,0	22,3
CENTRO-OESTE	Distrito Federal (DF)	702	68,2	12,0
	Goiás (GO)	138	13,4	2,4
	Mato Grosso (MT)	98	9,5	1,7
	Mato Grosso do Sul (MS)	92	8,9	1,6
	TOTAL	1030	100,0	17,7
SUDESTE	Espírito Santo (ES)	105	6,8	1,8
	Minas Gerais (MG)	332	21,6	5,7
	Rio de Janeiro (RJ)	444	28,9	7,6
	São Paulo (SP)	656	42,7	11,3
	TOTAL	1537	100,0	26,4
SUL	Paraná (PR)	176	28,4	3,0
	Rio Grande do Sul (RS)	281	45,4	4,8
	Santa Catarina (SC)	162	26,2	2,8
	TOTAL	619	100,0	10,6
TOTAL (TODOS OS ESTADOS/REGIÕES)		5134	88,1	

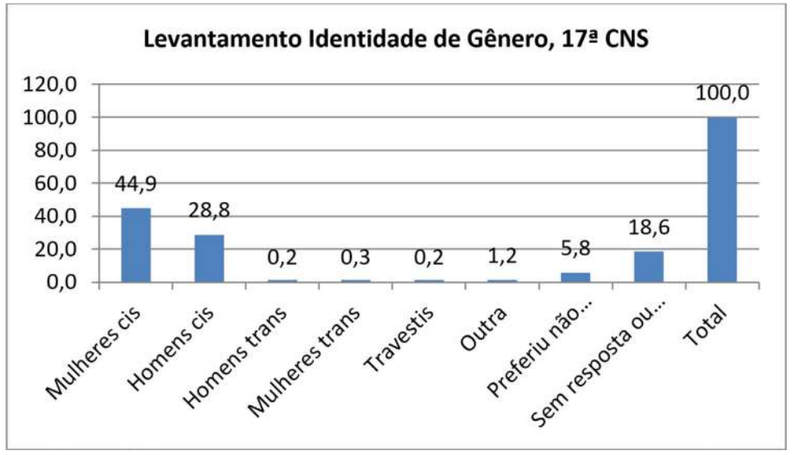
NÃO INFORMADO	649	0,17
INTERNACIONAL (INT)	44	0,76
TOTAL GERAL	5827	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Foram credenciadas 226 pessoas com deficiências na 17ª CNS, sem haver especificações quanto à deficiência. O número registrado em 2023 demonstra expansão da representação social, visto que superou o número de pessoas com deficiências credenciadas na 16ª CNS, que foi de 187, sendo que, destes, 56 afirmaram que a deficiência dificultava a participação na Conferência Nacional de Saúde (aproximadamente 30%). Parte do aumento de pessoas com deficiências registrado na 17ª CNS se deve, em parte, à "Conferência Livre Nacional Amanhã vai ser outro dia: SUS e o compromisso ético com a saúde das pessoas com deficiência", que elegeu 10 pessoas delegadas com 100% de credenciamento na etapa nacional.

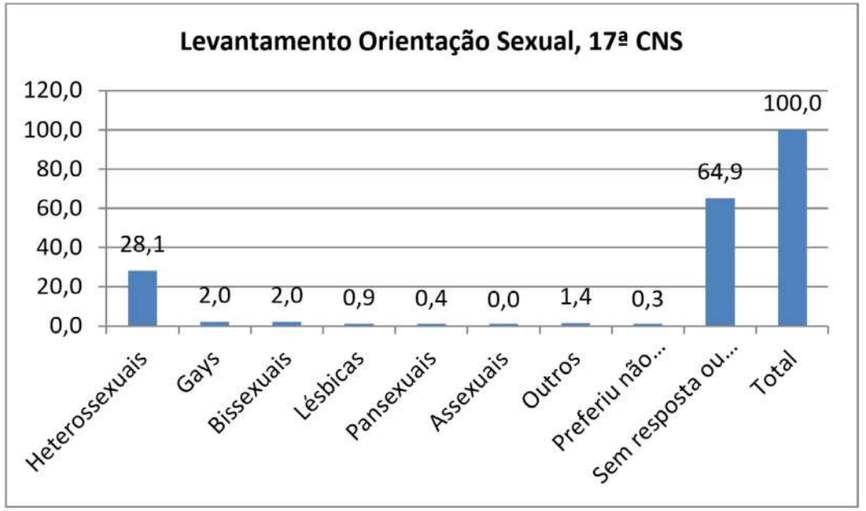
Também foram levantados os atributos de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, foi evidenciada uma dificuldade das pessoas, inclusive as lideranças que se habilitam à participação na etapa nacional de uma conferência de saúde, de reconhecer-se nesses atributos. Aproximadamente 24% das pessoas credenciadas não responderam ou registraram informações nulas (expressões diversas daquelas que classificam esse atributo) para o quesito identidade de gênero, enquanto aproximadamente 64% o fizeram no atributo orientação sexual, conforme descreve as Figura 5 e 6. Outra constatação importante é que um volume relevante de pessoas registrou informações válidas para esses atributos.

Figura 5. **Autodeclaração de identidade de gênero, 17ª CNS, 2023.**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

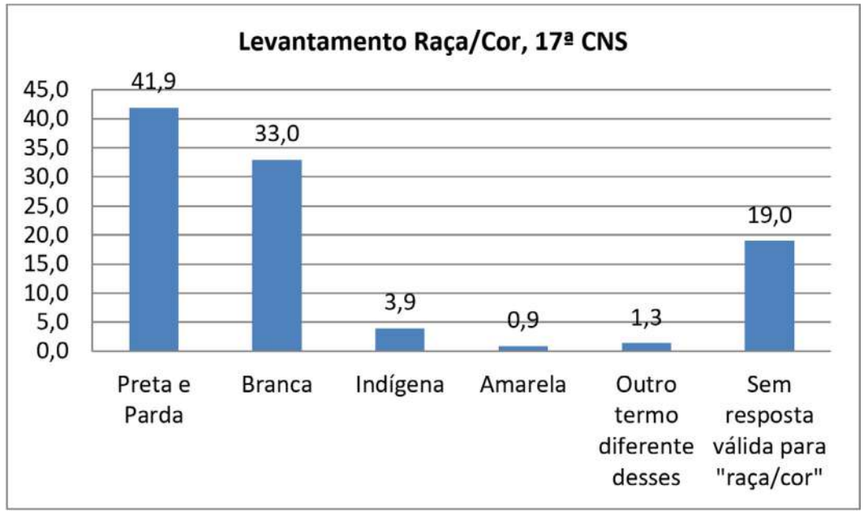
Figura 6. **Autodeclaração de orientação sexual, 17ª CNS, 2023.**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Em relação ao quesito raça/cor, 2.444 pessoas se autodeclararam pretas e pardas, 1.921 pessoas se autodeclararam brancas, 228 pessoas se autodeclaram indígenas, 50 pessoas se declararam amarelas, 78 deram uma resposta diferente das apresentadas e 1.106 não responderam adequadamente ao quesito raça/cor. Esse total pode representar uma dificuldade das pessoas de reconhecer-se nesses atributos.Vide Figura 7.

Figura 7. **Autodeclaração de raça/cor, 17ª CNS, 2023.**

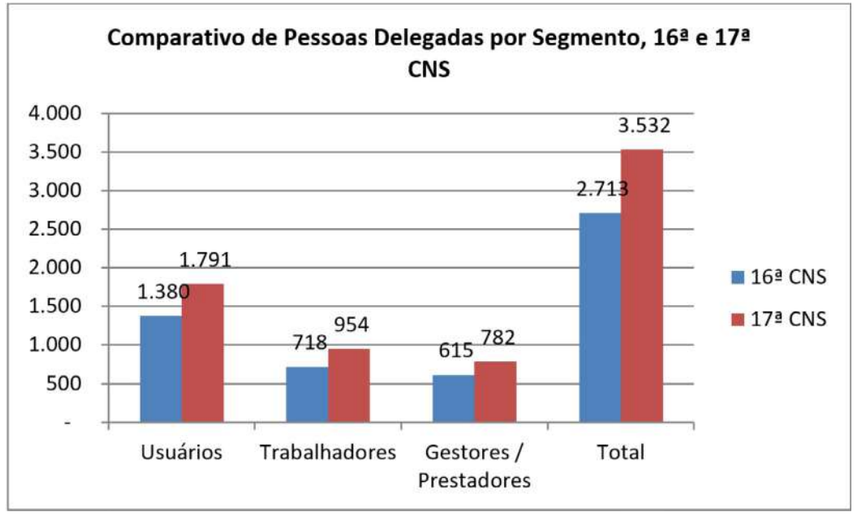


Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Pessoas delegadas

Na 17ª CNS, foi credenciado o total de 3.538 de pessoas delegadas, sendo superior ao número registrado na 16ª CNS, que foi de 2.713 pessoas (Araújo et al., 2022, p.86). Em 2023, houve aumento de 825 pessoas.Em 2023, das pessoas delegadas, o maior quantitativo foi de usuários (1.791 pessoas), seguido por trabalhadores (954 pessoas), gestores (742 pessoas) e prestadores de serviços (40 pessoas). A Figura 8 apresenta um comparativo do total de pessoas delegadas com especificação do segmento de atuação que representaram na 16ª CNS e 17ª CNS.Do total de pessoas delegadas em 2023 (3.538), para seis delas não foi possível levantar informações referentes à unidade federativa e o segmento de atuação que representam.

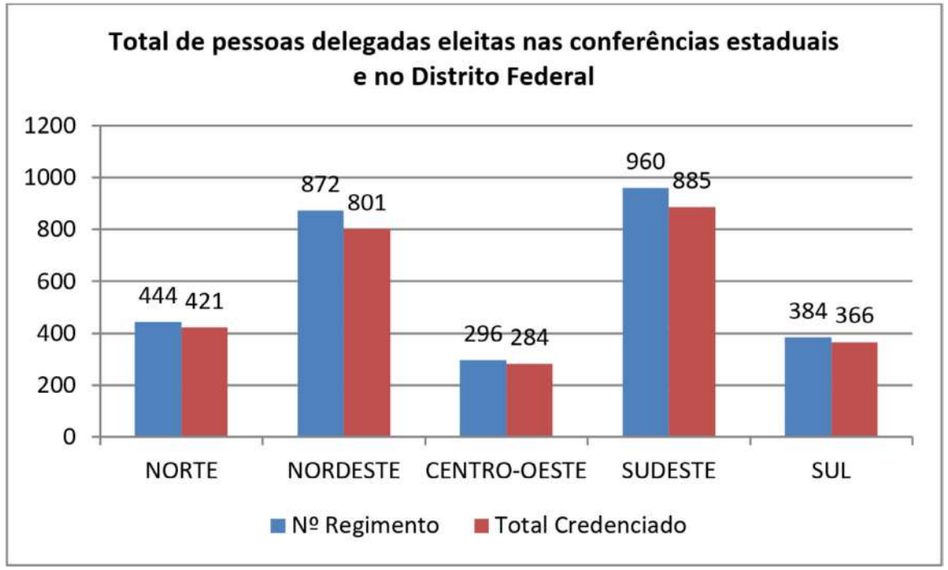
Figura 8. **Comparativo da distribuição de pessoas delegadas por segmento de atuação/representação: 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023).**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Observa-se que 93% das vagas projetadas pelo CNS e pela comissão organizadora da 17ª CNS, com base na população dos estados federativos, foram ocupadas por pessoas delegadas credenciadas na etapa nacional da conferência. A Figura 9 evidencia o total de pessoas delegadas eleitas nas conferências estaduais e no Distrito Federal, considerando o número de regimento e o total de pessoas credenciadas. A variação de percentuais por região brasileira oscilou entre Centro-Oeste e Norte.

Figura 9. **Total de pessoas delegadas estimadas e eleitas por região brasileira, 17ª CNS, 2023.**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Em relação à distribuição das pessoas delegadas por unidade da federação, evidenciou-se representação dos 26 estados e do Distrito Federal na amostra,conforme se identifica no Quadro 5. O total de pessoas delegadas por região brasileira foi o seguinte: 1.120 pessoas delegadas da região Sudeste; 983 pessoas delegadas da região Nordeste; 537 pessoas delegadas da região Norte; 469 pessoas delegadas da região Sul e 423 pessoas delegadas da região Centro-Oeste. Para seis pessoas delegadas não foi possível recuperar a informação do estado de origem.

Quadro 2. **Total de pessoas delegadas distribuídas por unidade federativa, região brasileira e por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023.**

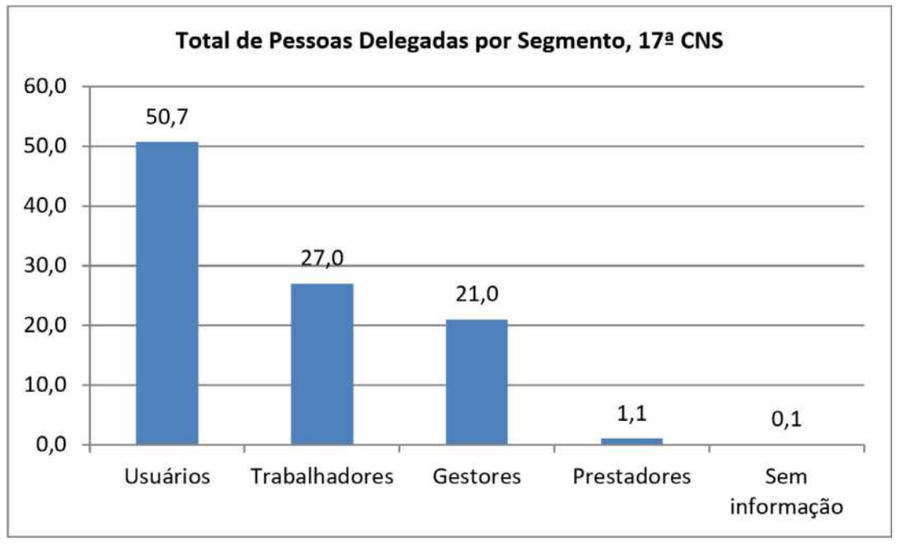
LEVANTAMENTO DE DELEGADOS(AS) POR ESTADO E REGIÃO									
REGIÃO	ESTADO	TOTAL DE PARTICIPANTES							
		G	P	T	U	S/I	N	% (P/ ESTADO)	% (TOTAL GERAL)
NORTE	Acre (AC)	13	0	13	27	0	53	9,9	1,5
	Amapá (AP)	12	0	13	29	0	54	10,1	1,5
	Amazonas (AM)	22	0	26	63	0	111	20,7	3,1
	Pará (PA)	22	0	34	74	0	130	24,2	3,7
	Rondônia (RO)	11	0	15	36	0	62	11,5	1,8
	Roraima (RR)	13	0	12	32	0	57	10,6	1,6
	Tocantins (TO)	16	3	19	32	0	70	13,0	2,0
	TOTAL	109	3	132	293	0	537	100,0	15,2
NORDESTE	Alagoas (AL)	1	0	13	22	0	36	3,7	1,0
	Bahia (BA)	46	3	66	130	0	245	24,9	6,9
	Ceará (CE)	32	0	35	61	0	128	13,0	3,6
	Maranhão (MA)	24	0	25	55	0	104	10,6	2,9
	Paraíba (PB)	18	0	24	48	0	91	9,3	2,6
	Pernambuco (PE)	34	0	41	77	0	152	15,5	4,3
	Piauí (PI)	16	0	21	41	0	78	7,9	2,2
	Rio Grande do Norte (RN)	17	0	24	43	0	84	8,5	2,4
	Sergipe (SE)	14	0	17	34	0	65	6,6	1,8
	TOTAL	202	4	266	511	0	983	100,0	27,8
CENTRO-OESTE	Distrito Federal (DF)	57	5	37	54	0	153	36,2	4,3
	Goiás (GO)	25	1	29	62	0	117	27,7	3,3
	Mato Grosso (MT)	18	0	18	45	0	81	19,1	2,3
	Mato Grosso do Sul (MS)	15	1	23	33	0	72	17,0	2,0
	TOTAL	115	7	107	194	0	423	100,0	12,0
SUDESTE	Espírito Santo (ES)	21	0	24	39	0	84	7,5	2,4
	Minas Gerais (MG)	60	1	64	134	0	259	23,1	7,3
	Rio de Janeiro (RJ)	47	0	77	117	0	241	21,5	6,8
	São Paulo (SP)	105	7	149	270	5	536	47,9	15,1
	TOTAL	233	8	314	560	5	1120	100,0	31,7

SUL	Paraná (PR)	21	13	39	77	0	150	32,0	4,2
	Rio Grande do Sul (RS)	38	0	57	100	0	195	41,6	5,5
	Santa Catarina (SC)	24	5	39	56	0	124	26,4	3,5
	TOTAL	83	18	135	233	0	469	100,0	13,3
TOTAL (TODOS OS ESTADOS/REGIÕES)		3532						99,8	
NÃO INFORMADO		6						0,17	
TOTAL GERAL		3538						100,0	
Legenda: G: Gestor | T: Trabalhador | U: Usuário | S/I: Sem informação									

Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Para garantir paridade entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores (50%, 25%, 25%).A Figura 10 apresenta a distribuição das pessoas delegadas conforme o segmento que representaram, sendo 1.791 usuários, 954 trabalhadores, 742 gestores e 40 prestadores de serviços.

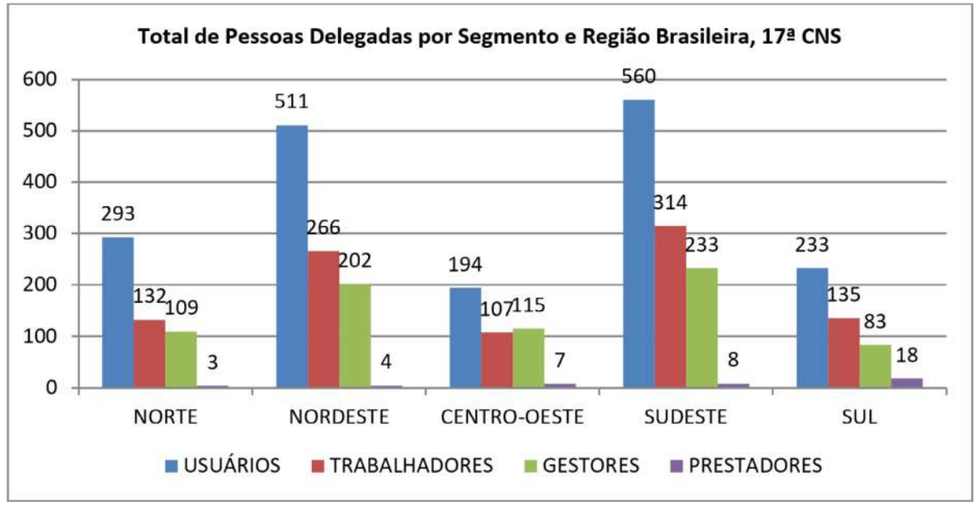
Figura 10. **Total de pessoas delegadas por categoria de atuação/representação, 17ª CNS, 2023.**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

A Figura 11 detalha, por região brasileira, as pessoas delegadas por segmento de atuação/representação. Em todas as regiões, como já apresentado, os usuários representaram o maior quantitativo de representação.

Figura 11. **Distribuição e comparativo de pessoas delegadas por categoria de atuação/representação e região brasileira, 17ª CNS, 2023.**



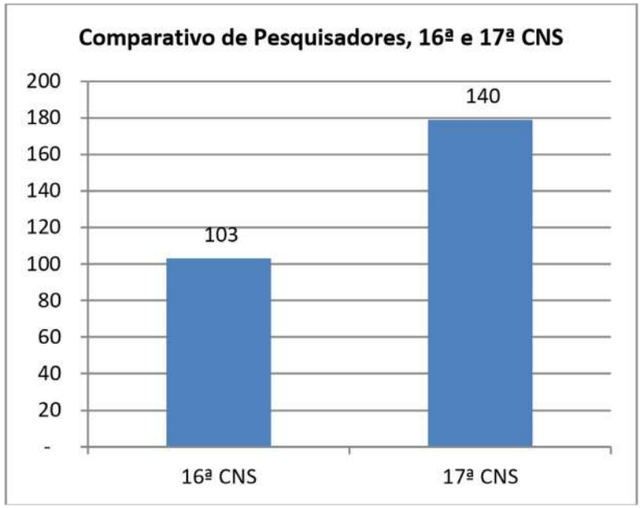
Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

A participação expressiva de pessoas delegadas reflete não apenas na quantidade de participantes, mas na diversidade de propostas feitas por e para pessoas com diversas necessidades de diferentes lugares. O cenário brasileiro é caracterizado pelas diversidades e contextos e culturas com diferenças sócio econômicas. Assim,torna-se mais possível organizar o SUS para todas as pessoas a partir da análise das propostas que refletem cada grupo de pessoas e cada território. Dessa forma, diminui o distanciamento entre quem define a política de saúde e a quem se destina esta política (Araújo et al., 2022).

Equipe de Pesquisadores

Nesta seção serão apresentados os pesquisadores que compuseram a comissão de pesquisa do projeto “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social”, do CNS, para pesquisa sobre controle social. A comissão de pesquisa foi composta por 140 pesquisadores. O total de pesquisadores participantes na 17ª CNS supera o total de pesquisadores na 16ª CNS, como mostra a Figura 12.

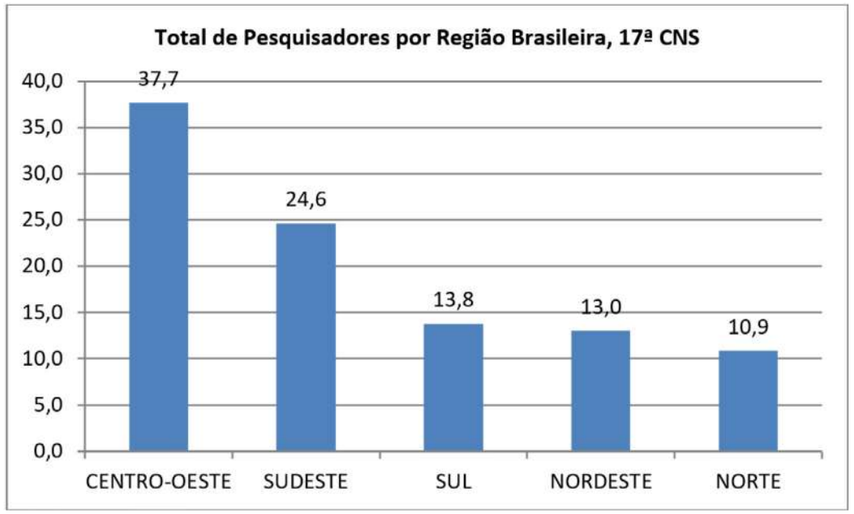
Figura 12. **Comparativo de pesquisadores participantes na 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023).**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Foram credenciados 140 pesquisadores. O quadro de pesquisadores foi multidisciplinar, com perfis diversificados, composto por pessoas vinculadas ao ensino/formação e ao trabalho na saúde, permitindo diferentes olhares e contribuições sobre saúde, educação e a interface entre essas duas áreas, e sobre controle social. Apesar de não haver pessoas de todos os estados, houve representação de todas as regiões brasileiras. A maior representação de pesquisadores foi da região Centro-Oeste (37,7%), conforme é evidenciado na Figura 13.

Figura 13.**Distribuição de pesquisadores por região brasileira, 17ª CNS, 2023.**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

A Tabela 5 detalha a distribuição de pesquisadores participantes na etapa nacional por estado e região do país.

Tabela 5. **Distribuição de pesquisadores por unidade federativa, 17ª CNS, 2023.**

LEVANTAMENTO DE PESQUISADORES(AS) POR ESTADO E REGIÃO BRASILEIRA		
Estado	**Total de Participantes**	
	N	**%)**
Amazonas (AM)	6	4,3
Pará (PA)	9	6,4
Alagoas (AL)	2	1,4
Bahia (BA)	4	2,9
Maranhão (MA)	1	0,7
Paraíba (PB)	2	1,4
Pernambuco (PE)	8	5,7
Piauí (PI)	1	0,7
Distrito Federal (DF)	49	35,0
Goiás (GO)	2	1,4
Mato Grosso do Sul (MS)	1	0,7
Minas Gerais (MG)	5	3,6
Rio de Janeiro (RJ)	21	15,0
São Paulo (SP)	8	5,7
Paraná (PR)	4	2,9
Rio Grande do Sul (RS)	11	7,9
Santa Catarina (SC)	4	2,9
Não informado	2	1,4
TOTAL	140	100,0

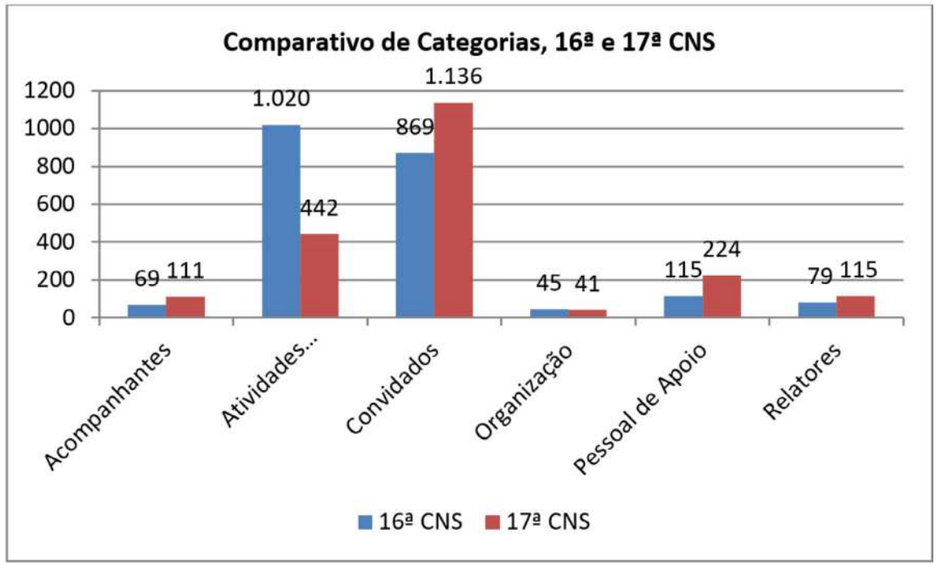
Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Demais categorias de atuação

Além de pessoas delegadas indicadas nas conferências estaduais e livres e pesquisadores, foram credenciados também participantes registrados como relatores, organizadores, convidados, atividades autogestionadas, acompanhantes e pessoal de Apoio.

A Figura 14 compara o total de participantes por categoria da 16ª e 17ª CNS.

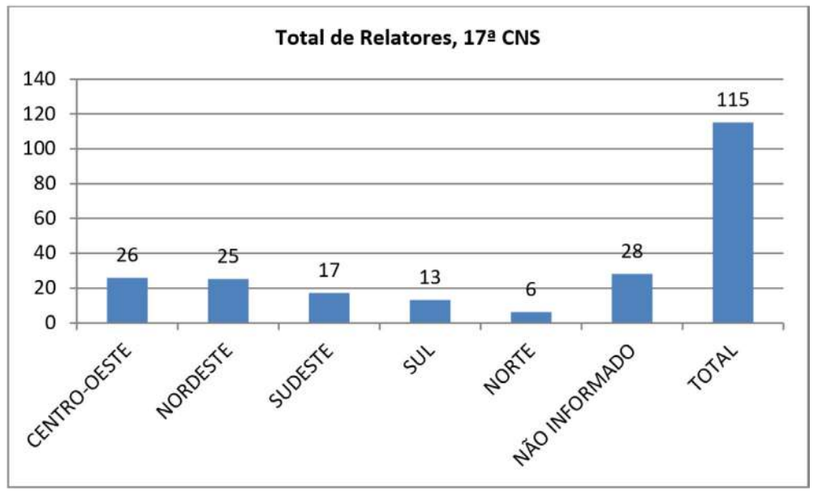
Figura 14. **Comparativo de categorias de atuação/representação: 16ª CNS (2019) e 17ª CNS (2023).**



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

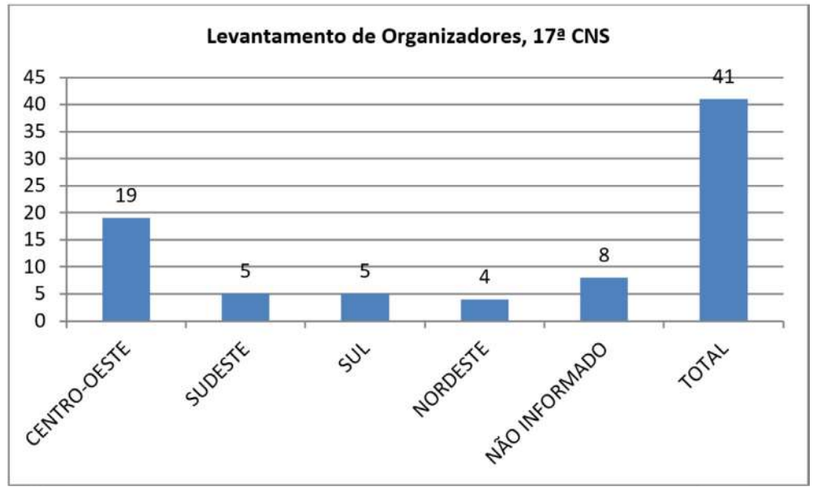
Com relação a essas categorias, foram credenciadas 2.197 pessoas na 16ª CNS e 2.069, na 17ª CNS. Vide a sequência de Figuras (15 a 20).

Figura 15. **Comissão de relatoria por região brasileira, 17ª CNS, 2023.**



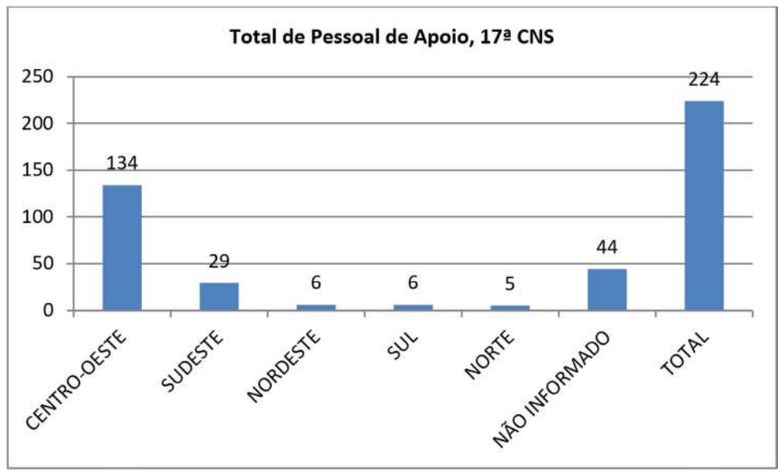
Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Figura 16. **Comissão organizadora por região brasileira, 17ª CNS, 2023.**



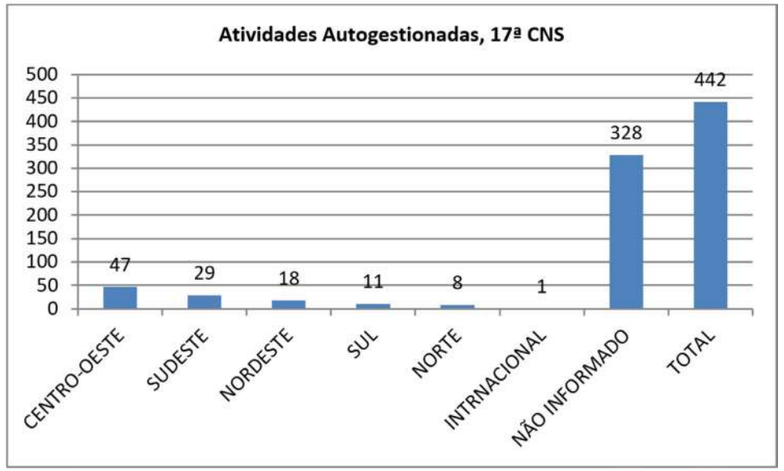
Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Figura 17. Pessoal de apoio por região brasileira, 17ª CNS, 2023.



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Figura 18. Atividades autogestionadas por região brasileira, 17ª CNS, 2023.



Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

2.3 O Perfil Dos Participantes da Pesquisa

A pesquisa realizada na etapa nacional da 17ª CNS, assim como feito na 16ª CNS, contou com uma amostra não probabilística, representativa dos 5827 participantes da 17ª Conferência Nacional de Saúde. Foi utilizado um questionário virtual, auto-aplicado dos quais se obteve quase 3500 respostas, tendo sido validados 3218 questionários após a limpeza do banco. Destes respondentes, 2216 eram delegados (68%). Aproximadamente 62% dos delegados credenciados e 55% do total dos presentes na Conferência responderam ao questionário, indicando uma amostra robusta dos participantes credenciados. O instrumento utilizado permite caracterizar os participantes e ainda produzir análises sobre os mesmos, sobretudo considerando os dados já produzidos na pesquisa realizada na 16ª CNS compreendidos como a linha de base para as reflexões do Conselho Nacional de Saúde na intenção de analisar, ampliar e diversificar o perfil dos participantes. A Tabela 4 apresenta algumas características dos participantes da etapa nacional da 17ª Conferência que responderam o questionário.

Tabela 4. **Descrição de características dos participantes da pesquisa, etapa nacional da 17ª CNS, 2023.**

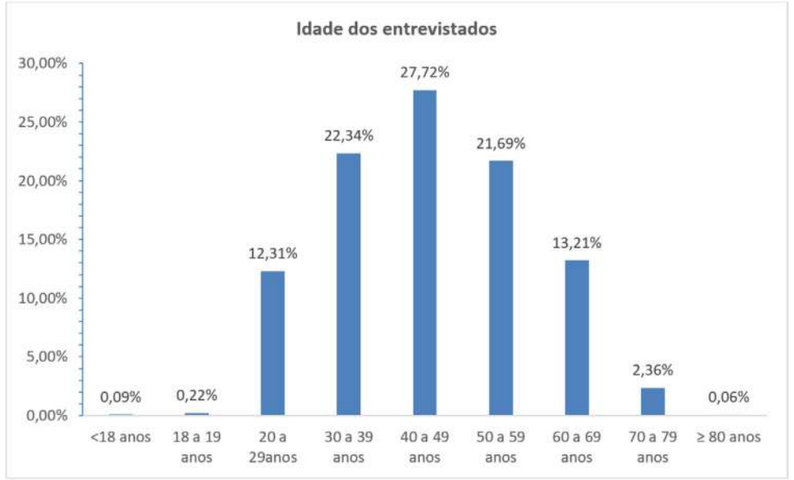
Características	Frequência (N)	(%)*
Gategoria do(a) participante		
Delegado(a)	2216	68,8
Convidado(a)/outros(as) participantes	1002	32,2
Raça/cor[1]		
Branca	1278	39,7
Parda	1159	36
Preta	585	18,1
Amarela	33	1,02
Indígena	151	4,7
Escolaridade[2]		
Ensino fundamental	56	1,76
Ensino médio	446	14,02
Ensino superior	937	29,46
Especialização	991	31,16
Mestrado/Doutorado	750	23,58
	Mediana	**Desvio padrão**
Idade	44 anos	±12,70 anos
Renda	R$4.000	±R$5973,78

[1] 12 pessoas não responderam | [2] 38 pessoas não responderam

Em relação ao quesito raça/cor, 1278 entrevistados se autodeclararam brancas(os) (39,7%), 1159 se autodeclararam pardas(os) (36%), 585 se autodeclararam pretas(os) (18,1%), 33 se autodeclararam amarelas(os) (1,02%), 151 se autodeclararam indígenas (4,7%). Conforme última pesquisa do IBGE(2022), a sociedade brasileira é composta por aproximadamente 55% de pardos e pretos, percentual similar ao dos participantes da pesquisa, que totalizou 54,1% de pardos e pretos.

A mediana de renda foi de 4 mil reais, ou seja, a renda de 50% dos entrevistados era de até 4 mil reais e os demais 50% possuíam renda superior a 4 mil reais (o percentil 25 foi de 2.500 reais e o percentil 75 foi de 8 mil reais). Com relação a idade tivemos desde menores de idade, acompanhados e autorizados pelos responsáveis, até maiores de 80 anos de idade. . A idade dos entrevistados variou de 14 a 81 anos, e a média de idade foi de 45,21 (± 12,70) anos. Relevante destacar que assim ocorreu na 16ª CNS, há uma representação significativa em cada uma das faixas etárias e um número significativo de adultos entre 20 e 39 anos, conforme demonstra a tabela abaixo:

Tabela 5. **Idade dos entrevistados na pesquisa, etapa nacional da 17ª CNS, 2023.**



Todas as 27 Unidades Federativas do país estão inseridas na amostra da pesquisa, conforme se identifica na Tabela abaixo. Ao olharmos os dados por região temos: 959 participantes da Região Sudeste (29,80%), 846 participantes da Região Nordeste (26,28%), 601 participantes da Região Centro-Oeste (18,67%); 407 participantes da região Norte (12,64%) e 405 participantes da Região Sul (12,58%). Destes o total de 1.101 (34,21%) representavam o segmento usuário, 599 (18,61%) representavam o segmento trabalhador, 516 (16,03%) representavam o segmento gestor e 1.002 (31,14%) entrevistados eram convidados.

Tabela 6. **Distribuição dos participantes da pesquisa por Unidade da Federação e segmento, etapa nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde, 2023.**

	Gestor/Prestador	Trabalhador	Usuário	Convidado(a)	Total
Acre	7 (19,44%)	7 (19,44%)	16 (44,44%)	6 (16,67%)	**36**
Alagoas	1 (4,00%)	4 (16,00%)	13 (52,00%)	7 (28,00%)	**25**
Amapá	9 (16,98%)	11 (20,75%)	18 (33,96%)	15 (28,30%)	**53**
Amazonas	17 (20,00%)	15 (17,65%)	36 (42,35%)	17 (20,00%)	**85**
Bahia	33 (14,73%)	47 (20,98%)	78 (34,82%)	66 (29,46%)	**224**
Ceará	16 (12,80%)	21 (16,80%)	46 (36,80%)	42 (33,60%)	**125**
Distrito Federal	27 (7,28%)	20 (5,39%)	38 (10,24%)	286 (77,09%)	**371**
Espírito Santo	18 (23,38%)	18 (23,38%)	27 (35,06%)	14 (18,18%)	**77**
Goiás	21 (22,34%)	17 (18,09%)	39 (41,49%)	17 (18,09%)	**94**
Maranhão	16 (23,53%)	10 (14,71%)	30 (44,12%)	12 (17,65%)	**68**
Mato Grosso	13 (18,57%)	14 (20,00%)	34 (48,57%)	9 (12,86%)	**70**
Mato Grosso do Sul	12 (18,80%)	17 (25,76%)	22 (33,33%)	15 (22,73%)	**66**
Minas Gerais	44 (19,56%)	43 (19,11%)	92 (40,89%)	46 (20,44%)	**225**
Pará	15 (15,00%)	20 (20,00%)	39 (39,00%)	26 (26,00%)	**100**
Paraíba	11 (16,42%)	15 (22,39%)	30 (44,78%)	11 (16,42%)	**67**
Paraná	21 (19,09%)	20 (18,18%)	47 (42,73%)	22 (20,00%)	**110**
Pernambuco	28 (21,71%)	29 (22,48%)	43 (33,33%)	29 (22,48%)	**129**
Piauí	10 (15,87%)	18 (28,57%)	26 (41,27%)	9 (14,29%)	**63**
Rio de Janeiro	33 (12,41%)	46 (17,29%)	64 (24,06%)	123 (46,24%)	**266**
Rio Grande do Norte	11 (12,94%)	16 (18,82%)	33 (38,82%)	25 (29,41%)	**85**
Rio Grande do Sul	21 (10,77%)	38 (19,49%)	66 (33,85%)	70 (35,90%)	**195**
Rondônia	10 (18,87%)	11 (20,75%)	28 (52,83%)	4 (7,55%)	**53**
Roraima	8 (25,00%)	7 (21,88%)	13 (40,63%)	4 (12,50%)	**32**
Santa Catarina	18 (18,00%)	21 (21,00%)	34 (34,00%)	27 (27,00%)	**100**
São Paulo	72 (18,41%)	91 (23,27%)	148 (37,85%)	80 (20,46%)	**391**
Sergipe	12 (20,00%)	12 (20,00%)	21 (35,00%)	15 (25,00%)	**60**
Tocantis	12 (25,00%)	11 (22,92%)	20 (41,67%)	5 (10,42%)	**48**
Total	516 (16,03%)	599 (18,61%)	1.101 (34,21%)	1.002 (31,14%)	**3.218**

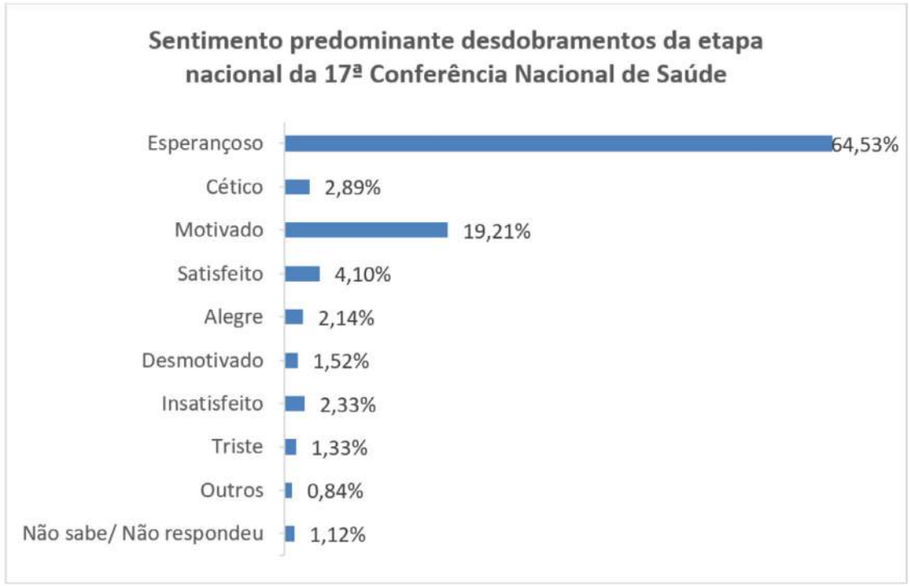
Importante destaque para o percentual de quase 65% dos participantes da pesquisa que afirmaram estar pela primeira vez na etapa nacional. Dado ainda superior ao registrado na 16ª CNS que foi de 62%, indicando uma constante e importante renovação de atores no controle social brasileiro. A figura abaixo apresenta este percentual.

Figura 17. **Primeira vez que participa de uma Conferência Nacional de Saúde, respostas dos entrevistados. Etapa Nacional 17ºCNS (2023).**

Fonte: dados da pesquisa.

Além disso, 90% das entrevistadas (os) se diziam esperançosas(os), alegres, motivadas(os) ou felizes na 17ª CNS. Dado também superior perante os 77% das entrevistadas(os) se diziam esperançosas(os), alegres, motivadas(os) ou felizes na 16ª CNS. A figura abaixo apresenta todos os sentimentos predominantes destacados pelos participantes na pesquisa.

Figura 18. **Sentimento predominante dos entrevistados quanto aos desdobramentos da Conferência. Etapa Nacional da 17ºCNS (2023).**



Fonte: dados da pesquisa.

2.4 - A vez, a voz e a palavra dos participantes - expectativas em relação à 17ª CNS

Como forma de qualificar os dados do questionário, explorar questões atuais sobre a participação e o controle social em saúde e dar voz aos participantes de modo a registrar toda a riqueza e complexidade das vivências e pensamentos que circularam pela 17a Conferência Nacional de Saúde, incluímos como parte da metodologia entrevistas semi-estruturadas com delegados. Estabelecemos como meta realizar pelo menos quatro entrevistas por unidade federativa, sendo duas com usuários, uma com gestores e uma com trabalhadores. Ao todo foram realizadas 150 entrevistas, uma média superior a 5 por delegação. Além disso, conforme um dos critérios estabelecidos pela pesquisa, em consonância com a composição das instâncias de participação, manteve-se aproximadamente o percentual paritário por segmento com 72 (48%) das entrevistas realizadas com usuários, 40 (26,6%) realizada com trabalhadores (as) e 38 (25,3%) com gestores(as).

Estes dados permitem aprofundar elementos subjetivos dos participantes e ampliar as análises coletivas, além de ampliarem e complementarem as informações coletadas pelos quase 3500 questionários aplicados em todos os participantes da conferência. A tabela 7 abaixo mostra o quantitativo de entrevistas realizadas por estado, região e segmento.

Tabela 7. **Total de entrevistas realizadas com delegados(as) por estado, região e seguimento de representação.**

	ESTADO	USUÁRIO	GESTOR	TRABALHADOR	TOTAL POR ESTADO
NORTE	AC	2	1	1	4
	AM	2	1	1	4
	AP	2	1	2	5
	PA	2	1	1	4
	RO	3	2	1	6
	RR	3	1	1	5
	TO	2	1	1	4
	TOTAL	**16**	**8**	**8**	**32**
NORDESTE	AL	2	1	1	4
	BA	3	1	2	6
	CE	3	2	2	7
	MA	2	1	1	4
	PB	3	2	2	7
	PE	2	1	1	4
	PI	2	1	1	4
	RN	1	1	1	3
	SE	3	1	2	6
	TOTAL	**21**	**11**	**13**	**45**
CENTRO-OESTE	DF	3	1	1	5
	GO	2	2	2	6
	MT	2	1	1	4
	MS	1	1	2	4
	TOTAL	**8**	**5**	**6**	**19**

SUDESTE	ES	3	1	2	6
	MG	3	2	2	7
	RJ	4	3	2	9
	SP	6	2	2	10
	TOTAL	**16**	**8**	**8**	**32**
SUL	PR	3	1	2	6
	RS	4	2	1	7
	SC	4	3	2	9
	TOTAL	**11**	**6**	**5**	**22**
TOTAL GERAL		**72 (48%)**	**38 (25,3%)**	**40 (26,6%)**	**150 (100%)**

Fonte: dados da pesquisa.

A equipe de pesquisa elaborou um roteiro de entrevista que foi aplicado por pesquisadoras/es e monitoras/es da pesquisa desde o primeiro dia da Conferência. Todos os respondentes haviam aceito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao responderem o questionário e, antes de iniciar a entrevista semiestruturada, reforçaram sua concordância com a gravação em áudio e uso das informações na pesquisa. As entrevistas foram registradas em áudio, transcritas digitalmente pela plataforma cockatoo.com e revisadas por uma equipe de monitores de pesquisa. Este material está sendo categorizado e será analisado futuramente em diferentes recortes que o mesmo possibilita.

É importante ressaltar, que o banco de dados qualitativo, composto pelas entrevistas semiestruturadas com delegados, mas também com os delegados das Conferências Livres e os registros etnográficos realizados pela equipe, está arquivado e disponível para consultas e interpretações futuras. O valor deste material também está no registro da história do movimento sanitarista brasileiro, aberto à hermenêutica do futuro.

O roteiro de entrevista abriu a possibilidade dos entrevistados falarem sobre aspectos singulares de suas experiências e trajetórias, mas também buscava responder questões sobre a participação social e o Sistema Único de Saúde. Foram explorados temas como as expectativas dos participantes sobre a Conferência e suas vivências nas etapas anteriores, suas motivações para participar e suas experiências participativas, tais como os conselhos de saúde e os movimentos sociais. Foram incluídas questões que exploravam opiniões e perspectivas políticas sobre as prioridades dos movimentos sociais nas lutas por saúde, sobre os problemas nos mecanismos participativos e a importância da participação social, formas de pressão política utilizadas hoje, experiências exitosas da participação em saúde, entre outras.

Neste capítulo, buscamos apresentar os resultados gerais da pesquisa, com ênfase no perfil e origem dos participantes. Como forma de situar estes sujeitos e ressaltar o clima no qual ocorreu a etapa nacional da conferência, nos parece interessante apresentar algumas falas sobre as expectativas dos participantes. Uma análise preliminar nos permite identificar cinco categorias diferentes de expectativas: 1. Efetividade das Propostas; 2. Fortalecimento do SUS; 3. Democracia e Participação Social; 4. Especificidades Regionais e Equidade; 5. Superação dos Desafios.

As duas primeiras se referem diretamente à importância da Conferência para produzir diretrizes que possam ter incidência nas políticas de saúde e ações do governo. Como sabemos, o primeiro ano da gestão é o ano de elaboração dos instrumentos que irão orientar as ações do poder executivo durante todo o governo. É neste primeiro ano que os principais instrumentos de gestão, tais como o Plano Plurianual de Saúde- PPA e o Plano Nacional de Saúde são elaborados, definindo as principais políticas, assim como a peça financeira e orçamentária. Cabe às Conferências, nos diferentes níveis, produzir diretrizes que serão incorporadas e executadas pelo Ministério da Saúde. Portanto a expectativa dos presentes destaca também a vontade de efetivar o papel atribuído aos Conselhos e Conferências.

A expectativa com relação à **efetividade** se reflete, em primeiro lugar, na demanda pela implementação concreta das deliberações: Há um desejo unânime de que as propostas aprovadas na conferência sejam de fato implementadas e não fiquem apenas no papel. Isso se reflete na expectativa de que as decisões sejam tomadas com base na experiência dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

> Eu espero que aqui sejam aprovadas propostas que realmente consigam ser postas em prática e que as decisões, futuras decisões da saúde sejam tomadas a partir do que a população traz, os segmentos usuários, trabalhadores e gestores trazem, das suas experiências ali na ponta do que realmente precisa para mudar (Trabalhador da Região Norte) AC).

> Primeiro, nós criamos uma expectativa a partir da luta de defesa do SUS. Eu como participante, já, essa é a minha 3ª conferência, é que verdadeiramente a gente possa efetivar as propostas que foram elaboradas desde a etapa municipal, passando pela estadual, chegamos na nacional, que é o grande ápice, que seja efetivada verdadeiramente as propostas que são construídas a partir dessas discussões, de debates pelo controle social (Usuário da Região Norte).

> Eu espero que todas as propostas aqui que forem aprovadas, né, que vieram dos mais diversos municípios e estados brasileiros, se torne uma realidade do SUS. Na verdade, que se torne diretriz para a política do Sistema Único de Saúde (Gestor da Região Centro-Oeste).

Além disso, o anseio por efetividade pode ser observado no foco em resultados práticos, pois os participantes esperam que as propostas aprovadas tragam mudanças concretas para o SUS, melhorando a qualidade da atenção à saúde e atendendo às necessidades da população:

> Nós que somos da Amazônia, somos da região norte, a gente veio com a esperança da gente conseguir pactuar muito a questão do financiamento diferenciado para a nossa região, que é essencial, a gente sabe que cada região tem a sua particularidade e as nossas propostas em relação a isso estão muito bem elaboradas, bem defendidas, então eu estou bem otimista em relação a isso, espero que essas propostas passem, porque a gente consegue realmente fazer uma política efetiva na nossa região amazônica, porque existe muitas dificuldades em relação a consumo de saneamento, por exemplo. Eu acho que a gente fala muito em preservação da Amazônia, mas não tem como se preservar a Amazônia se não tem saneamento, que também é saúde. Então o recurso para isso tem que ser diferenciado. A área ribeirinha que nós temos, aquele homem do rio que a gente chama, que fala muito rio, então é nome dado é área ribeirinha. Então eu estou otimista, espero que a gente consiga, essas propostas sejam aprovadas na plenária e a gente consiga melhorar isso aí, nossa realidade (Gestor da Região Norte).

> Nós esperamos que as propostas que vão ser aprovadas aí... Hoje nós somos prevenção, saúde indígena é prevenção, atenção básica da saúde, mas nós precisamos da retaguarda na média e na alta complexidade, aí está o nosso problema. Então, assim, nós esperamos que passem essas propostas, que possa o governo disponibilizar de recursos para que nós possamos ser atendidos na nossa retaguarda de acordo com a legislação que diz que nós, saúde indígena, nossa retaguarda é o município e o estado (Usuário da Região Norte).

A segunda categoria, o **fortalecimento do SUS**, é uma pauta permanente dos espaços de participação social, sendo a conferência o espaço privilegiado para esta luta em âmbito nacional. Uma das demandas mais recorrentes na história da reforma sanitária brasileira é por um financiamento adequado, ou seja, por um financiamento diferenciado e justo para o SUS, considerando as particularidades de cada região, como a Amazônia, na fala do Gestor citado anteriormente. Em diferentes depoimentos podemos notar a especificidade do financiamento em valorizar a atenção básica, por ser reconhecida como a base do SUS e merecer ser fortalecida e ampliada. Esta ênfase na atenção básica não é recente, mas torna-se especialmente oportuna no período atual, após medidas que foram bastante criticadas pelo movimento sanitarista, no sentido de enfraquecer o financiamento e a noção de território na atenção primária.

> Eu vejo a 17ª com muita expectativa para o nosso SUS, para mudança de muitos programas, de muitas organizações dentro do nosso SUS, principalmente quando se está se falando na atenção básica. Você sabe que é o fio da meada, é o feedback que aonde cai. Então, somos nós, conselheiros municipais, estaduais, que temos que saber realmente as propostas que são viáveis ao nosso Estado, ao nosso município (Usuário da Região Norte).

A integralidade também apareceu como um elemento importante associada ao fortalecimento do SUS, na medida em que alguns depoimentos reforçaram a necessidade de garantir a integração entre a atenção básica, média e alta complexidade, a presença das práticas integrativas em saúde, o respeito às diferenças culturais no cuidado em saúde (como por exemplo as benzedeiras e parteiras tradicionais), a atenção em saúde mental e ações que visem a promoção da saúde. Estes anseios estão presentes nas falas de diferentes usuários e compõem uma narrativa que defende o fortalecimento do SUS para que os usuários recebam um atendimento condizente com suas diretrizes.

> Para sintetizar em princípios e valores, principalmente nós do campo da educação popular e saúde, os princípios e valores que nos guiam aqui é a solidariedade ativa, não passiva, não é a da caridade, morosidade, a luta por um projeto democrático e popular, a resiliência, a autonomia e a emancipação. (Usuário da Região Nordeste).

A terceira categoria, **Democracia e Participação Social**, sintetiza um conjunto de expectativas que contextualizam o período no qual a conferência ocorreu: primeiro ano de um governo que defende os princípios democráticos e a participação, após quatro anos de ataques às instituições e à democracia como um todo. Diversas falas ressaltaram estes elementos explicitando o SUS como expressão da vontade popular e a conferência é vista como um espaço para fortalecer a democracia e garantir que o SUS seja construído com a participação da sociedade civil. Um dos caminhos argumentativos que expressam o anseio pelo fortalecimento da democracia é o do combate ao desmonte das políticas públicas. Diversos depoimentos manifestaram a preocupação em interromper o enfraquecimento das políticas públicas de saúde e defender o SUS como um direito fundamental que é, em última instância, um dos pilares da nossa democracia.

> Então, acho que primeiro salientar que essa conferência é um marco histórico muito importante. É o momento que a gente retoma a democracia no Brasil. Nós passamos aí seis anos, dois anos de governo Temer e 4 anos de governo Bolsonaro que trabalharam diuturnamente para desmobilizar a sociedade civil organizada contra os movimentos sociais, contra a democracia, contra os trabalhadores (Trabalhador da Região Norte).

> A gente veio para essa 17ª numa expectativa de retomada da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Viemos muito nessa expectativa da nossa retomada democrática, depois de anos de um governo fascista, genocida, um governo de morte, que voltamos ao mapa da fome, à insegurança alimentar, à criminalização dos movimentos sociais e populares. Então a gente vem pra cá nessa luta, desse ciclo histórico, que é importante a gente compreender essas correlações de forças da nossa nova redemocratização (Usuário da Região Nordeste).

> Essa 17ª traz essa discussão sobre essa desconstrução que o SUS sofreu, então amanhã será outro dia, porque a gente precisa reconstruir esse SUS que foi vilipendiado, que foi tão desestruturado, desmontado por uma política do governo anterior (Gestor da Região Sudeste).

Também é notável a defesa do controle social e das bases da democracia participativa, que herdamos da constituição de 1988 e que foi detalhada na lei 8142/1990 como parte integrante do arcabouço decisório do SUS. Para diversos participantes a conferência deve reafirmar o papel do controle social na gestão do SUS, com a participação dos usuários, trabalhadores e gestores na tomada de decisões.

> Eu acho que essa conferência é fundamental para a democracia. Ela é um instrumento da democracia, ela está reforçando a democracia, está resgatando a participação, tentando trazer novas pessoas para o movimento de apoio ao SUS, que a gente tinha perdido em algum momento, e eu acho muito importante isso. Eu acho que o principal valor é a redemocratização de todo esse processo na sociedade brasileira (Gestor da Região Norte).

> Quando se ouve, porque o poder executivo principalmente, tipo o presidente, ele tem um poder na ponta da caneta dele. Então, se ele tá ouvindo, esse é um caminho muito... Ele tá abrindo as portas para que as pessoas possam dar opinião. Não tem como governar um país, um estado, uma cidade, sem ouvir o povo. Não tem. Porque as necessidades que os nossos representantes veem, às vezes não são as nossas. Então a gente está aqui, está colocando os nossos projetos, as nossas pautas, nossas ideias, e esperamos muito que sejam aprovados e colocados no plano de governo. Isso sim abre o caminho para que a população possa entrar e participar (Usuário da Região Norte).

> Acho que o princípio fundamental que eu percebo aqui na conferência é a democracia. Acho que isso por muito tempo, ou por algum tempo, ficou meio que em segundo plano, as coisas começaram a desandar, muitos direitos que a gente tinha conquistado foram tomados. E eu acho que isso é o mais importante dessa conferência, trazer de volta esse sentimento de pertencimento mesmo, de posse do SUS, e retomar as mudanças que eram necessárias ou que a gente já tinha conquistado, mas perdemos (Trabalhador da Região Norte).

Também identificamos expectativas que se referiam às **especificidades regionais e à equidade**, demandando a superação de desigualdades, não apenas territoriais, mas também entre grupos populacionais. Para os participantes, as propostas devem levar em conta as diferentes realidades do país, reconhecendo as particularidades de cada região. Esta expectativa está afinada com uma potencialidade inerente do sistema de conferências que é superar o desafio das escalas de governo e gestão, em um país tão vasto, desigual e diverso como o Brasil. Destacam-se, por exemplo, a atenção às demandas da Amazônia, como o saneamento básico e a saúde indígena, que devem ser consideradas nas propostas da conferência, as diferenças de gênero e as especificidades da população LGBTQIA+, o

enfrentamento ao racismo, a acessibilidade e o respeito para as pessoas com deficiência, entre diversas outras demandas que refletem à diversidade e, ao mesmo tempo, as desigualdades que persistem na nossa sociedade com reflexos importantes na saúde.

> Aqui na conferência eu estou vendo muita igualdade social. Eu estava comentando com os colegas, eu nunca tinha visto tanta gente diferente. É o negro, é o branco, é o indígena, é o idoso, é o deficiente. Todas as classes estão aqui. É pobre, é quem tem uma condição melhor, cada um defendendo o seu segmento. E é muito importante que o governo ouça realmente o clamor da população, porque muitas vezes as nossas reivindicações não podem chegar. E aqui tem crente, é católico, é tudo e a gente não vê a diferença (Usuário da Região Norte).

> Olha, eu acho que infelizmente nós vivemos num país em que há algum tempo a gente já sofre com a política do SUS, mas o desmonte ocorrido nos últimos quatro anos nos levou a lutar ainda pelos princípios básicos, o direito à vida, o direito à igualdade, que sejamos um país equânime e que sejamos tratados verdadeiramente como ser humano, como pessoa (Usuário da Região Norte).

> E aí ela traz essa reafirmação de trazer também as pautas dos grupos diversos que compõem a sociedade brasileira hoje. Então ela traz como um norte a gente reforçar as questões da luta das pessoas pela identidade de gênero, então a luta LGBTQIA+, o direito reprodutivo, a territorialidade tem que ser respeitada, olhar para a diversidade também do nosso povo, vendo as questões particulares e específicas da população indígena, as pessoas com deficiência que também tiveram uma grande participação nessa 17ª, eu acho que é uma das conferências que mais a gente também teve a inclusão das pessoas com deficiência, né. Então, acho que ela traz pra se consolidar essa diversidade de demandas e essa necessidade urgente da gente reconstruir a política pública do nosso país (Gestor da Região Nordeste).

> Me chamou muito a atenção aqui já, por exemplo, a questão, a gente tem uma participação muito grande aqui de cadeirante nessa conferência. Isso é bom, traz esse problema que eles sentem na pele pra dentro. E a expectativa é que a gente construa algo que atenda todas essas populações do nosso país (Trabalhador da Região Nordeste).

> Acho que eu vejo nessa conferência assim, que pelos corredores, eu vejo uma grande participação, talvez seja maior a participação da comunidade LGBTQIA+, e também vejo uma maior participação das pessoas com deficiência. Isso assim, acho que a gente anda pelos corredores e isso fica muito dentro do coração da gente. A gente vê que essa participação está maior (Trabalhador da Região Sul).

Por último, mas não menos importante, vemos um conjunto de expectativas que refletem o desejo de que a conferência contribuísse para a superação de diversos **desafios que o SUS** tem enfrentado nos últimos anos. O tema mais recorrente que incluímos nessa categoria foi o do enfrentamento e as lições deixadas pela pandemia. Os participantes expressaram que a conferência deve ser um momento para refletir sobre as lições da pandemia de COVID-19 e propor medidas para fortalecer o SUS e torná-lo mais resiliente a futuras crises. Também identificamos depoimentos que apostaram na participação como estratégia para aprimorar a transparência na aplicação dos recursos públicos e que os gestores sejam responsabilizados por suas ações.

> Eu acho que o princípio central dessa conferência, primeiro, é a questão da democracia, a defesa da democracia e a defesa da vida. Nós tivemos um período muito difícil recentemente, além de um desgoverno, um período pandêmico que acabou com a esperança do povo brasileiro, e essa conferência vem justamente nesse momento de reafirmar (Trabalhador da Região Norte)

> Olha, o que eu mais espero dessa conferência, né, é a gente se, principalmente pós pandemia, esse período que a gente passou, o reencontro dos diversos movimentos sociais e principalmente o movimento do campo popular, que é o campo que eu me situo dentro do movimento social, para que a gente volte a se reencontrar, se rearticular e se remobilizar na luta pelos SUS e pela democracia (Usuário da Região Norte).

Em síntese, os participantes da 17ª Conferência Nacional de Saúde esperavam um momento de mudança e transformação para o SUS, com foco na efetividade das propostas, no fortalecimento do sistema, na ampliação da democracia e na superação dos desafios que o país enfrenta. Cada conferência é uma celebração da saúde como um direito e uma oportunidade para fortalecer o SUS e construir um futuro melhor para todos os brasileiros. As expectativas dos participantes que aqui analisamos de forma descritiva representam um clamor por um sistema mais justo, equânime e eficiente, capaz de atender às necessidades da população e garantir o direito à saúde. Cabe aos gestores públicos, profissionais de saúde e à sociedade civil como um todo unir esforços para transformar essas expectativas em realidade, valorizando um dos maiores patrimônios do povo brasileiro que é o nosso Sistema Único de Saúde.

2.5 - CONFERÊNCIAS LIVRES

As Conferências Livres (CL) são um marco de inovação no arranjo de participação social em saúde no contexto brasileiro. Refletem uma nova forma de vocalizar as demandas da população a partir dos territórios, permitindo que essas demandas incidam diretamente no nível nacional das conferências, uma vez que as propostas e os delegados e delegadas fizeram parte, via regimento, da 17ª CNS.

A força e potência deste arranjo participativo no desenho atual controle social em saúde pode ser compreendido pela quantidade significativa de CL realizadas no ciclo atual de conferências. A etapa preparatória da 16ª CNS, realizada em 2019, contou com a realização de 63 conferências livres, número que passou para 98 CL na etapa que antecedeu a 17ª CNS. Representando os mais variados temas, coletivos especificidades, foram eleitos(as) 386 pessoas delgadas através das CL.

O Quadro 3 mostra todas Conferências Livres realizadas e o número de pessoas delegadas eleitas e o total de credenciamento por CL na 17ª CNS. Observa-se que, do total de pessoas delegadas eleitas (386), conforme projeção do CNS e da comissão organizadora da 17ª CNS, 373 (96,6%) pessoas foram credenciadas na etapa nacional da conferência, representando 88% das CL. Ou seja, do total de 98 CL realizadas, 86 delas realizaram o credenciamento de todas as pessoas delegadas eleitas.

Esse movimento revela o engajamento das pessoas com as causas e o controle social. A não participação total das pessoas eleitas como delegadas deve funcionar como dispositivo de análise para próxima etapa nacional da conferência. Considerando que as eleições atenderam ao regimento estabelecido pelo CNS, era esperada a participação total dos representantes das CL. Ainda que as ausências não tenham sido muito expressivas, o CNS pode viabilizar condições para alcançar a totalidade no credenciamento das pessoas delegadas eleitas previamente à etapa nacional das conferências.

Quadro 3. **Conferências Livres realizadas, pessoas delegadas eleitas pelas Conferências Livres e pessoas delegadas cadastradas na Conferência Nacional, 17ª CNS, 2023.**

Conferências Livres (CL)		Nº Eleito	Total Credenciado	%
1	1ª Conferência Livre de Hanseníase Milton Ozório Moraes Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia	3	2	66,7
2	1ª Conferência Livre de Patologias não transmissíveis, doenças imunomediadas e doenças raras	3	2	66,7
3	1ª Conferência Livre Nacional da Saúde da CONAM Brasil - Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia	5	5	100,0
4	1ª Conferência Livre Nacional de Gestão Interfederativa e Participativa: caminhos e desafios na defesa do SUS	5	5	100,0
5	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde da Região Norte - Saúde e Democracia: Ampliação do Foco para a Saúde na Região Norte	1	1	100,0
6	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde de Pessoas LGBTIAPN+	2	2	100,0
7	1ª Conferência Livre Nacional em Saúde com Territórios de Periferias - Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia	2	2	100,0
8	1ª Conferência Livre Nacional Sobre Direito À Saúde Das Pessoas Idosas Institucionalizadas	13	13	100,0
9	1ª Conferência Livre, Democrática da ANATO	3	3	100,0
10	1ª Conferência Nacional Livre de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: Democratizar a Saúde para Garantir o Acesso e o Direito às PICS	3	3	100,0
11	1ª Conferência nacional Livre de Saúde Quilombola - A saúde quilombola como política pública: Em defesa da democracia, do direito à terra e por um novo modelo de saúde nos territórios quilombolas	10	9	90,0
12	1ª Conferência Nacional Livre do Terceiro Setor na Saúde	1	1	100,0
13	2ª Conferência Livre Nacional de Comunicação e Saúde	2	2	100,0
14	A Conferência o Brasil que queremos! Mais recursos para nossos direitos e o SUS! As mulheres e a saúde mental de quem cuida e de quem é cuidado	3	3	100,0
15	A medicina que queremos, a medicina que temos: Médicas e Médicos pela Reconstrução do SUS	3	3	100,0

16	A participação social na oncologia: perspectivas e desafios	1	1	100,0
17	A Psicologia Brasileira e sua Contribuição para o SUS e a Saúde Mental que Queremos	5	5	100,0
18	A Saúde do tamanho do povo brasileiro!	1	1	100,0
19	A saúde primária à saúde básica que queremos	2	2	100,0
20	Acesso a medicamentos em defesa da vida	3	3	100,0
21	Ajustes regulatórios necessários para garantir efetivo acesso à tecnologias antineoplásicas incorporadas ao SUS	2	1	50,0
22	Amanhã vai ser outro dia - Garantir direitos, defender o SUS e a democracia	3	3	100,0
23	Ampliação e Fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde	3	1	33,3
24	APS do Futuro - A saúde que queremos	3	3	100,0
25	Atenção Multiprofissional na gestação, parto e nascimento sem violência e racismo obstétrico é possível?	3	3	100,0
26	Cannabis Medicinal	3	3	100,0
27	Ciência e Cidadania no SUS	5	5	100,0
28	Combustíveis Fósseis e a Saúde da População - Eixo IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas	2	2	100,0
29	Comunicação sem fronteiras em direção à Universalidade, Integralidade e Equidade	2	1	50,0
30	Conferência Livre Cultura e Saúde	3	2	66,7
31	Conferência Livre da Fiocruz pela Reconquista das Altas Coberturas Vacinais	3	3	100,0
32	Conferência Livre de Saúde: contra os agrotóxicos e pela vida, amanhã vai ser outro dia	1	1	100,0
33	Conferência Livre de Vigilância, Prevenção e Atenção à saúde das pessoas com Condições/Doenças Crônicas não Transmissíveis (CCNTs/DCNTs) e Promoção da Saúde	2	2	100,0
34	Conferencia Livre Democrática e Popular de Saúde Bucal	5	5	100,0
35	Conferência Livre dos Povos Tradicionais de Matriz Africana Garantir Direitos e Defender o SUS: O Brasil que temos. O Brasil que queremos	2	1	50,0
36	Conferência Livre em Saúde da Juventude do Campo, da Floresta e das Águas: Semeando resistência e cultivando um mundo novo	5	4	80,0
37	Conferência Livre Nacional Acesso a Medicamentos, Equidade, Justiça e Participação Social	2	1	50,0
38	Conferência Livre Nacional Amanhã vai ser outro dia: SUS e o compromisso ético com a saúde das pessoas com deficiência	10	10	100,0
39	Conferência Livre Nacional de Atenção especializada: desafios e Perspectivas rumo a 17 Conferência Nacional de Saúde	3	3	100,0
40	Conferência Livre Nacional de Educação Popular em Saúde: Os inéditos viáveis para o Brasil que queremos: A EPS na defesa da vida, do SUS e da Democracia	10	10	100,0
41	Conferência Livre Nacional de Promoção da Saúde, Determinantes Sociais e Equidade	3	3	100,0
42	Conferência Livre Nacional de Saúde Anticapitalista	1	1	100,0
43	Conferência Livre Nacional IX Fórum das Comissões Nacional e Regionais de Saúde Pública Veterinária: O Brasil que temos. O Brasil que queremos	1	1	100,0
44	Conferência Livre Nacional Residência em Saúde como política pública: fortalecimento da democracia, da integralidade da atenção e do trabalho da equipe Multiprofissional no SUS	19	19	100,0
45	Conferência Livre, Democrática e Popular de Saúde - Em Defesa da Vida, da Democracia e do SUS	10	10	100,0
46	Conferência Nacional de Homeopatia no SUS: Com Homeopatia amanhã vai ser outro dia	2	2	100,0
47	Conferência Nacional Livre de Juventudes e Saúde	3	3	100,0
48	Conferência Nacional Livre de Saúde da População Negra	3	3	100,0
49	Conferência Nacional Livre de Saúde do Movimento Comunitário - CONAM na luta pela garantia de direitos e na defesa do SUS, da Vida e da Democracia, construindo hoje o novo amanhã	5	5	100,0
50	Conferência Nacional Livre Saúde e Agroecologia: Saúde e Agroecologia: por um Brasil democrático e SUStentável	1	1	100,0
51	Conferência Nacional Livre Violência e Saúde	2	2	100,0
52	Construindo o amanhã: Proteger o território pesqueiro é garantir a saúde dos povos das águas e de toda a sociedade	1	1	100,0
53	Construir o SUS do amanhã - Estudantes de enfermagem no fronte pela garantia do direito à vida, saúde e Democracia	3	3	100,0
54	Cuidados Paliativos: um direito humano - políticas públicas já	19	19	100,0
55	Democracia, SUS e Mulheres: os desafios para a garantia dos direitos humanos	10	9	90,0

56	Desprivatizar a Saúde no Brasil	2	2	100,0
57	Direitos de Vítimas e Familiares de Vítimas da Covid-19	3	3	100,0
58	Direitos, Saúde e Ocupação Humana:Amanhã será um novo dia	1	1	100,0
59	Drogas: raça classe, gênero e diversidade - legalização é redução de danos	3	3	100,0
60	Educação e Saúde: educação na qualificação do trabalho em saúde e desenvolvimento do SUS	10	10	100,0
61	Educação médica comprometida com a garantia de direitos e com a defesa do SUS, da Vida e a da Democracia	3	3	100,0
62	Envelhecimento e Saúde: em defesa do SUS e da Democracia	5	5	100,0
63	Escutatória: pode falar, queremos ouvir você	5	5	100,0
64	Fortalecendo o controle e a participação social no âmbito do SUS: a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	1	1	100,0
65	Garantia dos direitos humanos na atenção às urgências e no acesso hospitalar no Brasil	3	3	100,0
66	Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia	3	3	100,0
67	Garantir Direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. Amanhã vai ser outro dia. Saúde da População LGBTQIAPN+	2	2	100,0
68	Garantir direitos plenos em todas as etapas dos ciclos de vida	3	3	100,0
69	Garantir Direitos, o SUS e a Democracia - Amanhã Será Outro dia	3	3	100,0
70	Grito por Direitos, Saúde, Vida e Democracia - Viva o SUS	5	5	100,0
71	Informação, Saúde Digital e Controle Social: Desafios rumo à Tecnodemocracia e à Soberania do SUS	3	3	100,0
72	Integração de políticas e práticas da vigilância em saúde, assistência farmacêutica, ciência, tecnologia e inovação em saúde	3	3	100,0
73	Judicialização e Acesso da População Brasileira e Imigrantes ao Sistema de Saúde	1	1	100,0
74	Mudando a história das distrofias musculares no Brasil	1	1	100,0
75	Mulheres da Amazônia: a Saúde é um Bem viver	5	5	100,0
76	O Brasil e a Saúde que Queremos	3	3	100,0
77	O Brasil e a Saúde que temos. O Brasil e a saúde que queremos para e com a população em Situação de Rua	3	3	100,0
78	O Brasil que temos. O Brasil que queremos: SUS e a garantia da saúde ocular	3	3	100,0
79	O que você deveria saber sobre pesquisa e câncer: desafios e oportunidades	2	2	100,0
80	O Sistema Nacional de Auditoria em Defesa do SUS e do Direito à Saúde	10	10	100,0
81	Pelo direito à vida, à saúde materna e ao SUS	13	13	100,0
82	Prevenção ao Câncer, Acesso e Melhoria da Atenção Oncológica. O Brasil que Queremos	2	2	100,0
83	Rumo à 17ª CNS - Saúde em Todas as Políticas	3	3	100,0
84	Saúde como Direito Fundamental para Todas as Pessoas: Fortalecendo a Participação do Movimento Sindical no Controle Social do SUS	3	3	100,0
85	Saúde como Direito, Demência como prioridade	1	1	100,0
86	Saúde da Mama: O Brasil precisa ouvir a voz do paciente	1	1	100,0
87	Saúde das Populações Migrantes	5	5	100,0
88	Saúde de Crianças e Adolescentes Trans	3	3	100,0
89	Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora Rural	3	3	100,0
90	Saúde pela Democracia	5	4	80,0
91	Saúde, Alimentação e Nutrição como Direitos Humanos	5	5	100,0
92	Trabalhadores e trabalhadoras do Brasil, nós existimos e somos valiosos. Viva o SUS	5	5	100,0
93	Trabalho Social da Enfermagem e o Bem Viver. Amanhã será outro dia	5	5	100,0
94	Um novo tempo na luta contra a tuberculose e o HIV/Aids: Amanhã vai ser outro dia	3	3	100,0
95	Usuários da RAPS Protagonizando Lutas no Enfrentamento do Desmonte da Política Nacional de Saúde Mental: por uma Cultura e Comunicação Antimanicomiais, destruamos o Manicômio socialmente construído dentro de cada um de nós	1	1	100,0
96	Valorizar o SUS é valorizar a força de trabalho do SUS	1	1	100,0
97	VER-SUS Brasil: conquistando corações e mentes para a defesa do SUS	5	5	100,0
98	Vigilância em Saúde e Ambiente e 20 anos da SVSA - O papel da vigilância como instrumento de saúde e democracia no Brasil - Amanhã vai ser outro dia	10	10	100,0
Total		**386**	**373**	**96,6**

Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

O Quadro 4 mostra o total de entrevistas e de pessoas entrevistadas por CL e entrevista extra durante a programação da 17ª CNS. Das 98 CL, 85 tiveram seus organizadores entrevistadas, além de uma entrevista extra, totalizando 86 entrevistas e 90 pessoas entrevistadas, demonstrando a abrangência deste material e a sua possibilidade de contruibuir com a reflexão sobre os próximos ciclos de conferências livres.

Quadro 4. **Levantamento de pessoas entrevistadas por Conferência Livre durante a 17ª CNS, 2023.**

Conferências Livres (CL)		Pessoas Entrevistadas
1	1° Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola - A saúde quilombola como política pública: Em defesa da democracia, do direito à terra e por um novo modelo de saúde nos territórios quilombolas	1
2	1ª Conferência Livre de Hanseníase “Milton Ozório Moraes” “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”	1
3	1ª Conferência Livre de Patologias não transmissíveis, doenças imunomediadas e doenças raras	1
4	1ª Conferência Livre Nacional da Saúde da CONAM Brasil - “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”	1
5	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde da Região Norte - Saúde e Democracia: Ampliação do Foco para a Saúde na Região Norte	1
6	1ª Conferência Livre Nacional de Saúde de Pessoas LGBTIAPN+	2
7	1a Conferência Livre Nacional em Saúde com Territórios de Periferias - Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia	1
8	1ª Conferência Livre Nacional sobre direito à saúde das pessoas idosas institucionalizadas	1
9	1ª Conferência Livre, Democrática da ANATO	1
10	1ª Conferência Nacional Livre de práticas integrativas e complementares em saúde: democratizar a saúde para garantir o acesso e o direito às PICS	1
11	1ª Conferência Nacional Livre do Terceiro Setor na Saúde	1
12	2ª Conferência Livre Nacional de Comunicação e Saúde	1
13	A Conferência O Brasil que queremos! Mais recursos para nossos direitos e o SUS! As mulheres e a saúde mental de quem cuida e de quem é cuidado	2
14	A medicina que queremos, a medicina que temos: Médicas e Médicos pela Reconstrução do SUS	1
15	A participação social na oncologia: perspectivas e desafios	1
16	A psicologia brasileira e sua contribuição para o SUS e a saúde mental que queremos	1
17	A Saúde do tamanho do povo brasileiro!	2
18	A saúde primária à saúde básica que queremos	1
19	Acesso a medicamentos em defesa da vida	1
20	Ajustes regulatórios necessários para garantir efetivo acesso à tecnologias antineoplásicas incorporadas ao SUS	1
21	Amanhã vai ser outro dia - Garantir direitos, defender o SUS e a democracia!	3
22	Ampliação e Fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde	1
23	APS do Futuro - A saúde que queremos	1
24	Cannabis Medicinal	1
25	Ciência e Cidadania no SUS	1
26	Combustíveis Fósseis e a Saúde da População - Eixo IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.	1
27	Conferência Livre da Fiocruz pela reconquista das altas coberturas vacinais	1
28	Conferência Livre de juventudes e saúde	1
29	Conferência Livre de Vigilância, Prevenção e Atenção à saúde das pessoas com Condições/Doenças Crônicas não Transmissíveis (CCNTs/DCNTs) e Promoção da Saúde	1
30	Conferencia Livre Democrática e Popular de Saúde Bucal	1
31	Conferência Livre dos Povos Tradicionais de Matriz Africana Garantir Direitos e Defender o SUS: O Brasil que temos. O Brasil que queremos	1
32	Conferência Livre em Saúde da Juventude do Campo, da Floresta e das Águas: Semeando resistência e cultivando um mundo novo	1
33	Conferência Livre Nacional “Amanhã vai ser outro dia: SUS e o compromisso ético com a saúde das pessoas com deficiência”	1
34	Conferência Livre Nacional: Acesso a medicamentos, equidade, justiça e participação social	1
35	Conferência Livre Nacional de Atenção especializada: desafios e Perspectivas rumo a 17ª Conferência Nacional de Saúde	1
36	Conferência Livre Nacional de Educação Popular Em Saúde: Os inéditos viáveis para o Brasil que queremos: A EPS na defesa da vida, do SUS e da Democracia	1
37	Conferência Livre Nacional de Promoção da Saúde, Determinantes Sociais e Equidade	1
38	Conferência Livre Nacional de saúde anticapitalista	1
39	Conferência Livre Nacional IX Fórum das Comissões Nacional e Regionais de Saúde Pública Veterinária: “O Brasil que temos. O Brasil que queremos”	2
40	Conferência Livre Nacional Residência em Saúde como política pública: fortalecimento da democracia, da integralidade da atenção e do trabalho da equipe Multiprofissional no SUS	1
41	Conferência Livre, Democrática e Popular de Saúde Em Defesa da Vida, da Democracia e do SUS.	1

42	Conferência Nacional de Homeopatia no SUS: Com Homeopatia amanha vai ser outro dia	2
43	Conferência Nacional Livre de Saúde do Movimento Comunitário - CONAM na luta pela garantia de direitos e na defesa do SUS, da Vida e da Democracia, construindo hoje o novo amanhã	1
44	Conferência Nacional Livre Saúde e Agroecologia: Saúde e Agroecologia: por um Brasil democrático e SUStentável	1
45	Construindo o amanhã: Proteger o território pesqueiro é garantir a saúde dos povos das águas e de toda a sociedade!	1
46	Construir o SUS do amanhã - Estudantes deenfermagem no fronte pela garantia do direito à vida, saúde e Democracia	2
47	Cuidados Paliativos: um direito humano - políticas públicas JÁ	1
48	Democracia, SUS e Mulheres: os desafios para a garantia dos direitos humanos	1
49	Desprivatizar a Saúde no Brasil	1
50	Direitos de Vítimas e Familiares de Vítimas da Covid-19	1
51	Direitos,Saúde e Ocupação Humana:Amanhã será um novo dia.	3
52	Drogas: raça classe, gênero e diversidade- legalização é redução de danosMaconha: da Legalização, ao Acesso e Descriminalização	1
53	Educação e Saúde: educação na qualificação do trabalho em saúde e desenvolvimento do SUS	2
54	Educação médica comprometida com a garantia de direitos e com a defesa do SUS, da Vida e a da Democracia	1
55	Escutatória: pode falar, queremos ouvir você!	1
56	Fortalecendo o controle e a participação social no âmbito do SUS: a Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	1
57	Garantia dos direitos humanos na atenção às urgências e no acesso hospitalar no Brasil	1
58	Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia	1
59	Garantir Direitos e defender o SUS, a vida e a democracia. Amanhã vai ser outro dia. Saúde Da População LGBTQIAPN+	1
60	Garantir Direitos, o SUS e a Democracia - Amanhã será outro dia	1
61	Grito por Direitos, Saúde, Vida e Democracia - Viva o SUS	1
62	Informação, Saúde Digital e Controle Social: Desafios rumo à tecnodemocracia e à soberania do SUS	1
63	Integração de políticas e práticas da vigilância em saúde, assistência farmacêutica, ciência, tecnologia e inovação em saúde	1
64	Mudando a história das distrofias musculares no Brasil	1
65	Mulheres da Amazônia: a Saúde é um Bem viver	1
66	O Brasil e a saúde que queremos	1
67	O Brasil e a Saúde que temos. O Brasil e a saúde que queremos para e com a população em situação de rua	1
68	O Brasil que temos. O Brasil que queremos: SUS e a garantia da saúde ocular!	1
69	O que você deveria saber sobre pesquisa e câncer: desafios e oportunidades	2
70	O Sistema Nacional de Auditoria em Defesa do SUS e do direito à saúde.	1
71	Pelo direito à vida, à saúde materna e ao SUS	2
72	Prevenção ao câncer, acesso e melhoria da atenção oncológica. O Brasil que queremos	1
73	Rumo à 17ª CNS - saúde em todas as políticas	1
74	Saúde como direito fundamental para todas as pessoas: Fortalecendo a participação do movimento sindical no controle social do SUS	1
75	Saúde como Direito, Demência como prioridade	1
76	Saúde da Mama: O Brasil precisa ouvir a voz do paciente	1
77	Saúde das populações migrantes	1
78	Saúde de crianças e adolescentes trans	1
79	Saúde do trabalhador e da trabalhadora rural	1
80	Saúde pela democracia	1
81	Trabalho social da enfermagem e o bem viver. Amanhã será outro dia!	1
82	Um novo tempo na luta contra a tuberculose e o HIV/Aids: “ Amanhã vai ser outro dia”	1
83	Usuários da RAPS Protagonizando Lutas no Enfrentamento do Desmonte daPolítica Nacional de Saúde Mental: por uma Cultura e Comunicação Antimanicomiais,destruamos o Manicômio socialmente construído dentro de cada um de nós!	3
84	VER-SUS Brasil: conquistando corações e mentes para a defesa do SUS	2
85	Vigilância em Saúde e Ambiente e 20 anos da SVSA - “O papel da vigilância como instrumento de saúde e democracia no Brasil - Amanhã vai ser outro dia”	1
86	Entrevista extra: Representante da “União de Negros pela Igualdade”	1
Total		**90**

Fonte: Dados da pesquisa (Sistema de Credenciamento).

Pesquisadores e colaboradores

Alcindo Antônio Ferla, Ana Elizabeth Sousa Reis, Astrid Sarmento Cosac, Carlos Guida, Daiane Foletto Fogaça, Daniel Da Silva Fernandes, Danylo Silva Guimarães, Elenise Coelho, Êrica Rosalba Mallmann Duarte, Felipe Maia Guimarães Da Silva, Flávia Cristina Silveira Lemos, Frederico Viana Machado, Gabriel Calazans Baptista, Izi Santos, Jaqueline Miotto Guarnieri, Júlio Cesar Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Kelly Dandara Da Silva Macedo, Lisiane Bôer Possa, Márcia Fernanda Mendes, Maria Augusta Nicoli, Ricardo Burg Ceccim, Schneider Da Silva Cordeiro, Sônia Maria Lemos, Suzana Funghetto, Tania Araújo, Tatiane Da Rosa Vasconcelos, Teresinha Heck Weiller, Victoria Ribeiro, William Pereira Santos, Ana Carolina E. Polessa da Silva, Déborah Crysttina Pereira da Silva, Herlaine Marley Romão Ferreira, Adenisia Teixeira Neres, Adriana de Moraes Silva, Aguinaldo Soares do Nascimento Júnior, Aline de Sousa Lima, Amanda Camargo Santos, Amanda da Silva Nunes da Conceição, Amanda da Silva Oliveira, Amanda Ferreira Rocha, Ana Carolina Leal Trajano, Ana Júlia Xavier Porto Praça, Ana Luisa Pereira Carvalho, Ândria Soares Tavares, Arielle Rodrigues Maringolo, Avelyn Paula Rocha, Berenice De Freitas Diniz, Bruno Vieira de Moraes, Camila Antunes Savi, Camila Marçal de Britto, Carla Agostini, Carolina Araujo Londero, Carolina Carvalho Ribeiro, Cátia Batista Tavares, Catiele Raquel Schmidt, Cindy Avani Silva Ceissler, Cíntia Fernanda dos Santos, Clara Mendes Medeiros, Cristal Maziero Ciconello Ganança, David Viegas Rodrigues, Diego Lima de Oliveira, Edith França de Carvalho, Emy Nayana Pinto, Estela Odete Garcia de Oliveira, Evelin Rodrigues da Silva, Fabiane Perondi, Felipe Gabriel Barbosa de Oliveira II, Flávia Santana Lima, Francisco Muniz Gonçalves Filho, Frankesliny Barbosa da Cruz, Gabrielle Dunley de Figueiredo Nunes, Gesiany Miranda Farias, Giovanna Moreira Leal Fernandes, Israel Dias de Castro, Jackson Gois Teixeira, Janainny Magalhaes Fernandes, Jéssica Aires de Santana da Conceição, Jéssica Barreto dos Santos, Jessica Corrêa Pantoja, Jéssica Patricia Dutra Palha, Jessica Ribeiro De Lima, João Pedro Trindade Carneiro Da Silva, João Victor Frota Teixeira Passos, José Rafael Cutrim Costa, Josiclea Gomes da Silva, Juarez Fayriston Coelho Sales, Júlia Maria de Oliveira Pereira, Kelly Lima dos Santos, Kethlen Dandara Paiva Coatio, Kryslainne Millena Oliveira de Jesus, Laan do Nascimento Moura, Laís Brito Moraes da Silva, Laís Eduarda Silva de Arruda, Larissa Rodrigues de Moraes, Leandro Tavares da Silva, Leonardo Campos de Souza, Leticia Dias Albuquerque, Letícia Felix de Souza, Lorena Galvão Barreto da Silva, Lorranny Rosa de Jesus Xavier, Luana Karolyne da Silva Alencar, Lucas Cariboni Fontaine, Lucileide dos Santos de Melo, Luis Roberto da Silva, Luiza Borges Soutto Mayor, Luma Sousa Silva, Luna Cassel Trott, Márcia Gabriela Fiusa Martins da Silva, Marcos Antônio Resende da Silva, Maria Beatriz Loiola Viana, Maria Eduarda de Souza Rezende, Maria Heloisa Souza Rodrigues, Maria Luísa Cirilo Gomes, Marina Campos Nogueira da Silva, Maryana Alves Pedroza, Matheus Oliveira de Paula, Matheus Veras Martins, Micaela Marques Santana Alves, Michele Campagnoli, Miguel Armando Zuñiga Olivares, Milena Almeida da Costa de Oliveira, Myrian Giovanna Viana Lourenço, Nara Amanda Laismann, Nathalia Mendes de Macedo, Nathalia Rodrigues Alvarez, Paloma Maria Velez De Lima Souza, Paula Christina Torres de Carvalho, Paulo William Lima da Silva, Pedro Gebran Velloso Messias, Pedro Henrique de Souza Couto, Pedro Henrique Mattos Ferreira, Priscilla Victoria Rodrigues Fraga, Radyjia de Lima Pinto, Raquel Cristina Prando Resende, Raquel da Silva Rodrigues Barata, Rayanne Beatriz Barros Marinho, Rebeca de Araujo Duarte, Rebeca Galeno dos Santos, Rebecca Felipe de Campos, Rogério Luiz Ferreira, Ronilda Bordó de Freitas, Rosiane Pinheiro Rodrigues, Samuel Silva dos Santos, Sandy Souza do Amaral, Sinara Aparecida Borges, Suzete Trigueiro da Rocha, Taisa de Fatima Rodrigues, Taísla Poeta Oliveira Andrade, Tamires Nunes Brandão, Tatiane da Silva Cassais, Telma Rodrigues Caldeira, Teresa Cristina Vieira de Carvalho, Thaiara Dornelles Lago, Thais Cristina Felisberto Alves Pereira, Thaysa Gabrielle Silva Oliveira, Tulasi Devii Tezelli Ponce de Leon Pinto da Fonseca, Ubirajara Barbosa Machado, Vanessa Suhett Fernandes Freitas, Victor Carlos Doneida, Victor Hugo de Jesus da Silva, Vitor Guilherme Lima de Souza, Wellington Monteiro Ferreira, Zonilce Brito Vieira, Brenda Vieira Pinheiro, Deliane dos Santos Soares, Fabiana Martins Dias de Andrade, Fernanda Elizabeth sena Barbosa, Gabriel de Almeida Belmonte, Isis de Cássia Palheta da Silva, Izabelle Laissa Viana Costa, Joanna Paroli Mangabeira Campos, Larissa Antunes Zanotti, Lilian Drumond Silva, Marcos Guilherme Medeiros Pereira, Renato jesus de Oliveira, Sthefanny Thays S. Guimarães Araújo, Thaís Lisboa Soares.

Referências

ARAÚJO, F. R. et al. (orgs.). (2022). **16ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. - 1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 486 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 8). E-book: PDF.

BRASIL. Casa Civil. (2016). **Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

BRASIL. **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986 mar. 17-21; Relatório final**. Brasília: Centro de Documentação; 1986.

BRASIL. **Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BEZERRA, Carla de Paiva, ALMEIDA, Debora Rezende de, LAVALLE, Adrian Gurza, DOWBOR, Monika Weronika. **Desinstitucionalização e resiliência dos conselhos no governo Bolsonaro**. Disponível em https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4218 . Acesso em dez 2023

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). (2020). **Saúde perdeu R$ 20 bilhões em 2019 por causa da EC 95/2016**. http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016#portal-siteactions

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). (2023). **Inscrições para monitores de pesquisa na 17ª Conferência Nacional de Saúde se encerram dia 30/04**. https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2940-inscricoes-para-monitores-de-pesquisa-na-17-conferencia-nacional-de-saude-se-encerram-dia-30-04

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE(CNS) (2022). **Regimento da 17ª CNS**. Resolução CNS nº 680, de 05 de agosto de 2022. Dispõe sobre as regras relativas à realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, 2022.

FERLA, A. A. et al. (2022). Perfil dos participantes. In: Araújo, F. R. (org.) et al. **16ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. (1. ed., Editora Rede Unida, 486 p.). Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 8). https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/04/Livro-16a-Conferencia-Nacional-de-Saude-Relatorio-Final.pdf

FERNANDES, J. M., Santos, W. P., Guarnieri, J. M., Reis, A. E. S, Santos, I. C. P. A.M, Schweickardt, J. C., &Ferla, A. A. (2023). **In-mundizar-se na pesquisa e no controle social: a experiência dos pesquisadores das Conferências Livres de Saúde na 17a CNS**. In: Anais Encontro Regional Nordeste II, Feira de Santana, BA. http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4281

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: Ensaio de interpretação sociológica**. São Paulo. Editora Contracorrente, 2020.

MANIN, Bernard. **As metamorfoses do governo participativo**. Disponível em chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4418905/mod_resource/content/1/Manin%20-%20Metamorfoses%20do%20governo%20representativo%20%28artigo%29.pdf Acesso em set 2021

MATTA, G. C., & Pontes, A. L. M. (2007).**Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, p. 29-60. https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf

MENEZES, A. P. R., Moretti, B., & Reis, A. A. C. (2019). **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública - austeridade versus universalidade**. Saúde Em Debate, 43(spe5), 58-70. https://doi.org/10.1590/0103-11042019s505

MENEZES, S. R. S. (2023). **Implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) em Município de Pequeno Porte**. Editora Dialética. 150 p.

PAIM, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 1723-1728. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018

PATEMAN, Carole. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PINTO, Celi Regina Jardim. **As Conferências Nacionais no Brasil: uma experiência de esfera pública de médio alcance?** Revista Interseções (UERJ), Rio de Janeiro, v. 2, p. 195-214, 2009

SEGATA, J., Schuch, P., Damo, A. S., &Víctora, C. (2021). A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. **Horizontes Antropológicos**, 27(59), 7-25. https://doi.org/10.1590/s0104-71832021000100001

SILVA, Carmem. **Participação Social: Dilemas da Retomada**. Disponível em https://soscorpo.org/?p=18781 . Acesso em dez 2023.

CAPÍTULO 3: PRESSUPOSTOS NORMATIVOS, PROPOSIÇÕES E DELIBERAÇÕES

Neste item do relatório são apresentadas as proposições, deliberações, moções, regimento, documento orientador, recomendações ao Plano Plurianual (PPA), metodologia da 17ª Conferência e demais resoluções e atos normativos. Estes materiais podem e dever ser compartilhados, estudados, e utilizados enquanto importante ferramenta de mobilização social que expressam e pautam as políticas públicas, representando o resultado de todas as etapas que compõem a Etapa Nacional e desejos e anseios dos milhares de participantes, pessoas delegadas, organizadores representando e atuando por uma sociedade mais democrática, equânime e plural.

3.1 Diretrizes aprovadas na *17ª Conferência Nacional de Saúde*

RESOLUÇÃO Nº 719, DE 17 DE AGOSTO DE 2023

Dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quadragésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 16 e 17 de agosto de 2023, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece a "saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação";

Considerando que a Lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu Art. 2º, §1º, que o "dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação";

Considerando que as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do SUS que implementam a diretriz constitucional de participação social na gestão da saúde, conforme Art. 198, inciso III;

Considerando que o Art. 1º, §1º da Lei nº 8.142/1990 define que cabe à Conferência de Saúde "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes";

Considerando o processo ascendente da 17ª Conferência Nacional de Saúde, com etapas municipais, estaduais, do Distrito Federal, conferências livres e etapa nacional, com o Relatório Final expressando o resultado dos debates nas diferentes etapas e as diretrizes e propostas aprovadas na Plenária Final;

Considerando a Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023, que dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde;

Considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º do Regimento Interno do CNS);

Considerando que compete ao Plenário do CNS dar operacionalidade às competências descritas no Art. 10 do seu Regimento, como previsto no Art. 11, inciso I da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 (Regimento Interno);

Considerando que é atribuição do CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX do Regimento Interno do CNS) e o processo de articulação entre os conselhos de saúde; e

Considerando o princípio constitucional da publicidade e o direito de acesso à informação, previsto pela Lei 12.527, publicada em 18 de novembro de 2011.

Resolve

Art. 1º - Publicar as diretrizes, propostas e moções aprovadas pelas Pessoas Delegadas da 17ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a desencadear os efeitos previstos legalmente para a formulação de políticas de saúde e a garantir ampla publicidade, em cumprimento ao papel deliberativo e democrático do controle social do SUS.

Parágrafo único. Em conjunto com as diretrizes, propostas e moções, publica-se anexo a esta resolução o documento da Comissão de Relatoria da 17ª

Conferência Nacional de Saúde intitulado “Construindo Novas Manhãs no Amanhã que é Agora”.

Art. 2º - Designar as Comissões Intersetoriais e as demais comissões e instâncias do Conselho Nacional de Saúde para incorporar as diretrizes e propostas da 17ª CNS estabelecidas nesta Resolução nas suas análises e debates, buscando sua implementação nas políticas do SUS.

Art. 3º - Remeter as diretrizes e propostas aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde às entidades, órgãos e movimentos que participaram da conferência, especialmente aos Conselhos de Saúde para, num processo de “devolutiva”, ampliar e dinamizar o debate e a implementação de medidas com vistas à defesa da Vida, da Democracia e do SUS.

Art. 4º - A Mesa Diretora apresentará ao Pleno do CNS mecanismo de acompanhamento e execução do processo de sistematização da pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 17ª Conferência Nacional de Saúde”.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 719, de 17 de agosto de 2023, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde

ANEXO I

CONSTRUINDO NOVAS MANHÃS NO AMANHÃ QUE É AGORA

A 17ª Conferência Nacional de Saúde foi resultado de um grande esforço de inclusão, com o estímulo à participação de representantes de grupos populacionais colocados em condições de maior vulnerabilidade por características individuais, coletivas e/ou territoriais. Esta 17ª edição da Conferência Nacional de Saúde contou com uma inovação temática produzida por uma centena de conferências livres realizadas e com a produção de recomendações e indicação de delegados, com ampla mobilização prévia em eventos de grande relevância no campo da saúde coletiva. Com a realização de conferências temáticas, foi possível incluir, objetivamente, representantes das diversidades populacionais e culturais do Brasil, e produzir como resultado diretrizes e propostas que traduzem:

I - A defesa radical do Sistema Único de Saúde (SUS), do Estado Democrático de Direito e da vida, compondo um projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas. Mais uma vez se afirmou o postulado da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de que a saúde não é viável sem democracia e que sem democracia não há saúde, nas condições da nossa Constituição e da legislação brasileira. Portanto, os recursos aplicados na saúde são investimentos no desenvolvimento político e social do país;

II - A ampliação das interfaces entre a atenção à saúde e outras áreas de políticas públicas que interferem na produção da saúde em cada território, como sustentabilidade ambiental, produção e distribuição de alimentos saudáveis, habitação, saneamento, água, empregos, renda, ocupação, comunicação e informação, educação e uso da terra, reencontrando o conceito ampliado de saúde inscrito na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde;

III - O fortalecimento da soberania nacional na indução ao complexo produtivo de saúde, submetendo a produção e distribuição de equipamentos, medicamentos e demais insumos ao interesse público e às necessidades do SUS, conforme a legislação e as políticas específicas do sistema de saúde brasileiro;

IV - A ampliação da visibilidade e do acesso aos diferentes grupos populacionais e territórios nas políticas e iniciativas dos sistemas e serviços de saúde, avançando em relação à equidade e aos direitos de todas as pessoas;

V - A expansão da diretriz de integralidade da atenção em direção aos diálogos necessários com a diversidade de culturas, saberes tradicionais e modos de ocupação em cada território, para as pessoas em seus diferentes ciclos de vida e as coletividades, priorizando os grupos que vivem em condições de vulnerabilização. O alcance das iniciativas deve contemplar as pessoas negras, idosas, mulheres, homens, adolescentes, crianças, LGBTQIA+, com deficiência, pessoas com doenças crônicas, com patologias e doenças raras, comunidades e povos tradicionais e população de rua;

VI - O reconhecimento das práticas populares para a produção de saúde, das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, dos saberes nos territórios, da ciência e da tecnologia e das políticas de inclusão no SUS;

VII - A afirmação do conceito de que o cuidado em saúde não pode comprometer o direito de liberdade das pessoas e que nenhuma forma de atenção que comprometa esse direito deve ser indicação no âmbito do SUS;

VIII - O fortalecimento da política de educação permanente em saúde como forma de desenvolver o trabalho no SUS com base na ciência e na realidade de cada localidade, bem como proteger os trabalhadores e trabalhadoras;

IX - O fomento às composições multiprofissionais para as equipes de trabalhadores de saúde, com o estímulo à interdisciplinaridade para compreender as necessidades e para realizar a atenção integral à saúde das pessoas e coletividades;

X - A defesa de empregos seguros, salários justos, vínculos protegidos e condições adequadas de trabalho para as pessoas que trabalham em sistemas e serviços de saúde;

XI - O fortalecimento das conexões entre a formação dos trabalhadores e a gestão do trabalho, assegurando perfis adequados ao SUS, oferta de vagas, provimento e fixação em todos os sistemas locais de saúde;

XII - A retomada das políticas de atenção integral à saúde para diferentes grupos populacionais e doenças e agravos, produzindo integralidade e equidade;

XIII - O fortalecimento da gestão democrática de sistemas e serviços de saúde, com o respeito e ampliação de espaços participativos em sistemas e serviços de saúde;

XIV - A defesa do caráter público do sistema de saúde como um todo, em oposição às diferentes formas de privatização implementadas ao longo da história do sistema de saúde brasileiro;

XV - A necessidade de avanços na atenção básica à saúde e na integração com a atenção especializada, estruturando redes de atenção resolutivas e compatíveis com os problemas e necessidades de saúde, assim como ofertas acessíveis aos diferentes grupos populacionais;

XVI - A incorporação de tecnologias assistenciais necessárias à resolutividade em cada rede assistencial, inclusive ações de matriciamento e educação permanente em saúde entre os serviços, assim como ações de inclusão digital e telessaúde;

XVII - A superação da lógica moral nas políticas públicas e na atenção à saúde, enfrentando de forma explícita temas como o uso terapêutico e cultural de substâncias naturais com efeitos psicoativos, o reconhecimento do aborto como problema de saúde pública, a descriminalização do corpo das mulheres, o combate aos preconceitos associados às características étnico-raciais e relativas às diversidades culturais e orgânicas, o combate ao etarismo, ao capacitismo, à misoginia, ao racismo e demais preconceitos estruturais da sociedade brasileira e que afetam a saúde e ameaçam vidas;

XVIII - O financiamento estável, suficiente e permanente da saúde também foi tema transversal das deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde, devendo os órgãos

governamentais e legislativos proverem os recursos com prioridade para o componente público, alcançando 60% do gasto total, e a população acompanhar sua execução, garantindo sua correta aplicação nos sistemas locais. Nesse contexto, a revogação das normas legais que restringem o financiamento das políticas sociais foi reiterada.

O ambiente político e subjetivo de realização da Conferência também repercutiu na abrangência e na intensidade da mobilização, com aproximadamente 6 mil participantes de todos os estados e regiões, com convidados internacionais, com uma taxa de renovação de participantes próxima a 65% do total, com um equilíbrio intergeracional e, de forma muito visível, com um elevado grau de esperança em relação à melhora da saúde e da democracia para aproximadamente 90% dos participantes, mais alto do que na 16ª CNS, onde esse percentual alcançou 77%.

O período que separa as duas conferências foi marcado pela pandemia de Covid-19 e por uma gestão federal que, explicitamente, afrontou o SUS e a saúde da população brasileira. Ainda que submetidas aos dois pontos de desgaste, a população brasileira se fez representar significativamente na 17ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram realizados intensos debates, negociações e composições que se traduzem nas diretrizes e propostas aprovadas ao final. Processos intensos e produtivos, que foram temperados com muita alegria. Por certo uma homenagem ao educador Paulo Freire, que cunhou a expressão esperançar como verbo, que sonha e luta. E à música de Chico Buarque, que poetiza que o amanhã se inicia com o renascimento das manhãs.

Comissão de Relatoria

ANEXO 2

DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS NA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

TEMA DA CONFERÊNCIA:

GARANTIR DIREITOS, DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA - AMANHÃ VAI SER OUTRO DIA!

EIXO 1: O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS.

DIRETRIZES

1. Fortalecer as pessoas pesquisadoras brasileiras como fundamentais para a ciência é essencial para a reconstrução nacional, tendo em vista a desvalorização de 70% nas bolsas de pesquisa na saúde, com investimento na formação e inclusão no serviço público de cientistas comprometidos com o fortalecimento do SUS e os princípios da Reforma Sanitária.

2. Promover ações para o reforço da implementação dos princípios que regem o SUS, ante à existência de um quadro de sistemas de informação em saúde marcado por fragilidades em relação à fragmentação, conectividade e avanço da participação do setor privado, para a efetivação do SUS Constitucional, único, público e universal.

3. Reestruturar a saúde pública no Brasil passando pela reafirmação dos direitos constitucionais e infraconstitucionais em relação ao SUS e fortalecimento das redes de atenção à saúde.

4. Efetivar o Modelo Biopsicossocial da Deficiência na Saúde.

5. Evidenciar as medidas mais eficazes para a redução do risco para a doença de Alzheimer e outras demências, baseado em estudos mais recentes, principalmente os que retratam a realidade nacional traçando planos de abordagem dos fatores de risco de maior impacto, fortalecer programas já existentes, com ênfase na prevenção de demências, otimizando recursos, produzindo uma maior efetividade com menores custos financeiros para o sistema de saúde.

6. Ampliar o acompanhamento direcionado aos casos de comportamento suicida para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), para todas as pessoas.

7. Aprimorar e fortalecer a Atenção e Vigilância em Saúde através de mecanismos de financiamento, implementação, monitoramento das ações e serviços de saúde com foco multidisciplinar à pessoa usuária, considerando a diversidade de gênero, raça e as especificidades territoriais, visando a plena cobertura, com a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) visando a atuação oportuna e integrada na perspectiva da saúde única.

8. Efetivar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerando a estrutura social do racismo estrutural, para a construção do Estado-Nação antirracista ao enfrentar políticas públicas neoliberais, tais como abertura do SUS à exploração pelo capital estrangeiro, conforme o Artigo nº 142 da Lei nº 13.097 (19/01/2015), que altera a Lei nº 8080 (19/09/1990).

9. Estabelecer o diálogo entre o Estado brasileiro e as comunidades pesqueiras, obrigadas a conviver diariamente com o sacrifício de seus territórios e famílias pelo desenvolvimento nacional, garantindo proteção social e direitos democráticos aos povos das águas, vítimas recorrentes do racismo institucional consequente do processo colonial do país.

10. Fortalecer expansão e popularização da oferta de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, multi e uniprofissionais, como parte do desenvolvimento de pessoas trabalhadoras e seu acesso ao sistema sanitário, regulamentando o Art. 30, da Lei nº 8.080/90, e os Art. 13 e 14, da Lei nº 11.129/2005, tornando tal modalidade de formação estratégica à educação e práxis interprofissional, presente em todas as regiões de saúde, unindo profissões tradicionais e aquelas que viabilizam o conceito ampliado de saúde, a integralidade, a elevada resolutividade e o desenvolvimento da autonomia das pessoas usuárias.

11. Reconhecer os processos migratórios, internos e externos, forçados ou não, e suas consequências mais imediatas, enquanto determinantes sociais de saúde, agindo de maneira a produzir políticas públicas equitativas destinadas a atenuar disparidades de atendimento no Sistema Único de Saúde, a instituir uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas, e criando mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação de tais políticas em parceria com a sociedade civil, em especial com os movimentos sociais das populações migrantes.

12. Implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Quilombola, em âmbito federal, estadual e municipal, de modo a observar as especificidades em saúde da população quilombola, com respeito e valorização dos saberes e práticas de cuidado em saúde da medicina tradicional e ancestral quilombola, para a promoção da equidade em saúde e garantia da sua implementação, avaliação e monitoramento.

13. Assegurar, tecnicamente e financeiramente, com a revogação de emendas que não condizem com os benefícios à saúde e desrespeitam o acesso livre das pessoas usuárias, a qualificação a profissionais da assistência à saúde, para que assim possam efetivamente promover a qualidade de vida de todas as pessoas, ampliando indicadores e implementando tratamentos.

14. Ampliar o financiamento e estruturação da vigilância em saúde, com o fortalecimento da vigilância em zoonoses, com a inclusão de estabelecimentos médico-veterinários (consultórios, clínicas e hospitais) no rol dos serviços de saúde, com consequente inclusão no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

15. Fomentar a participação de profissionais farmacêuticos nos serviços de Atenção Básica à Saúde, em número suficiente, com equipes qualificadas e com serviços

farmacêuticos baseados em necessidades sociais para promover o acesso e uso seguro dos medicamentos e a melhora da qualidade de vida das pessoas usuárias do SUS, com ampliação ao acesso a medicamentos e tecnologias de saúde no país, através do licenciamento compulsório (conhecido popularmente como quebra de patente).

16. Ampliar e difundir as políticas públicas de imunização, através de investimento técnico, financeiro, unificando recursos e sistemas de informação para que dessa forma o sistema de saúde brasileiro possa oferecer serviços de qualidade e acesso universal à saúde, com a integração das políticas e práticas da Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

17. Incluir a Saúde Ocular no Plano Nacional de Saúde (2024 a 2027) e atualizar a legislação de 2008, que criou a Política Nacional de Atenção Oftalmológica como ferramentas de luta para implementar medidas estabelecidas e não cumpridas e para inclusão de políticas para doenças comuns e doenças raras oftalmológicas que necessitam de atenção nos centros especializados de oftalmologia, além de tornar o processo decisório na área da saúde ocular compartilhado com a sociedade, as organizações de pacientes e as sociedades médicas.

18. Descentralizar e regionalizar como instrumento da atuação estruturante e transversal dos entes federados, orientados para o planejamento ascendente, por meio da cooperação coordenada, considerando os espaços de governança do Sistema Único de Saúde e com participação social qualificada na organização das redes de atenção à saúde locorregionais.

19. Avaliar a situação da saúde e seus determinantes sociais para traçar um panorama atual do Brasil para a compreensão das responsabilidades e compromissos institucionais, impostos ao país, no qual o Estado esteja voltado para a garantia dos direitos do seu povo, da grande diversidade e cultura para promoção do desenvolvimento da nação.

20. Fortalecer a governança, gestão estratégica, participativa, interfederativa com investimentos tripartite e inovação tecnológica, garantindo a regionalização em saúde, com base nos princípios e diretrizes do SUS, com foco na promoção, prevenção, reabilitação e vigilância em saúde, visando efetivamente a redução dos riscos e danos à saúde.

21. Construir um país democrático, que trilhe o desenvolvimento com soberania, meio ambiente ecologicamente equilibrado, numa perspectiva intergeracional, combatendo as desigualdades e garantindo direitos sociais, com respeito à diversidade, pluralidade e equidade de todos os povos formadores da população brasileira.

22. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada à Rede de Atenção à Saúde e como componente de cuidado na Atenção Básica à Saúde através da Estratégia de Saúde da Família.

23. Pautar a Saúde Bucal como prioridade para todos, através de ideia inovadoras, fortalecendo as já existentes, de modo a oportunizar que o Brasil deixe de ser um país de desdentados com essa política afirmativa.

24. Garantir a saúde da pessoa gestante como direito fundamental e princípio da dignidade humana.

25. Incluir na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres ações que considerem o meio ambiente na proteção de mananciais, das matas, da vida no campo, floresta e águas.

26. Estabelecer Políticas de Memória referentes à pandemia de Covid-19, reconhecendo que o excesso de mortes no Brasil é resultado de um projeto político de desinformação, discriminação social capacitista, etarista e racista e de crimes e rupturas éticas provocadas por gestores no governo bolsonarista ou praticadas por interesse econômico no setor privado, para que nunca se esqueça e que nunca mais aconteça.

27. Reconhecer as unidades territoriais tradicionais de matriz africana (terreiros, terreiras, barracões, casas de religião, e outros) como equipamentos promotores de saúde e cura complementares do SUS, no processo de promoção da saúde e primeira porta de entrada para os que mais precisam e de espaço de cura para

o desequilíbrio mental, psíquico, social e alimentar, e com isso respeitar as complexidades inerentes às culturas e povos tradicionais de matriz africana, na busca da preservação, instrumentos esses previstos na política de saúde pública.

28. Atualizar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais (LGBTQIA+) definindo as linhas de cuidado, para todo o ciclo de vida, incluindo pessoas intersexos, assexuais, pansexuais e não binárias, considerando população em restrição de liberdade, situação de rua e com deficiência e integração da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, necessitando a revisão da cartilha de pessoas trans, caderneta de gestante, pré-natal, com o foco não binário, o incentivo a pesquisas, atualização dos protocolos e ponderar a redução da idade de início de harmonização para 14 anos.

29. Construir as condições para legitimar um programa democrático e popular para o SUS, que marque a completa inversão da lógica mercantil e privatista, com os gastos privados superando os públicos, para que fortaleça o SUS público, democrático e popular, universal, integral, equânime, com a promoção do processo de desprivatização, fortalecimento do direito à saúde da população, a valorização dos múltiplos saberes e a desprecarização dos vínculos trabalhistas da saúde.

30. Valorizar a força de trabalho do SUS, superando os conflitos, contradições e relações de poder que permeiam a organização da produção e processo de trabalho no SUS, com implementação da Política Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora para criar condições para proteger efetivamente a saúde dos que sustentam o nosso país.

31. Promover a formação interprofissional em saúde, a partir do estabelecimento de perfis profissionais dos graduandos alinhados às necessidades sociais de saúde da população, comprometidos com a defesa dos princípios do SUS e da democracia, no entendimento de que apenas o aumento do número de vagas ou de escolas médicas não é suficiente para promover a fixação dos profissionais ou garantir o acesso à saúde pela população, devendo ser considerada a ampliação de políticas afirmativas e de caráter regional no acesso dos alunos à graduação.

32. Fortalecer o Estado Democrático de Direito para o pleno exercício da cidadania, respeito às bases dos princípios do SUS, da solidariedade, da justiça e da participação social, com vistas aos direitos sociais, com transparência na gestão pública, e na oferta de ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, com financiamento para as políticas públicas de saúde, propondo melhorias no funcionamento da saúde em todo território nacional, garantindo financiamento adequado para os três níveis de atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade).

33. Garantir acesso integral e universal da população aos serviços de qualidade, com equidade, em tempo adequado, por meio de ações de políticas de atenção básica, especializada e hospitalar, com efetivação das redes de atenção à saúde, de forma regionalizada, assegurando o atendimento das populações vulneráveis e prioritárias.

34. Valorizar a vida, o trabalho e a dignidade humana, exigindo um outro modelo do Estado e outras políticas sociais e econômicas associadas à determinação social e econômica da saúde.

35. Garantir o cuidado integral à enfermagem brasileira, com condições e processos de trabalho dignos, valorizados e remuneração justa.

36. Garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres, meninas e pessoas que podem gestar tendo por base a justiça reprodutiva e atenção à saúde segundo os princípios do SUS, considerando os direitos das pessoas que menstruam e daquelas que estão na menopausa e em transição de gênero, tendo em conta no sistema de saúde a equidade, igualdade com interseccionalidade de gênero, raça/etnia, lugar social e outras.

37. Implementar a visão sociossanitária/intersetorial nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), visando uma atuação integral e integrada das áreas da saúde e assistência social, valorizando a autonomia da pessoa residente e sua rede relacional.

38. Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia, que perpassa por profundas mudanças quanto ao tratamento e a prioridade dada às pessoas idosas,

nas diferentes políticas públicas no Brasil, de forma que considerem a capacidade funcional como medida de saúde, com observância às interações entre as condições individuais e as condições ambientais, garantindo a sua plena participação social, conforme preconizado nas políticas nacionais e internacionais relacionadas aos direitos das pessoas idosas.

39. Fomentar a pesquisa de prevenção e combate ao câncer no Brasil a partir da educação e conscientização da população, acadêmicos e profissionais da saúde, tendo por premissa a importância da pesquisa clínica e engajamento dos órgãos governamentais na discussão sobre a necessidade de processos de aprovação de estudos clínicos mais ágeis e de incentivos que promovam e atraiam a realização de estudos em instituições brasileiras, fornecendo dados relevantes no âmbito da saúde pública e garantindo acesso a tratamentos inovadores para pacientes com câncer nas redes pública e privada.

40. Ampliar o acesso de pessoas usuárias nos serviços da atenção especializada, organizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), territorializados e regionalizados, pactuados na região de Saúde, por meio das linhas de cuidado, garantindo integração com a atenção básica e com financiamento adequado, incluindo a criação e/ou implementação de políticas de atenção à/às distrofia muscular/doenças neuromusculares, pessoas com patologias não transmissíveis, doenças imunomediadas e doenças raras, respeitando a Constituição Federal e arcabouço legal.

41. Criar e disponibilizar linhas de financiamento para a ampliação e fortalecimento da oferta da homeopatia no SUS, através da implantação de um programa e/ou uma política pública, garantindo a escolha e o direito de acesso das pessoas usuárias.

42. Investir para o acesso e normatização do cultivo doméstico e associativo de *Cannabis Sativa*, pela reparação histórica, para barrar a descriminalização da pessoa usuária e paciente.

43. Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estruturando uma rede de ensino-serviço-comunidade capaz de induzir a formação de pessoas trabalhadoras contextualizada com a realidade e diretrizes do SUS, contemplando a interiorização da formação, provimento e fixação de pessoas trabalhadoras em áreas remotas e de vulnerabilidade social.

44. Garantir o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) como uma política de Estado sistêmica e comprometida com as demandas da sociedade brasileira e com o tratamento isonômico entre diferentes atores e atrizes envolvidas, a fim de garantir o acesso universal, equânime e integral a tecnologias que aumentem a qualidade de vida das pessoas e assegurem o desenvolvimento produtivo e de inovação no país, para redução da dependência tecnológica.

45. Reconhecer a violência como um problema global de saúde pública e suas consequências enquanto determinantes sociais, considerando o papel destacado da violência no aumento das demandas para a rede de saúde e morbimortalidade da população, principalmente a jovem, com pactos que atuem na redução desses números por meio de articulação interdisciplinar, intersetorial e transdisciplinar, articulando aporte financeiro para os atendimentos e ações que eliminem os riscos de violências e acidentes, que na sua maioria estão ligadas diretamente a condições de vida da população.

46. Garantir o acesso à saúde integral da população em situação de rua a partir da expansão de equipes de Consultório na Rua e do atendimento humanizado e de qualidade em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária, com financiamento da saúde pública e estatal e capacitação de todas as pessoas trabalhadoras da saúde em atenção à saúde integral da população em situação de rua.

47. Assegurar o acesso à informação e transparência como instrumentos para a garantia de direitos.

48. Garantir a implementação de políticas públicas que considerem as questões culturais de cada região e povos, mediante ações de promoção, prevenção, proteção, vigilância e atenção à saúde com ampliação da articulação intra e intersetorial na perspectiva de intervir sobre os determinantes e condicionantes sem danos e riscos.

49. Estruturar Política Nacional de Comunicação Pública do Sistema Único de Saúde, consolidando-a como política de Estado, e compondo o Plano Nacional de Saúde.

50. Fortalecer e incentivar a implementação, de forma efetiva e eficaz, das políticas públicas relacionadas à nutrição, à alimentação, à comensalidade e às estratégias para a prevenção e tratamento da obesidade como problema de saúde pública, de natureza complexa, resultante da interação de diversos fatores, por meio de ações regulatórias e estímulo à adoção de hábitos saudáveis, incluindo o acolhimento das pessoas com obesidade com cuidado contínuo e integral, em todas as fases da vida, com alimentação saudável, redução de comportamentos sedentários e uma adequada quantidade e qualidade do sono.

51. Fortalecer o Estado Democrático de Direito e efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) universal e equânime, garantindo a execução do matriciamento eficaz e regular em toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ampliação da participação direta das pessoas usuárias da mesma e construção de políticas públicas de saúde mental - no âmbito do Controle Social - sob as bases da ética do cuidado humano compartilhado em liberdade e da transparência do Estado, prezando pelo bem viver e pela dignidade do povo brasileiro, em particular pela emancipação das pessoas em processo de sofrimento psíquico.

52. Priorizar o avanço da integração de políticas públicas que promovam a inserção social, geração de trabalho e renda, soberania nacional e o fortalecimento do SUS, para atuar como coordenador estratégico e um dos agentes estruturantes de um projeto de desenvolvimento, calcado no Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS).

53. Considerar a exposição da população aos agrotóxicos como questão grave para saúde pública, viabilizando os meios para denúncia dessa situação, e utilizando dessa ferramenta para provimento de condições adequadas para o monitoramento, diagnóstico e tratamento dos impactos gerados e garantia da comida de qualidade e em quantidade adequada para todas as pessoas, com respeito à diversidade cultural e alimentar da população, com apoio a reforma agrária popular e fortalecimento da agricultura familiar e urbana, por meio da agroecologia, que foca a redução de agrotóxicos.

54. Ampliar as formas de acesso à Atenção Básica (AB) em Saúde e alcance das equipes desse nível de atenção, de forma protagonista, fortalecida e integrada à vigilância em saúde, com acesso não presencial e horário estendido, por meio da incorporação de ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas, além do acesso facilitado e oportuno à vacinação em todos os ciclos de vida, e ações que promovam a comunicação e educação em saúde de modo intersetorial para o combate à desinformação e o incentivo à vacinação, para recuperar as altas coberturas vacinais.

55. Fortalecer todas as políticas públicas, de forma intersetorial, para a promoção do direito à saúde e qualidade de vida, ampliando e garantindo o acesso à atenção à saúde em tempo adequado e com qualidade, com aprimoramento das redes de atenção (principalmente Atenção Básica e Rede de Atendimento de Urgência) nas regiões de saúde, com cuidado integral às pessoas, ciclos da vida, gênero e populações em situação de vulnerabilidade social, com ênfase na humanização e acolhimento, oferta de serviços e ações que atendam às necessidades de saúde dos territórios.

PROPOSTAS

1. Incentivar a formação e a incorporação de meninas e mulheres na ciência, promovendo ações direcionadas ao alcance do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) nº 5 (igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas), a fim de mitigar as barreiras legais, sociais e econômicas para o gozo de seus direitos, inclusive, disponibilizando creches nas instituições para apoiar mães que atuem na ciência, bem como a disponibilização de alimentação nas instituições.

2. Aumentar a conscientização sobre a importância da pesquisa clínica, com a realização de cursos, campanhas e eventos multidisciplinares voltados à população em geral, com vistas a conscientizar, educar e debater sobre a sua importância, desafios e oportunidades.

3. Implementar política permanente de valorização da juventude pesquisadora, acompanhada de profundos debates sobre direitos trabalhistas e previdenciário.

4. Adaptar a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) a uma nova conjuntura e prioridades de governo, corrigindo inconformidades com as boas práticas para para a defesa do interesse público e do bem comum, com a imediata adequação da rede nacional à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e ajuste ao princípio da descentralização e ao pacto federativo implantando o Barramento de Serviços Federados para integração federativa de sistemas distribuídos, com garantia da gestão federada.

5. Disponibilizar internet banda larga com o objetivo de qualificar as informações e fortalecer a telemedicina e a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em todas as Unidades Básica de Saúde e descentralizar o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) da unidade hospitalar e implantar na atenção primária; modernizar todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde, sincronizando os dados em tempo real, assim como equalizar os sistemas de notificação no SUS, alterando o quesito sexo biológico para gênero; unificar os sistemas de informação de saúde, permitindo a integração do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) com e-SUS com outros Sistemas Nacionais de Informação em Saúde (SNIS), e interação com os sistemas de outros órgãos, como por exemplo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS) desenvolvido pela SESAI, melhorando a qualidade e aumentando a confiabilidade dos dados; ampliar o prontuário eletrônico de forma nacional (“prontuário eletrônico nacional”), unificando a informação em todas as redes de atenção à saúde.

6. Garantir que todos os sistemas de informação do SUS tenham a categoria “deficiência” de preenchimento obrigatório com espaço para especificação da deficiência - física, sensorial, intelectual, psicossocial, deficiência múltipla (especificar quais) - na perspectiva da avaliação biopsicossocial. Por exemplo: notificação compulsória no nascimento, na vigilância em saúde, e nos serviços especializados e rede hospitalar.

7. Implantar ciberinfraestrutura própria do SUS para remodelagem da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e para realização do Inventário das Capacidades Públicas [próprias] de Ciberinfraestrutura instaladas no Brasil, que pressupõe a definição de um backbone próprio da saúde, como espinha dorsal de um Sistema Nacional de Informação em Saúde do SUS, que se efetiva através da estruturação de um Barramento de Serviços Federados para integração federativa de sistemas distribuídos (“barramento descentralizado” e não apenas um na esfera federal) que permite a interoperabilidade dos sistemas de informações dos municípios, estados e de base nacional, sendo que a ciberinfraestrutura precisa ser modelada a partir de uma arquitetura de rede descentralizada, baseada na teoria de redes complexas, com topologia distribuída, de gestão compartilhada entre as três esferas de governo, monitorada pelo controle social, com a cadeia de custódia documentada, pactuada, publicizada.

8. Criar Política de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Neuromusculares, promovendo acesso ao diagnóstico precoce, intervenção imediata com atendimento multidisciplinar especializado em todas as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

9. Construir Políticas concretas de apoio técnico e financeiro com vista à ampliação da Rede Pública e paulatina substituição da rede privada contratada e garantia de formalização da força de trabalho através da Carreira Única do SUS por meio de concurso público com regras únicas em todo o país, de forma a priorizar a profissionalização e contratualização direta dos serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

10. Elaborar e implementar uma política pública universal de cuidado (intersetoriais, intersecretariais, interministeriais e como responsabilidade coletiva da sociedade), com acesso através de avaliação biopsicossocial, e não a critérios econômicos, em ambientes domésticos e não domésticos, não baseada no familismo, mas centrada no entendimento de que os cuidados pessoais respeitem a diversidade e pluralidade da população como para a pessoa com deficiência, contemplando o cuidado com as pessoas cuidadoras, melhorando condições de trabalho, e com a população em situação de rua, para cuidados pré e pós-cirúrgicos.

11. Fortalecer os programas de diagnóstico, campanhas de conscientização da população e profissionais de saúde a respeito da saúde auditiva, principalmente na meia idade, com foco na redução de risco para demências, com melhor direcionamento e uso dos ambulatórios públicos de otorrinolaringologia em âmbito secundário, com a descentralização do diagnóstico com vistas a melhorar o acesso a próteses auditivas, com aumento do aporte orçamentário para o programa já existente.

12. Criar equipe multidisciplinar para atendimento da lei que envolve pessoas com autismo.

13. Reestruturar a rede de vigilância em saúde, respeitando os princípios da regionalização do SUS, englobando toda a rede de atenção do SUS, dentro da visão da saúde única.

14. Fortalecer a vigilância em saúde, pelo aprimoramento da inteligência epidemiológica local, implementação de tecnologias em saúde, formação de redes de pesquisa e qualificação de recursos humanos em temas estratégicos e prioritários para cada região e incorporação das especificidades regionais.

15. Fortalecer a vigilância integrada de saúde, visando reconhecer os fatores de risco e determinantes socioambientais da saúde para prevenir doenças e agravos e promover a saúde única.

16. Fortalecer as ações de regulação, recuperação e proteção sanitária que visem reduzir ou eliminar agravos e riscos à saúde mediante atuação nas áreas ambiental, de incentivo à agroecologia e recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto ao uso de agrotóxicos, de mobilidade urbana e saneamento básico.

17. Fomentar a integração e participação conjunta das vigilâncias, nas três esferas de gestão do SUS, a partir de articulação intra e intersetorial, ampliação de ações de comunicação e educação em saúde, ampliação e qualificação da força de trabalho e normatização.

18. Viabilizar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em todos os entes e níveis da federação, por meio de recursos financeiros, formativos e humanos e de ações coordenadas específicas, garantindo repasse financeiro prioritário considerando o racismo como determinação do processo saúde-doença e o combate às iniquidades sociorraciais.

19. Ofertar formação e informação às pessoas trabalhadoras e usuárias, e montar uma rede de proteção e enfrentamento à violência contra mulheres e meninas, nas comunidades pesqueiras, considerando o racismo institucional como barreira de acesso aos serviços públicos, sendo disponibilizado Rede de Proteção à Mulher Vítima de Violência (policiamento, delegacia da mulher, etc), e ações para a saúde da mulher pescadora (entrega de equipamentos de proteção individual - EPIs; saúde reprodutiva e ginecológica e enfrentamento à violência obstétrica e a pobreza menstrual, entrega de absorvente e itens para a higienização e saneamento).

20. Aprovar imediatamente o Projeto de Lei (PL) nº 131/2020, que dispõe sobre o reconhecimento, proteção e garantia do direito ao território de comunidades tradicionais pesqueiras.

21. Criar estratégia de monitoramento dos impactos de grandes projetos (energéticos, agronegócio, turísticos, etc.) na saúde dos territórios pesqueiros, e suas interfaces com o agravamento das mudanças climáticas sobre a vida das comunidades, financiada pelos empreendimentos poluidores, com atuação inter e intrasetorial capitaneada pelo Ministério da Saúde, mas executada no âmbito federal, estadual e municipal, no processo de licenciamento dessas empresas nos territórios pesqueiros.

22. Ampliar o número de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, de modo a planejar o provimento da força de trabalho, em todo o sistema sanitário, com base na formação precípua em estratégias multiprofissionais e interdisciplinares de apropriação: do SUS, da lógica de trabalho em equipe, da atenção integral, da participação popular, do trabalho em rede e linha do cuidado em todas as “áreas profissionais” (saúde da mulher, da criança e do adolescente, do adulto, mental, bucal, do homem, vigilâncias em saúde, urgência/emergência, do campo, saúde indígena e condições especiais de vida).

23. Articular o mestrado profissional da atenção primária com as modalidades de Residência em Área Profissional da Saúde, multi e uniprofissionais, e Residência Médica, para estabelecer normas remuneratória, formativa e de adicionais de incentivo isonômicos, com tratamento igual dos direitos e prerrogativas, e estimular a integração entre essas residências, para favorecer a atuação multiprofissional e interdisciplinar, visando superar a hegemonia médico-centrada, procedimento-centrada, hospitalocêntrica e orientada pelo modelo liberal-privatista na organização da atenção integral à saúde.

24. Assegurar regulamentação e implementação equânime e nítida de legislação e normas que estabeleçam os direitos trabalhistas dos residentes, o reconhecimento da experiência profissional, pela formação equivalente ao nível educacional da pós-graduação lato sensu, sob as condições de cenários de prática adequados ao ensino e trabalho especializado; formação de tutores e preceptores, conforme as políticas públicas de saúde; organização didático-pedagógica orientada pela Educação Permanente em Saúde (Projeto de Lei nº 504/2021 para uma Política Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde).

25. Fomentar a criação de residências multiprofissionais em saúde na área das condições crônicas não transmissíveis (CCNTs).

26. Criar, em articulação com os municípios e estados, estratégias de promoção à saúde de trabalhadores migrantes, em especial aqueles que participaram da estratégia de interiorização articulada pelo governo federal.

27. Ampliar orçamento exclusivo para investimento na saúde de comunidades quilombolas nos níveis municipal, estadual e nacional incluindo os serviços de atenção à saúde, promoção da saúde, educação permanente e fomento específico para a realização de pesquisas científicas, projetos de extensão e ensino curricular sobre saúde quilombola em graduação, residências em saúde e pós-graduação da área da saúde.

28. Ampliar a cobertura de médicos e equipes multiprofissionais em todos os territórios quilombolas através do Programa Mais Médicos e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com priorização para comunidades quilombolas rurais e remotas, com respeito às especificidades em saúde quilombola e com reconhecimento e incorporação da medicina tradicional e ancestral quilombola nas práticas de cuidado em saúde.

29. Planejar uma distribuição equânime de renda entre os três poderes governamentais para melhoria do SUS, aumentando o seu financiamento, na remuneração tanto da melhoria de profissionais, quanto no atendimento humanizado.

30. Destinar 10% do Produto Interno Bruto (PIB) para o SUS, com distribuição para os municípios e estados, para aquisição de transporte sanitário para o trabalho na área ribeirinha e área de difícil acesso.

31. Findar com a isenção de impostos e outras renúncias fiscais sobre produtos nocivos à saúde (como agrotóxicos), que sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS).

32. Excluir a saúde da Lei de Responsabilidade Fiscal e garantir recursos estáveis e suficientes para o SUS, elevando a participação dos recursos públicos no Produto Interno Bruto (PIB) setorial da saúde para 10% do PIB.

33. Estabelecer um programa nacional para implantação de serviços farmacêuticos, nas unidades de saúde, incluídos nas linhas de cuidado, a fim de contribuir com a jornada da pessoa paciente, melhorar as condições de uso dos medicamentos e aprimorar a adesão ao tratamento, a partir do conhecimento sobre o perfil nacional de acesso e uso racional de medicamentos, com financiamento adequado.

34. Ampliar a transparência e a publicidade dos processos de pactuação da responsabilidade pelo financiamento das incorporações, de licitação, contratação e logística de medicamentos do Grupo 1A, do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

35. Ampliar o financiamento, no âmbito nacional, para a Assistência Farmacêutica, e o valor repassado aos municípios e estados, bem como ampliar os recursos financeiros para a assistência na Atenção à Saúde e para a compra de novos equipamentos para os postos de saúde.

36. Aprimorar as ferramentas de gestão, o compartilhamento de dados, os processos de logística, os processos de programação e de recomposição de estoques, aumentando os estoques estratégicos e aperfeiçoar todo o fluxo operacional da cadeia de ressuprimento de medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde.

37. Aprimorar o modelo de financiamento da assistência oncológica medicamentosa, a fim de eliminar problemas de acesso e equidade, gerados pelo modelo

descentralizado, que relega aos hospitais habilitados em oncologia a prerrogativa de selecionar, programar, prescrever e dispensar medicamentos oncológicos, garantia do financiamento para melhoria do tratamento oncológico, em todas as regiões, com a ampliação e aprimoramento dos serviços, bem como a inclusão da radioterapia nos serviços que disponibilizam quimioterapia.

38. Aumentar as opções terapêuticas, incluindo as psicológicas, nutricionais, comportamentais, medicamentosas, cirúrgicas, e o uso de todos os equipamentos, conforme a necessidade, no tratamento oncológico.

39. Avançar na licença compulsória de insumos, medicamentos, vacinas e demais tecnologias em saúde, sobretudo aquelas relacionadas a situações de emergência sanitária e às doenças mais prevalentes no quadro sanitário nacional, visando garantir a primazia do direito à vida e à saúde sobre o direito à propriedade, sem desconsiderar a o incentivo para produção nacional e disponibilização no SUS.

40. Aprimorar os processos de atualização de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT's), Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT's), de pactuação da responsabilidade pelo financiamento das incorporações, o de atualização do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos (SIGTAP) e os processos de licitação e contratação, a fim de eliminar gargalos e aumentar o compromisso do Ministério da Saúde com o cumprimento efetivo do prazo de 180 dias para disponibilização de medicamentos incorporados; assim como garantir acesso a oxigênio portátil aos portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) grave e formas de administração da insulina menos traumáticas (agulhas menos calibrosas), bem como glicosímetro e bombas de insulina permanentes (que duram 15 dias no corpo), possibilitando qualidade de vida a pessoas pacientes.

41. Atualizar e implementar uma Política Nacional de Saúde Ocular e incluí-la no Plano Nacional de Saúde de 2024 a 2027 e convocar o Conselho Brasileiro de Oftalmologia para formular, junto com a Retina Brasil e outras instituições, uma política nacional de saúde ocular, com atribuições específicas nos níveis municipal, estadual e federal de acordo com os três níveis do sistema de saúde (primário, secundário e terciário); atualizar as portarias do Ministério da Saúde nº 288/2008 e nº 957/2008, fazendo

com que incorporem todas as doenças oftalmológicas e atualizem as condutas de boas práticas médicas.

42. Implementar à saúde ocular nos três níveis de assistência do SUS: a) o atendimento nas Unidades Básica de Saúde (UBS) terá acesso rápido, facilitado por sistemas digitais de gestão ligado à prefeitura, disponibilizar oftalmologista na atenção primária; b) o município fará atendimento oftalmológico em escolas do seu sistema; c) ofertar serviço oftalmológico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) integrado à puericultura (bebês e crianças); doenças graves da visão o atendimento de urgência será no sistema de referência do SUS; d) exames de refração deverão ser disponíveis nas unidades do nível primário; e) nos níveis secundário e terciário, o atendimento com oftalmologista deverá ser rápido (consultas, exames, cirurgias, tratamentos); f) o sistema de saúde ocular proverá medicamentos às pessoas pacientes e oftalmologistas; g) incluir doenças raras oculares hereditárias na política para doenças raras no SUS, exames, testes e aconselhamento genético e cadastro dessas doenças da visão; h) o MS deverá prever orçamento para a Política Nacional de Saúde Ocular.

43. Criar programas para diminuir filas de espera no atendimento oftalmológico do SUS, com sistemas eletrônicos inteligentes que regulem o fluxo, o acesso, a qualidade e os parâmetros de eficiência do atendimento oftalmológico.

44. Atualizar a portaria do Tratamento Fora do Domicilio (TFD), e seus valores, para garantir o financiamento para implementar, fortalecer e divulgar o TFD para pessoas usuárias em tratamento oncológico ou com outras doenças graves que necessitem se locomover para outros municípios, e buscar transformar a portaria existente em lei, revisando as questões de distância e o direito a acompanhante em todas as etapas; revisão da porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) destinado a saúde e revisão da tabela SUS.

45. Criar mecanismos de articulação entre os Conselhos de Saúde e as instâncias das Comissões Bipartite e Tripartite.

46. Fortalecer a pauta de negociação regional nas instâncias interfederativas do SUS, a fim de integrar políticas e ações, promover investimentos e lidar com territórios

específicos (regiões metropolitanas, áreas de fronteiras internacionais, zonas limítrofes entre estados, área de proteção ambiental).

47. Criar o Fundo Distrital de Saúde da Autarquia Territorial do Distrito Estadual de Fernando de Noronha, considerando a gestão integrada entre a União e o Estado de Pernambuco e a particularidade de ser o único distrito estadual do país.

48. Criar alíquotas sobre recursos provenientes do Fundo Amazônico, direcionar multas aplicadas pelo desmatamento, e recursos do Ministério da Saúde para que a Região Norte possa investir em Saúde, além de prover sistemas de energia solar às comunidades mais distantes.

49. Reformular e implantar o Laboratório de Entomologia na Região Amazônica.

50. Fomentar e acelerar o processo de eliminação de doenças infecciosas contempladas no marco da Agenda 2030.

51. Implementar, ampliar, fortalecer e capacitar Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar em Cuidados Paliativos, garantindo os insumos para o atendimento integral e a continuidade da assistência biopsicossocioespiritual no domicílio.

52. Implementar e fortalecer redes de apoio ao luto, direcionadas às pessoas familiares e cuidadoras de pessoas usuárias com necessidade de cuidados paliativos, nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, incluindo a atenção primária, em articulação com outras políticas públicas no âmbito da intersetorialidade.

53. Implementar e fortalecer os cuidados paliativos na rede de assistência hospitalar SUS (pequeno, médio e grande porte) e hospices (leitos de nível secundário especializados e exclusivos para cuidados paliativos, em estrutura própria), garantindo leitos de curta, média e longa permanência, para todas as fases do desenvolvimento da vida, com equipes multidisciplinares qualificadas, integrados em rede com outros pontos de atenção, incluindo a atenção básica, atenção domiciliar, ambulatórios (incluindo ambulatórios de luto) e unidades-dia especializadas em cuidados paliativos.

54. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e como componente de cuidado na Atenção Básica (AB) em saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com boas práticas e participação comunitária, educação permanente, acompanhamento, referenciamento, qualificação da assistência domiciliar, fortalecendo as unidades-dia de cuidados paliativos para internações de curta duração, em especial para pessoas pacientes oncológicos ou com demência, com ações intersetoriais que visem garantir proteção social, jurídica e aos demais direitos das pessoas no fim da vida.

55. Implantar e fortalecer a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada à Rede de Atenção à Saúde e como componente de cuidado na Atenção Básica (AB), através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo importante a elaboração de normativas que auxiliem na implementação de cuidados paliativos na AB, além da oferta de educação permanente para pacientes, familiares, comunidade e profissionais de saúde, bem como promover conhecimento das diretivas antecipadas de vontade, testamento vital, e viabilizar óbito domiciliar quando desejado, assegurando o cumprimento da vontade manifesta do paciente.

56. Ampliar os recursos financeiros para o financiamento da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas.

57. Revogar a Portaria MS nº 3.012/12, e tornar obrigatória a composição da Equipe de Saúde Bucal composto por Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), Técnico em Saúde Bucal (TSB) e o Cirurgião Dentista (CD); deliberar que os cargos de gestão e coordenação em Saúde Bucal possam ser ocupados por qualquer membro que componha a equipe de Saúde Bucal (ASB, TSB e CD), registrados no Conselho Regional de Odontologia (CRO), independente da sua escolaridade; defender a valorização salarial e profissional do ASB, TSB, e do Auxiliar em Prótese Dentária (APD) e Técnico em Prótese Dentária (TPD), onde existir financiamento SUS e apresentar aos governos (federal, estadual e municipal) os planos de cargos e carreiras e salários, além de incluir na equipe de saúde bucal o Auxiliar em Prótese Dentária e o Técnico em Prótese Dentária, através da realização concursos públicos e que consequentemente os APD e os TPD componham as equipes dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) proporcionando o alcance

de próteses sejam elas unitárias, parciais ou totais para a população mais carente; implantar a carga horária de 20h para os ASB e TSB, onde existir financiamento do SUS, seguindo o mesmo modelo de carga horária aplicada aos CD.

58. Garantir que o acompanhamento pré-natal e puerpério, previsto nos programas do SUS, seja efetivamente disponibilizado, com estrutura e qualidade, a todas as pessoas gestantes e puérperas, com a execução de ações de promoção à saúde e prevenção à depressão pós-parto, com acolhimento e acompanhamento psicológico em grupo e/ou individual, contando com a participação de outros membros da rede de apoio da pessoa gestante no processo.

59. Manter um sistema de informação à pessoa gestante sobre a Lei nº 13.509/2017, que inclui a entrega voluntária para adoção, em um procedimento assistido pela Justiça da Infância e da Juventude.

60. Atualizar e fortalecer a "Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas" do Ministério da Saúde, e ampliar sua articulação com as políticas de saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do homem, saúde mental, saúde da criança e do adolescente, saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queer, intersexos, assexuais (LGBTQIA+), saúde da trabalhadora e do trabalhador e saúde bucal.

61. Assegurar os recursos para a estrutura de rede básica, especializada, de internação incluindo a de UTI; aquisição de equipamentos; para contratação de pessoal e para potencializar a gestão pública da rede de atenção integral à saúde das mulheres, essencial para a redução da morbidade e mortalidade entre as mulheres e a mortalidade materna, viabilizando salas de parto humanizado.

62. Assegurar às mulheres, incluindo as pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual), o direito de decidir sobre seu corpo, acesso à atenção integral à saúde, métodos contraceptivos com orientação e liberdade de escolha; prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), HIV/AIDS, câncer de mama e ginecológico, atenção à saúde no climatério e menopausa.

63. Desenvolver a promoção da equidade com ações específicas de proteção à saúde das mulheres de comunidades tradicionais camponesas, pescadoras, marisqueiras, indígenas, ciganas, negras, quilombolas e vivendo com HIV/AIDS, incentivando novas formas de trabalho e produção, agricultura familiar e a agroecologia bem como fortalecendo as práticas populares de saúde.

64. Executar as políticas públicas que existem direcionadas no combate à violência contra mulheres, de todas as origens, assim como também seja ampliada a rede de atendimento médico especializado em saúde da mulher tratando de diagnósticos como a fibromialgia, sem esquecer o tratamento do adoecimento mental, a partir da infância, de forma urgente e prioritária.

65. Buscar a proteção contra todo tipo de violência contra as mulheres e o assédio moral e sexual no trabalho, com ampliação da política nacional de creches e escolas de tempo integral e garantia dos investimentos na vigilância e atenção integral à saúde das trabalhadoras.

66. Buscar estratégias para redução imediata de mortes de mulheres por causas evitáveis e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, mortalidade materna e aborto inseguro; qualificar o pré-natal, parto e pós-parto com reforço da Rede Cegonha e integração de doulas.

67. Estruturar a definição de municípios rurais com base em critérios sociodemográficos, culturais, econômicos e geográficos, com vista a ampliar o financiamento do SUS para essas áreas, priorizando a atenção básica (AB) em saúde e qualificando uso do recurso para serviços de média e alta complexidade (MAC) e para o acesso às consultas especializadas; fortalecer e qualificar, ainda, os mecanismos regulatórios para garantia do acesso e equidade no atendimento às pessoas trabalhadoras rurais.

68. Articular um grupo de trabalho interministerial entre Saúde, Educação, Cultura, Meio Ambiente, Esportes, Desenvolvimento Social e Direitos Humanos e Cidadania para organizar ações públicas de memória, justiça e reparação às vítimas da pandemia para que, no âmbito do SUS, promovam ações para resgate e fazer o registro histórico da pandemia, para produção e difusão de memória pública e de educação das pessoas trabalhadoras em saúde.

69. Manter viva a memória da pandemia incorporando seu conteúdo programático na educação básica, na educação popular em saúde e na formação de profissionais de saúde, buscando a superação da desinformação e da discriminação no genocídio de centenas de milhares de pessoas brasileiras.

70. Criar linhas de financiamento para remunerar projetos de promoção de saúde, integrados entre a unidades de saúde e equipamentos de saúde de matriz africana reconhecido nas Unidades Territoriais Tradicionais de Matriz Africana (UTT) buscando constituir hortas, canteiros de ervas tradicionais, práticas integrativas que dialoguem com as práticas terapêuticas nestes territórios.

71. Garantir participação efetiva e contribuição de movimentos sociais da população negra, religiões de matriz africana, e comunidades tradicionais em todos os processos de controle social da gestão, avaliação, e inovação do SUS em todos os três níveis da federação, contribuindo para que toda a gestão do SUS seja realizada pelo setor público.

72. Fomentar o sistema alimentar dos povos tradicionais de matriz africana como um sistema que alimenta a todos os seres vivos e promove saúde (uma tradição que alimenta não violenta).

73. Ampliar a rede de atenção à saúde destinada ao cuidado de crianças e adolescentes trans e com variabilidade de gênero, garantindo pelo menos um centro de referência multiprofissional em cada Estado, fortalecendo e ampliando as ações na Atenção Básica à Saúde por ações integradas às demais atividades já oferecidas às crianças e adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde, com ampla divulgação desses serviços para facilitar o acesso da população e formação permanente para os profissionais envolvidos.

74. Defender orientação do Ministério da Saúde para as equipes de saúde não exigirem a identificação de pessoas usuárias, no caso de incapacidade social e cultural, como no caso de pessoas migrantes, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), indígenas, crianças, adolescentes indocumentados ou com documentação expirada no Brasil, reforçando o conteúdo da Portaria GM/MS nº 2.236/2021, para facilitar o acesso aos serviços de saúde, o que perpassa pela capacitação de profissionais do SUS sobre a possibilidade de regularização migratória por tratamento de saúde, de acordo com a Portaria Interministerial nº 8/2018.

75. Criar um grupo de trabalho permanente no Ministério da Saúde, com a participação de representantes dos ambulatórios existentes hoje, dos conselhos profissionais da área da saúde, de secretarias de saúde estaduais, movimento LGBTQIA+, organizações da sociedade que representem os interesses de crianças e adolescentes trans, que apresente, até o final de 2024, uma proposta de política pública para a criação, implementação e monitoramento de linha de cuidado para acompanhamento e proteção de crianças e adolescentes trans e ampliação da rede de serviços destinada a essa população e seus familiares.

76. Qualificar os serviços de saúde para o atendimento às pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), com garantia de acesso às medicações, hormonoterapia e procedimentos cirúrgicos, bem como suporte à saúde mental.

77. Coibir gestão indireta, como terceirização e Organizações Sociais de Saúde (OSS), com concursos públicos e revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), vínculo profissional no SUS e o binômio ensino-serviço, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Centro de Inovação Educacional em Saúde (CIES) e Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES) ampliando o Programa Mais Médicos no País e garantindo a equidade.

78. Enfrentar o poder do agronegócio, taxar suas exportações e realizar reforma agrária, identificando terras que não cumprem função social; garantir acesso à terra urbana para moradia e plantio de alimentos; fortalecer a agricultura familiar; incentivar a gestão sustentável de recursos naturais para diminuir os efeitos climáticos, criar um plano de acesso a recursos hídricos e universalizar o saneamento básico; monitorar de forma participativa as consequências de desastres ambientais, com proteção e reparação a atingidos e prevenção de novas tragédias; fomentar a educação ambiental, incentivando a coleta seletiva, acabando com o descarte irregular de resíduos.

79. Evitar a terceirização do serviço, garantindo a qualidade do trabalho prestado, sendo a admissão no serviço público por concurso público

80. Atualizar as políticas nacionais de saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores, da proteção e segurança no trabalho e vigilância em saúde como instrumentos para que as evoluções tecnológicas, sem negar o desenvolvimento científico, possam preservar a dignidade humana, os direitos, condições de trabalho e a valorização das pessoas trabalhadoras da saúde, com o respeito ao princípio da equidade.

81. Criar mecanismos de acompanhamento diligente dos casos de trabalho precarizado e análogo à escravidão, de forma intersetorial com os órgãos competentes ao contexto do trabalho, bem como o acompanhamento longitudinal na prospecção de vagas de trabalho para migrantes atendidos por programas de interiorização, tráfico de entorpecentes, violência doméstica, e crime de exploração sexual, além de fortalecer medidas de segurança pública e policiamento em áreas rurais, de forma a garantir que as vagas intermediadas não sejam de trabalho precário ou análogo à escravidão, utilizando equipamentos públicos de saúde como potenciais sinalizadores de casos desse tipo.

82. Criar melhores políticas de fixação de profissionais de saúde no serviço público, através de melhorias na infraestrutura, organização e na gestão dos serviços de saúde e na valorização salarial de pessoas trabalhadoras e profissionais da saúde em todos os níveis de atenção.

83. Criar política de valorização das pessoas trabalhadoras com contratações de pessoas servidoras públicas efetivas e que tenha um sistema de auditoria fortalecido. Nessa construção de um novo modelo de gestão de pessoas deve ser garantido que, no âmbito da saúde indígena, sejam assegurados que os direitos trabalhistas do conjunto de sua força de trabalho permitam uma relação de trabalho perene, não temporária e segura.

84. Criar legislação específica para garantia de plano de cargos e carreira no SUS e de novos cargos e profissões (por exemplo, a carreira dos servidores de Vigilância Sanitária (CBO)) na área da saúde, nas três esferas de governo, focando áreas de mais alta vulnerabilidade, a partir de projetos-pilotos (saúde da família, vazios assistenciais como a região amazônica), a fim de promover a fixação de profissionais, com a garantia da realização de concurso público como única via de entrada no serviço, com remuneração compatível com a complexidade do trabalho, sistema de previdência e cujo estabelecimento seja debatido democraticamente com as entidades sindicais representativas de pessoas trabalhadoras, garantindo o atendimento digno à população, combatendo, assim, a precarização do serviço e preservando os direitos sociais que incluam medidas de combate ao assédio moral e institucional, e que garantam a formação/educação permanente e a saúde e segurança de pessoas trabalhadoras.

85. Implantar o piso salarial nacional a todas as pessoas trabalhadoras, plano de cargos e carreiras e outros direitos trabalhistas, na perspectiva de combater a precarização de salários e fortalecer as três esferas do governo (federal, estadual e municipal) com relação a atenção à saúde da pessoa trabalhadora.

86. Criar fundo nacional para garantir financiamento para o pagamento de piso salarial e incentivo de abono a profissionais e pessoas trabalhadoras do SUS, a exemplo do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB).

87. Estabelecer mecanismos de monitoramento, avaliação e inovações tecnológicas do SUS e garantia de investimentos para os processos de planejamento e regionalização na saúde, priorizando a promoção e prevenção na perspectiva do fortalecimento da gestão estratégica e participativa, com a garantia da implantação das equipes multidisciplinares para todos os serviços, em todos os níveis de atenção, no âmbito da promoção, prevenção e assistência, com participação efetiva do controle social na gestão e definição de prioridades, como também, garantir os investimentos no sistema de vigilância em saúde, Centro de Referência em Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (CEREST), prontuário eletrônico, regulação, controle em supervisão de rede com integração dos sistemas de informação em saúde.

88. Promover o cuidado e a valorização de trabalhadores da Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) em saúde, com vínculos protegidos por remuneração digna e justa,

regulada por pisos salariais, jornadas e ambientes de trabalho saudáveis e seguros, e avaliação de insalubridade; fortalecendo o atendimento dos profissionais de saúde por meio de uma rede abrangente de prevenção, controle e cuidados essenciais integrando ações por meio de um observatório panorâmico, tanto no diagnóstico de doenças negligenciadas no âmbito do trabalho, quanto no controle de zoonoses e entendimento da violência (urbana, doméstica e no ambiente de trabalho) como fator de impacto para o adoecimento mental; além da oferta de cursos para a formação continuada de profissionais da atenção básica, especialmente para os que atuam em áreas endêmicas para as doenças negligenciadas, emergentes e reemergentes, considerando a diversidade cultural, racial, de gênero, de crença, de idade, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexos, Assexuais (LGBTQIA+) e Pessoas com Deficiência (PcD).

89. Criar melhores políticas de fixação de profissionais de saúde no serviço público, através de melhorias na infraestrutura, organização e na gestão dos serviços de saúde e na valorização salarial das pessoas trabalhadoras e profissionais da saúde em todos os níveis de atenção.

90. Assegurar parceria junto ao Congresso Nacional, por meio de emendas parlamentares, na captação de recursos financeiros para a construção do hospital universitário vinculado à Universidade Federal do Acre (UFAC).

91. Atualizar os valores referenciais da tabela de procedimentos do SUS, parametrizando valores de mercado, para manutenção mínima do equilíbrio econômico-financeiro, com reajuste previsto em índice similar ao da saúde complementar, bem como incluir novos procedimentos, medicamentos à farmácia básica, visando a sua atualização anual e permanente.

92. Assegurar que o cartão Nacional de Saúde seja válido em todo território nacional com os recursos dos procedimentos remanejados para os municípios executantes.

93. Ampliar a oferta instalada de serviços e garantir condições de mobilidade para o exercício do direito à saúde, com gratuidade do transporte coletivo (tarifa zero) e o transporte sanitário, e criação de Equipes de Consultório na Rua (uma por cidade), com olhar a

populações em situações de vulnerabilidade (população em situação de rua, do campo, floresta e águas e pessoas com deficiência), com foco nas áreas rurais e isoladas, povos e comunidades tradicionais, indígenas, quilombolas, conforme os determinantes sociais de saúde e da saúde, em todas as políticas (Conferência de Helsinque de 2013).

94. Ampliar o financiamento da Política de Assistência e Permanência Estudantil, implementando aos acadêmicos dos cursos da saúde em estágio obrigatório, quando este ocorrer em cidades diferentes do campus de origem, visando promover a democratização do acesso à universidade e a interiorização do acesso a saúde, destacando a importância, responsabilidade e envolvimento do estágio obrigatório no SUS para a integração ensino-serviço-comunidade.

95. Declarar vacinas, medicamentos e insumos de saúde como produtos de interesse nacional, com a garantia de produção por instituições governamentais, com ampliação da rede nacional de laboratórios públicos e inserção no SUS.

96. Garantir financiamento equânime para a Amazônia Legal, em consideração às suas especificidades.

97. Assegurar benefício social à pessoa que não pode trabalhar pela necessidade de cuidar de familiar acometido de condições ou doenças incapacitantes permanentes que exijam atenção contínua.

98. Cobrar ressarcimento ao SUS pelas empresas referente a serviços prestados devido a acidentes e doenças relacionados ao trabalho e direcionar os recursos aos Centros de Referência em Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (CERESTs) com autonomia na gestão e com controle social.

99. Implementar ações de apoio psicológico para acadêmicos de enfermagem, e demais cursos, através do incentivo à pesquisa e extensão na área de saúde mental para enfermagem.

100. Garantir a remuneração básica federal, para todas as categorias, mais a defesa do cumprimento da Lei nº 14.434/2022, que dispõe sobre o piso salarial dos enfermeiros,

técnicos em enfermagem, auxiliares em enfermagem e parteiras, nos municípios, estados e União, incluindo a luta pela redução da jornada semanal de 30 horas.

101. Criar e implantar a carreira SUS nacional, garantindo piso salarial e vencimentos, com recursos da União, Estados e Municípios, conforme Art. 4º da Lei 8.142, para as três instâncias de governo, para fortalecer a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização das pessoas trabalhadoras, combatendo a precarização e favorecendo a democratização das relações, valorização salarial, criação de vínculo, com ingresso através de concurso público e implantação de Mesa de Negociação Permanente do SUS, incluindo profissional de educação física e da medicina veterinária no SUS.

102. Construir uma política nacional intersetorial de saúde do trabalhador e trabalhadora que se torne uma política de Estado, com a participação de ministérios que definem o modelo econômico do país (Fazenda, Agricultura, Transporte, dentre outros) e de ministérios que visem à proteção social (Saúde, Meio Ambiente, Trabalho, Previdência Social, Direitos Humanos, Ministério da Justiça e Segurança Pública) com inclusão de ações no Plano Plurianual (PPA) à semelhança do Sistema Nacional da Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), sob a coordenação do Ministério da Saúde, com ampla participação e controle social, para a promoção da saúde e a redução de danos e agravos às pessoas trabalhadoras.

103. Estimular a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS) que aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, com a utilização de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre pessoas usuárias, trabalhadoras e gestoras.

104. Garantir o dimensionamento da enfermagem, enquanto força de trabalho, adequado em todos os níveis de atenção à saúde e que seja assegurado nos estabelecimentos de saúde públicos e privados, assegurando a desprecarização do trabalho e revisão de modalidades de vínculo e contratação, e como forma de fortalecer os mecanismos que assegurem a justiça sexual e reprodutiva para as mulheres e meninas.

105. Organizar os espaços dos serviços de saúde para reduzir os fatores estressores e transtornos psíquicos da enfermagem.

106. Fortalecer a Rede Cegonha do SUS e com acesso para mulheres migrantes, fortalecendo referência e contrarreferência; incluir nas políticas públicas a Rede Materna e Infantil da diversidade étnico-racial das populações migrantes, em especial indígenas, via oferta de assistência intercultural e mediação linguística, bem como respeitando o direito ao parto humanizado e culturalmente sensível, com condições para que as mulheres migrantes consigam empregos formais, usufruindo dos direitos trabalhistas e da segurança social (oferta de creches para o cuidado de crianças e facilitando o acesso à educação).

107. Articular a atuação do Ministério da Educação, Ministério das Mulheres, Ministério da Igualdade Racial e do Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania para a erradicação do analfabetismo, ainda na infância, quando a intervenção se torna ainda mais eficaz para evitar a evasão escolar, redução do analfabetismo funcional e do analfabetismo digital.

108. Aprovar leis enfrentamento a todas as formas de discriminação e violência obstétrica e neonatal, violência ginecológica, violência sexual, com a qualificação do 180 e da ouvidoria do SUS para receber denúncias, contemplando amparo e apoio psicossocial, com educação e campanhas de divulgação e identificação da satisfação da usuária, inclusive populações historicamente vulnerabilizadas, como as populações negra, trabalhadoras, indígena, cigana, refugiada, populações de matriz africana, quilombola, populações do campo, da floresta e das águas, pescadoras, pessoas com questões de saúde mental, populações de rua, privadas de liberdade, comunidade LGBTQIA+, mulheres, pessoas com deficiência, pessoas da região amazônica, em situação de violência e demais grupos vulnerabilizados, e implementar ações de vigilância,

109. Criar um gabinete intersetorial em cada ente federativo, para gerenciar questões afeitas ao cuidado integral centrado na pessoa idosa residente em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com a participação de pessoas gestoras do poder público, conselhos de direitos da pessoa idosa, Responsáveis Técnicos, familiares e residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

110. Criar um banco de dados único acerca das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) brasileiras, independentemente da natureza jurídica (pública, privada com e sem fins lucrativos) e do financiamento, contemplando a população assistida (características sociodemográficas – raça/cor, gênero - e as condições de saúde de cada residente), com previsão de atualização sistematizada anual.

111. Ampliar o compromisso dos entes da federação e dos hospitais habilitados em oncologia com a observância e a implementação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT's) e de Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDTs), aprovados pelo Ministério da Saúde.

112. Defender o engajamento dos órgãos governamentais, comunidade cientifica e organizações de pessoas usuárias em seminários e a promoção de discussões para sanar as barreiras e agilizar os fluxos regulatórios da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), bem como a atualização e integração do Registro Brasileiro de Estudos Clínicos (REBEC) à Plataforma Brasil, no intuito de melhorar a busca por estudos clínicos, pois assim que um estudo clinico for aprovado, será automaticamente inserido na nova plataforma, melhorando o acesso das pessoas interessadas.

113. Criar e ampliar centros de infusão 100% SUS.

114. Ampliar a oferta de serviços de homeopatia, nos diversos níveis de atenção do SUS, de forma articulada com as demais políticas públicas, garantindo condições essenciais à boa prática da homeopatia, considerando suas peculiaridades técnicas, buscando o apoio, participação e corresponsabilidade com as demais especialidades no SUS.

115. Estimular a inserção da homeopatia na Atenção Básica, nas Equipes Multiprofissionais Ampliada, Complementar e Estratégica (eMulti) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF's), visando o matriciamento da homeopatia no SUS e a capacitação de equipes multidisciplinares de acordo com as respectivas atribuições na assistência homeopática.

116. Atualizar as políticas de combate ao tráfico de drogas, propondo a descriminalização da pessoa usuária como meio de se construir uma sociedade mais justa e inclusiva, com acesso aos cuidados de saúde independente da condição social ou econômica, garantida a política de cotas em todas as fases e espaços, da produção ao comércio da maconha terapêutica e do cânhamo.

117. Combater a descriminalização das pessoas usuárias e pacientes de maconha, com investimentos em propagandas para orientação sobre os efeitos colaterais do uso adulto, semelhante às campanhas publicitárias sobre o uso adulto do álcool e do tabaco.

118. Criar programa de cultivo controlado da cannabis por meio de procedimentos administrativos, incluindo-se o cadastramento de pacientes e, também, de profissionais de saúde habilitados à prescrição, fins de concessão de autorização de cultivo doméstico e familiar pelo Ministério da Saúde ou órgão designado a tal função, considerando-se o cultivo por pequenos grupos, como clubes e associações, com cumprimento das necessárias boas práticas de produção e extração e com distribuição interna, restrita aos associados, dispensada a certificação das sementes para o cultivo artesanal.

119. Discutir a descriminalização das drogas, considerando os avanços dos estudos e pesquisas do uso terapêutico da cannabis e seus derivados em diferentes patologias, conforme publicação da FIOCRUZ na sua Nota Técnica de 19/04/2023.

120. Articular as Instituições de Ensino Superior (IES) com os centros de ensino e pesquisa estrangeiros - internacionalização das relações entre os cursos da área da saúde brasileiros com diferentes centros estrangeiros visando a melhoria da qualidade do ensino-aprendizagem de acordo com a tríade conhecimento-habilidade-competência.

121. Articular e estabelecer parcerias com universidades e instituições públicas de saúde, com o objetivo de formar/capacitar cidadãos com senso crítico, na compreensão do SUS e outras políticas públicas.

122. Garantia da execução de iniciativas de educação permanente para profissionais de toda a rede de saúde em nível nacional, estadual e municipal com foco na saúde quilombola, garantindo uma agenda contínua de formações objetivando o respeito às tradições ancestrais de cuidado à saúde da medicina quilombola, combate ao racismo institucional na saúde, obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor e do preenchimento do item de identidade quilombola em todos os documentos oficiais de cadastramento da saúde.

123. Investir na educação permanente para a população e profissionais de saúde, implementando processos educativos e políticas públicas de promoção e prevenção à saúde com equidade, à pessoa idosa, pessoas com deficiência, população negra, pessoas com doenças raras, comunidade LGBTQIA+, povos tradicionais, pessoas em situação de violência e saúde mental, população vulnerabilizada, garantindo atenção integral de todos estes grupos populacionais, bem como a criação e organização de uma política integral específica à saúde do homem e a realização de cursos na língua brasileira de sinais (libras) e braille, com vistas a facilitar o acesso, garantir equidade no cuidado e o fortalecimento do SUS.

124. Incluir, de forma pública e gratuita, a educação permanente, o curso de auxiliar em saúde bucal/técnico em saúde bucal/técnico em prótese dentária, através de convênios: escola técnica de saúde pública nos estados e municípios ofertadas pelas universidades públicas estaduais e federais e institutos federais, sendo oportunizado para as pessoas com curso de auxiliar complementar para técnico.

125. Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção para o reconhecimento de distúrbios do sono, em virtude de estarem associados ao conjunto das condições crônicas não transmissíveis, de forma a melhorar a prevenção, o diagnóstico, superar os estigmas, garantir o acesso ao tratamento e elaboração de uma linha de cuidados dos distúrbios do sono.

126. Ampliar o financiamento federal e estadual para garantir a continuidade e manutenção dos serviços de assistência estudantil, incorporando um modelo de financiamento baseado em linhas de cuidado que supere a lógica de pagamento por procedimento e garantindo a continuidade das cirurgias eletivas enquanto programa permanente e estruturado no Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES).

127. Incorporar na Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) o modelo de cuidado integral em saúde, objetivando a ampliação do acesso com qualidade e em tempo oportuno, incluindo estratégias de planejamento e financiamento regionalizados, articulado com o Planejamento Regional Integrado (PRI), a Programação Geral de Ações e Serviços (PGAS) e incorporando a lógica da funcionalidade como indicador de qualidade do cuidado em saúde, e qualificando o apoio institucional às regiões de saúde como estratégia para gestão e organização dos serviços.

128. Promover educação permanente de profissionais da atenção básica em saúde acerca da imunização, em especial, ao agente comunitário de saúde, como profissional mais próximo do território.

129. Criar comissão entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) visando a formulação de diretrizes e normas para articular o ensino à rede de atenção primária do SUS, com participação da comunidade como requisito importante para a formação do estudante de graduação de medicina, interagindo com estudantes de diferentes cursos da área da saúde.

130. Destinar investimentos para interiorização dos cursos relacionados à área da saúde em universidades públicas, para facilitar o acesso à população, com a estruturação de política de interiorização da formação em saúde (graduação e residências em saúde), garantindo incentivos para a permanência de pessoas estudantes e trabalhadoras em municípios de maior vulnerabilidade.

131. Fortalecer a relação do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, de forma que toda a rede de ensino pública, que oferta cursos na área de saúde, participe de programas do SUS de forma a produzir novos campos para estágio, novas práticas de saúde, pesquisas científicas que culminem na melhoria de condições de saúde, fortalecendo o SUS e a formação de profissionais.

132. Proceder, junto ao Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino da área de saúde, além de estados e municípios, com investigação acerca das morbimortalidades devidas a intoxicações pelo uso incorreto de medicamentos, durante o período compreendido entre 2018 a 2023 e que possam ser ouvidos

sobre esses fatos, além dos institutos médicos legais (IMLs), prontos socorros, unidades de pronto atendimento (UPAs) etc., e os familiares.

133. Criar uma política de capacitação em vacinação para todas as pessoas trabalhadoras da saúde.

134. Capacitar profissionais de saúde para identificar precocemente os casos de hanseníase e disponibilizar testes acessíveis, com busca ativa de casos em regiões com maior incidência, também desempenha um papel relevante no combate à doença.

135. Elaborar e implantar uma política nacional de suporte laboratorial no Sistema Único de Saúde (SUS), consolidada, contribuindo com a reestruturação do Complexo Industrial da Saúde, integrada às políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde, vigilância em saúde e assistência farmacêutica.

136. Incentivar pesquisa para universidades/faculdades na produção de medicamentos e tecnologias que possam ser inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo amplo acesso populacional.

137. Fortalecer a atuação e a autonomia técnica e financeira do Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) e das agências reguladoras, garantindo sua independência e celeridade nos processos decisórios, notadamente aqueles que envolvem tecnologias inovadoras.

138. Destinar recursos específicos aos entes federados, visando a construção e fortalecimento das redes de enfrentamento à violência contra as populações estigmatizadas - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexos, Assexual (LGBTQIA+), indígena, quilombola, povos tradicionais de terreiros, imigrantes, população em situação de rua, população de ocupação urbana, pessoas com deficiência e outras - reconhecidas como sujeitos de direito do SUS, com garantia da integralidade do atendimento à saúde, educação permanente de profissionais e popular, serviços por linha de cuidado e que as ações sejam construídas em diálogo constante com a comunidade, movimentos sociais e lideranças dos territórios, fortalecendo as campanhas de promoção à saúde, prevenção e assistência sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/AIDS, varíola, monkeypox e outros, com reestruturação, e incentivar a atuação das redes de assistência às pessoas em situação de violência, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Justiça e Ministério de Direitos Humanos.

139. Disseminar os direitos da população em situação de rua em todas as unidades de saúde do país a partir de cartazes informativos, mídias sociais, cartilhas e outros recursos de comunicação virtual e presencial.

140. Criar financiamentos destinados à Ouvidoria do SUS, para manutenção e capacitação dos serviços de ouvidoria, assegurando mobiliário, equipamentos e incorporação de inovações tecnológicas, a fim de oferecer informações com maior visibilidade, agilidade e capilaridade, além de ferramentas que possibilitem maior acesso às informações por todos os cidadãos, incluindo os invisibilizados.

141. Criar oficinas de libras para profissionais de saúde e capacitação permanente para a comunicação em braille, entendendo a acessibilidade como forma de prevenir doenças e evitar o agravamento dos quadros clínicos.

142. Estruturar, formular e implementar uma política nacional de comunicação pública do sistema único de saúde, ancorada na legislação, princípios e diretrizes do SUS, abarcando a universalidade e a equidade; que utilize estratégias variadas e adequadas aos diferentes interlocutores e territórios; que priorize modelos dialógicos passíveis de tornar todas pessoas cidadãs protagonistas da comunicação, para inclusão no Plano Nacional de Saúde, e que esta possa se consolidar enquanto política de Estado.

143. Criar câmara técnica de comunicação, no âmbito do Ministério da Saúde, composto por profissionais da comunicação do SUS e membros do Conselho Nacional de Saúde, para tratar da elaboração da política de comunicação pública, que perpassa criar agência de notícias, para o SUS e de assuntos relacionados à comunicação e saúde, bem como planejamento geral e setoriais do ministério, além da avaliação permanente das campanhas, ações, serviços e produtos, incluindo licitações

e formas de contratação de empresas do setor de comunicação para prestação de serviços, além de criar mecanismos de institucionalização, articulação, comunicação e educação para fortalecer a participação da população nas definições da organização da rede de atenção à saúde no território.

144. Aumentar as estratégias de informação, sensibilização e suporte relacionadas à obesidade, à saúde mental e distúrbios do sono por meio da identificação dos aspectos que necessitam de melhorias e que facilitem a busca por prevenção e tratamento, prevenir o desenvolvimento e o agravamento destas condições; considerar que a obesidade, saúde mental e os distúrbios do sono são condições coletivas e não individuais, muito complexas e fatores de risco para outras condições de saúde.

145. Qualificar profissionais de saúde no atendimento inclusivo às pessoas com deficiência (libras, libras tátil, tadoma, braille e outras formas de linguagem nos serviços de saúde), garantindo a educação permanente, ampliando a divulgação de todas as ações da saúde por todos os meios de comunicação, como rádio e televisão com audiodescrição, legendas, janela de libras para pessoas com deficiência, nas três esferas do governo.

146. Formular guias práticos, em formato para consultas diárias, com orientações técnicas e apoio da sociedade civil organizada que possua comprovada capacidade técnica, voltado para profissionais de saúde como forma de apoiá-los no dia-a-dia de suas atividades.

147. Assegurar medidas fiscais para estimular a alimentação saudável e tributar alimentos ultraprocessados, como as bebidas adoçadas com açúcar, aprimoramento e fiscalização da rotulagem frontal e da publicidade destes, como um componente importante de prevenção de obesidade.

148. Combater a fome e a desnutrição em todos os ciclos de vida, com atenção especial à infância e pessoa idosa, enfrentando de forma resoluta a volta do Brasil ao mapa da fome, com o fortalecimento da agricultura familiar camponesa, urbana e periurbana, com políticas de crédito, juros baixos, acesso a mercados justos, assistência técnica agroecológica e a valorização de todos os membros da unidade familiar, potencializando a geração de renda, a segurança alimentar e nutricional e a promoção da saúde; investir na produção de alimento adequado e saudável; garantir a distribuição da produção de pequenos agricultores ao Estado; fornecer alimentação gratuita e adequada para estudantes das instituições de ensino, bem como garantir a pessoas trabalhadoras terceirizadas auxílio-alimentação; distribuir alimentos com comprovado valor nutricional, superando a hegemonia dos alimentos industrializados; e incentivar doação de leite materno como política central para enfrentar a desnutrição infantil.

149. Garantir os direitos das pessoas que vivem com obesidade para que não sofram desrespeito, negligência, discriminação ou violência, utilizando estratégias para prevenção da obesidade como forma de conscientização das pessoas.

150. Criar programas de suplementação alimentar e nutricional para pessoas em situação de vulnerabilidade à fome, nas regiões remotas do nosso país.

151. Garantir acesso à terra para produção de alimento saudável, sem agrotóxicos e outros contaminantes, superando a exposição de pessoas trabalhadoras a essas e outras substâncias, e promover estratégias para proteção do meio ambiente, manejo sustentável de recursos naturais, priorizando proteção e mitigação de danos às populações vulnerabilizadas.

152. Ampliar o financiamento para fortalecer e garantir a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com revisão dos critérios de implantação dos serviços de saúde mental; reajuste do financiamento federal de incentivo e custeio dos serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS i, CAPS III), Unidade de Acolhimento (UA), serviço residencial terapêutico, equipe de consultório na rua, Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, os quais não são reajustados desde 2011.

153. Revisar as portarias ministeriais e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e garantir atenção psicossocial, bem como a Política Nacional de Saúde

Mental (PNSM), fortalecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF), com equipes multidisciplinares, integrada na RAPS ampliando o financiamento tripartite para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi), oficinas de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento, e equipe de redução de danos na abordagem de rua (dia e noite); abrangendo acessibilidade, saúde mental, neurodiversidade, deficiência e especificidades nos municípios, com o uso de critérios populacionais, visando a garantia de habilitação dos serviços de saúde mental no território dos municípios de pequeno e médio porte, considerando os critérios epidemiológicos para sua implantação.

154. Incorporar nas políticas de saúde mental as diretrizes específicas para a atenção à pessoa idosa, tendo em vista o processo de transição demográfica e epidemiológica e o aumento das demandas relacionadas aos problemas e agravos que afetam a saúde mental, tais como depressão, ansiedade, declínios cognitivos, demências, consumo prejudicial de álcool e outras drogas, violências, entre outras, de forma que estes temas sejam abordados em todos os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), especialmente nos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

155. Fortalecer e elaborar estratégias que facilitem e ampliem a construção de serviços em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em municípios com menos de 20 mil habitantes (municipal ou microrregional), com repasse financeiro para manter tal serviço.

156. Fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as equipes multiprofissionais da rede, com profissionais que realizem Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e as equipes dos Consultórios na Rua, oportunizando a capacitação permanente das pessoas trabalhadoras para acolher mulheres em situações de violência, com ênfase no acolhimento e saúde mental.

157. Ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inclusão de melhorias nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criação de mais centros de convivência de economia solidária, espaços públicos de acolhimento psicossocial, educacional e artístico-cultural em liberdade a quem está sozinho, implementação de atenção às pessoas cuidadoras/conviventes de pessoas com sofrimento psíquico, psicólogos suficientes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), implemento de terapeutas ocupacionais, regulamentação da redução de danos, busca de parcerias com setores da população para a assistência a pessoas desempregadas e sem qualificação profissional.

158. Implementar programas de saúde mental, aumentando a assistência e qualidade em saúde dessa crescente demanda, viabilizando a reestruturação e implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad), maior número de leitos para internação psiquiátrica em hospital geral, protocolos de fluxo de encaminhamento, diminuir o número de habitantes necessários para implantação, ampliar o recurso federal independente do porte do município, equipe multiprofissional com a presença de um médico psiquiatra para o acompanhamento da pessoa usuária da RAPS.

159. Integrar a Política Nacional de Saúde Mental à Política Nacional Sobre Drogas (lícitas e ilícitas), visando reduzir danos e alcançar a justa reparação histórica da população discriminada, encarcerada, dependente de diversas substâncias químicas, além de outras pessoas usuárias dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), promovendo a inserção da cannabis terapêutica como estratégia de cuidado, buscando a autonomia dos principais atores envolvidos e sob a ótica antimanicomial.

160. Garantir a redução de riscos e danos enquanto diretriz essencial para o cuidado das pessoas usuárias de drogas e na prevenção, atenção e cuidado, enquadrando no trabalho de agentes comunitários redutores de danos sem perda da baixa exigência, e com fomento à formação de novas profissionais.

161. Extinguir o financiamento do SUS às comunidades terapêuticas e religiosas, garantir a desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental em conflito com a lei através do fechamento dos hospitais de custódia e fortalecimento do acompanhamento em serviços substitutivos.

162. Construir políticas públicas de ciência, tecnologia e inovação em saúde socialmente referenciadas, democráticas e populares para a transformação da vida da população

e para o fortalecimento do SUS, para superar a dependência tecnológica e econômica, e fomentar políticas para o desenvolvimento da base produtiva pública, combatendo a superexploração do trabalho; investir em tecnologias sociais para o desenvolvimento nacional orientado à tecnociência solidária, com destaque ao princípio da economia solidária, como estratégia de fortalecimento do eixo central do Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS); priorizar os arranjos produtivos locais, considerando aspectos ambientais, sociais e do trabalho, em especial nos territórios vulnerabilizados; fomentar projetos de pesquisa e de educação em saúde para e com esses segmentos sociais; e incluir espaços e processos de avaliação com controle social e popular do marketing social implementado pelos principais grupos econômicos que atuam na saúde no Brasil.

163. Contribuir para reconstrução e fomento ao Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS), para o desenvolvimento, transferência e internalização de tecnologias de interesse do SUS e da nação brasileira.

164. Garantir a ampliação do financiamento e orçamento para os serviços públicos, contemplando o investimento em ciência, tecnologia, pesquisa e inovação em saúde, de interesse ao SUS, (a exemplo do Complexo Econômico Industrial da Saúde - CEIS e outros), com a revogação da Emenda Constitucional 95/2016, priorizando a vida e em respeito à sociedade, fortalecendo a assistência farmacêutica com a presença e atuação do profissional farmacêutico em todos os níveis de atenção, com normativa legal baseada em necessidades sociais no Sistema Único de Saúde (SUS), com a garantia do repasses de transferências referentes aos serviços farmacêuticos na Atenção Básica em Saúde (AB), considerando a produção farmacêutica (clínica e serviços).

165. Garantir a autossuficiência nacional de produção e acesso público a insumos e produtos em saúde necessários para a população brasileira e o enfrentamento das desigualdades através de ações como: estruturar o SUS como um dos agentes do projeto de desenvolvimento nacional, a partir do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS); superar a falsa dicotomia entre saúde e economia, como estratégia para possibilitar o desenvolvimento de mais políticas públicas e o enfrentamento dos determinantes econômicos, históricos e sociais do processo de adoecer e de produzir

saúde; priorizar o fortalecimento da capacidade produtiva dos laboratórios públicos estatais e o desenvolvimento institucional e tecnológico das universidades e instituições públicas de ciência, tecnologia e inovação; ocorrer a transferência e internalização de tecnologias de interesse do SUS e da nação brasileira, e romper com a visão restrita entre saúde e desenvolvimento, para além da oferta de capital humano.

166. Realizar estudos de viabilidade técnica e econômica, considerando as plataformas produtivas/tecnológicas existentes e a capacidade já instalada (área e equipe), através do mapeamento e monitorando, continuamente, fatores críticos dos projetos do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), a fim de subsidiar o planejamento estratégico e a tomada de decisões para cada etapa de desenvolvimento.

167. Reformular o arcabouço legal do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) com regras explícitas e estáveis que garantam a segurança jurídica e a previsibilidade necessárias a investimentos de longo prazo e retornos sustentáveis, e reduzir a burocracia para efetivação das parcerias e obras necessárias para o desenvolvimento produtivo.

168. Revisar a lista de produtos e serviços estratégicos para o SUS, a partir das prioridades de saúde da população e da avaliação do monitoramento das tecnologias e serviços, além do horizonte tecnológico, com definição de cronologia das prioridades e revê-las de forma periódica para evitar o investimento em tecnologias que já não são mais prioritárias e adequadas, e a disponibilidade de Portal da Transparência do Ministério da Saúde de forma a dar clareza, oportunidade e equidade quanto ao estabelecimento e participação dos eventuais interessados nas Parcerias Público-Privadas (PPPs) e nas Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDPs) a serem implementadas em curto, médio e longo prazos.

169. Implementar política para medicamentos de alto custo que inclua: previsão de tratamento oftalmológico, com uso de parâmetros epidemiológicos, cálculos de custo-benefício e de eficácia, que meçam o impacto na vida do paciente e melhoria na qualidade de vida; fortalecer uma política para terapias avançadas, com destaque para a terapia gênica; incentivar a pesquisa inovadora na oftalmologia. O Ministério da Saúde deverá promover, na área da saúde ocular, o incentivo às

pesquisas inovadoras, à aceleração da aprovação dos ensaios clínicos e lançamento anual de editais de pesquisa inovadora na área.

170. Aprimorar o papel regulatório do Estado para qualificar rede de laboratórios públicos e outros laboratórios de órgãos e autarquias públicas para análise de resíduo de agrotóxicos na água, em alimentos, no solo, no ar e monitoramento de saúde de populações expostas; reduzir os limites máximos de resíduos permitidos na água e nos alimentos; ampliação e qualificação do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA), incluindo produtos processados e ultraprocessados; criar grupo interministerial, com participação social, para revisar e propor novos marcos mais protetivos para a saúde e o ambiente.

171. Garantir a segurança alimentar e a vigilância da população exposta aos agentes causadores de intoxicação e/ou envenenamento, com foco no uso de equipamentos de proteção individual viáveis para a realidade socioeconômica regional; financiar estudos epidemiológicos sobre impacto dos agrotóxicos por órgãos não vinculados à agroindústria; e proibir as práticas nocivas de pulverização aérea ao passo que haja fomento público para a cadeia produtiva de biofertilizantes.

172. Reivindicar a federalização da Lei Zé Maria de Tomé (Lei nº 16.820/19 do Estado do Ceará), que proíbe a pulverização aérea de agrotóxicos, e aprovação imediata do PL nº 6670/2016, que institui a Política Nacional de Redução de Agrotóxicos (PNARA).

173. Ampliar a Vigilância em Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos (VSPEA): indução financeira para todos os municípios, mecanismos para notificação cidadã de intoxicação exógena; integrar ações de vigilância popular, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador com a Atenção Básica em Saúde; ações Intersetoriais entre os ministérios para promoção da saúde e redução das desigualdades, combate à fome e injustiça social; incorporar os indicadores de contaminação na construção de metodologias territoriais, participativas no monitoramento da vigilância popular em Saúde.

174. Defender o Brasil livre dos Organismos Geneticamente Modificados (OGMs), pois são responsáveis pela perda da biodiversidade, manutenção do monopólio dos latifúndios, e a contaminação ambiental pelos agrotóxicos, contrariando nosso desejo de um Brasil soberano, sustentável e agroecológico.

175. Promover a organização da rede, tendo a atenção básica em saúde como coordenadora e ordenadora da rede com o modelo da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a política de saúde mental e a concepção da humanização no acolhimento e cuidado às mulheres sem discriminação de gênero, raça, orientação sexual, das mulheres com deficiência, em situação de privação de liberdade ou vivendo com IST/HIV/Aids, e, tendo como prioridade as pessoas em situação de vulnerabilidades diversas, garantindo parâmetros diferenciados de financiamento para a região amazônica.

176. Fortalecer a intersetorialidade, entre saúde e educação, especialmente no pós-pandemia, assegurando acesso ao serviço de apoio pedagógico, independente de laudo médico, com ações estratégicas prioritárias, de acordo com as necessidades do território, respeito às dimensões dos direitos humanos, da saúde mental (reforma psiquiátrica e luta antimanicomial), da cultura de paz, da transferência de tecnologia e da educação sexual, da saúde da mulher e de todo o respeito às diversidades e especificidades do ser humano, com garantia a conscientização e livre de preconceitos nas escolas.

177. Defender que o Ministério da Saúde garanta a promoção e articulação, de forma intersetorial, de políticas sociais que atendam às demandas das populações, respeitando suas origens, culturas e necessidades de acesso aos serviços públicos, enquanto dignidade humana para qualidade de vida.

178. Estabelecer processos para que os princípios éticos que regem os cuidados de saúde sejam respeitados em todos os níveis de assistência e em todos os serviços de saúde do país, públicos e privados.

179. Fomentar e apoiar as cooperativas e associações em todas as cidades brasileiras ou regiões (consórcios), com fins de acesso imediato à cannabis, especialmente às pessoas com patologias graves, promovendo-se o cultivo e a produção através da agricultura familiar, pelos pacientes e seus familiares.

180. Fomentar o fornecimento de água, esgoto e energia elétrica a comunidades desprovidas desses serviços.

181. Fomentar políticas de economia de baixo carbono e de destinação adequada de resíduos sólidos não biodegradáveis e resíduos orgânicos como uma das formas de combate à crise climática.

EIXO 2: O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PARA SALVAR VIDAS

DIRETRIZES

1. Construir articulação e mobilização intersetorial e multidisciplinar entre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os Conselhos Estaduais de Saúde (CES), visando a integração, ensino, serviços e comunidades para monitoramento e interlocução das políticas públicas de saúde.

2. Instituir política pública nacional dentro do SUS para fornecimento de serviços de saúde integral para pessoas que habitam acampamentos/ocupações de luta pela reforma agrária, a partir da compreensão das particularidades dessa população e seu direito legítimo à manifestação.

3. Fomentar junto ao controle social a articulação intersetorial nas ações de alimentação e nutrição, para a efetiva garantia de direitos no Sistema Único de Saúde (SUS).

4. Instalar e implementar ouvidorias do SUS, com infraestrutura física, financeira, humana e tecnológica adequada, no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados conveniados ao SUS.

5. Fortalecer o controle social do SUS, garantindo financiamento anual adequado, expresso nos instrumentos de gestão e apoio técnico, visando autonomia e gerenciamento das ações nas três esferas de governo.

6. Fortalecer o controle social do SUS, garantindo educação permanente, educação continuada e educação popular em saúde, com designação orçamentária nas três esferas de governo.

7. Fortalecer o controle social nas pautas coletivas através de fóruns, redes, movimentos sociais, povos, populações e comunidades tradicionais, como forma de monitorar e garantir o acesso à saúde digna e plural, ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), e à qualidade de vida, considerando a diversidade de gênero, etnorracial e geográfica dos territórios.

8. Articular a criação do fórum nacional temático da Covid-19 por reparação, responsabilização e memória da Covid-19, visando o fortalecimento dos fóruns temáticos da COVID-19, como arranjo institucional entre movimentos sociais e representantes das secretarias municipais e estaduais de saúde, bem como dos ministérios da Saúde, da Justiça e Segurança Pública, de Direitos Humanos e Cidadania e a Secretária-Geral da Presidência da República.

9. Fomentar a representatividade da população negra nos espaços de participação e controle social, para desenvolvimento de estratégias de informação e comunicação, com garantia de recursos financeiros, capacitação, formação continuada, educação popular e educação permanente para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

10. Considerar a participação social como fundamento do SUS, especialmente referenciada no contexto da saúde digital brasileira.

11. Promover formação técnica e política com recursos financeiros e sustentáveis ao movimento sindical e social.

12. Fomentar a participação social nos processos de avaliação de tecnologias em saúde.

13. Implementar efetivamente políticas em parceria com movimentos sociais que apoiam pessoas em situação de vulnerabilidade.

14. Promover o debate e a participação social com foco nas propostas da homeopatia para o SUS, através da educação popular em saúde.

15. Garantir a participação dos diferentes atores envolvidos na construção do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS), de modo a assegurar respeito aos princípios democráticos que regem o SUS.

16. Garantir a pessoa usuária no centro do cuidado em saúde e na formulação de políticas públicas em saúde, de forma ampla e especializada, através do controle social e dos espaços de participação social e popular.

17. Fortalecer o Controle Social como instância fiscalizadora e deliberativa de políticas públicas e serviços básicos na área social e do Sistema Único de Saúde (SUS) visando a reconstrução nacional com democracia, participação popular e social e transparência em todos os atos de gestão nas três esferas de governo.

18. Fortalecer a luta antimanicomial e garantir condições objetivas e psicossociais de participação ativa das pessoas usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Controle Social e na Gestão Autônoma de Medicação (GAM), bem como nas políticas de assistência social de saúde e educação, de forma a fortalecer as especificações regionais adquirindo benefícios e qualidade de vida e de saúde física e mental.

19. Fortalecer o Papel do Controle Social e dos movimentos sociais para salvar vidas, na defesa dos princípios constitucionais do SUS e construir estratégias para efetividade dos resultados e das resoluções das Conferências de Saúde.

20. Garantir o protagonismo do Controle Social na construção, acompanhamento, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas voltadas à pessoa idosa e à proteção de seus direitos.

21. Construir alternativas políticas e institucionais para a desprivatização do Sistema de Saúde brasileiro a partir da resistência do Controle Social e dos movimentos sociais.

22. Ampliar e fortalecer as estratégias de controle social da saúde, por parte das comunidades pesqueiras, de modo a democratizar o acesso aos serviços de saúde nos territórios e o diálogo com o Estado.

23. Implantar estratégias para restruturação de informação da Atenção Especializada, incluindo a integração e alinhamento de sistemas de informação, a fim de subsidiar o monitoramento, a avaliação e a tomada de decisão para o fortalecimento do Controle Social.

24. Fortalecer a Política Nacional de Imunização, com atuação qualificada do Controle Social em articulação com redes de apoio intersetoriais.

25. Estimular a participação e representatividade de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas nos conselhos consultivos e deliberativos de participação popular e Controle Social do SUS, favorecendo a elaboração de políticas públicas de saúde para as populações referidas.

26. Fortalecer a organização popular e a expansão da base social do SUS, articulando a luta pela saúde com as demais lutas de corte classista, antirracista, antipatriarcal, antilgbtfóbica, anticapacitista, dentre outras, fomentando a formulação e condução das políticas públicas, por meio de Conselhos, Conferências, Orçamentos Participativos e Gestão democrática.

27. Fortalecer e valorizar o Controle Social e os movimentos sociais em defesa do SUS de qualidade, ampliando e aperfeiçoando as ações dos Conselhos de Saúde no âmbito da fiscalização para garantir transparência, moralidade na gestão pública e melhorar a comunicação entre os entes federados, com vistas a construção de políticas públicas para salvar vidas.

28. Fortalecer o Estado Democrático de Direito e suas instituições, a Democracia Participativa, Participação Social, Popular e o Controle Social em todo território nacional, em busca da garantia de políticas públicas de saúde tomando as decisões governamentais mais próximas da sociedade e livre do aparelhamento político partidário e de gestão.

29. Defender o Sistema Único de Saúde como política pública de Estado e patrimônio do povo brasileiro, e os direitos constitucionais, fortalecendo a democracia, o Controle Social na gestão do SUS e os Conselhos de Saúde.

30. Fortalecer o Controle e a Participação Social no âmbito do SUS com efetiva participação dos Conselhos de Saúde nas esferas de governos, para garantir políticas públicas para pessoas trabalhadoras da saúde e as relações de trabalho, seja formal ou informal, com a garantia de direitos e da democracia.

31. Construir Comitês Populares em defesa da vida, da democracia e do SUS, fortalecer o Controle Social no processo de construção de políticas públicas, estimulando instâncias intersetoriais da saúde, educação, segurança, cultura para e combate à violência.

32. Fortalecer o Controle Social do SUS com estratégias de formação de pessoas conselheiras por meio de Educação Permanente, Educação Popular e Educação Continuada.

33. Fortalecer as instâncias de Controle Social e manter os protagonismos dos movimentos sociais e dos Conselhos de Saúde, intensificando os canais de comunicação com as pessoas usuárias e a sociedade civil, ofertando transparência das ações, efetivação dos resultados e resoluções das conferências, responsabilizando os gestores nas três esferas de governo, alinhando com os anseios e necessidades dos territórios.

34. Fortalecer o Controle Social e os movimentos sociais, mantendo os protagonismos dos diversos atores do Controle Social do SUS com estratégias de formação por meio de Educação Permanente, Educação Popular e Educação Continuada.

35. Fortalecer as ações de controle social e de participação comunitária, de modo a garantir que as vozes e as realidades das pessoas afetadas pela tuberculose e das pessoas vivendo com HIV/Aids, e seus entornos, influenciem nos centros de decisão para desenvolver e executar políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde destas populações.

36. Fortalecer a participação da comunidade no Controle Social na gestão do SUS, aperfeiçoando os Conselhos de Saúde, ampliando os canais de interação com a pessoa usuária e entidades da sociedade civil, garantindo a transparência e a moralidade na gestão pública, melhorando a comunicação entre os entes federativos, promovendo a articulação intersetorial nas redes de conselhos para educação permanente, usando a universalidade de acesso, estimulando a participação nos fóruns de discussão estabelecidos nas leis 8080 e 8142 de 1990, através dos conselhos e das conferências de saúde.

37. Fortalecer a gestão pública, por meio da gestão compartilhada nas regiões de saúde, aprimorando o modelo de gestão participativa, do planeamento estratégico e dos instrumentos de gestão, garantindo e fortalecendo as instâncias de controle social.

38. Garantia da participação e da representação da população com deficiência na construção e efetivação de políticas públicas de saúde como preconizado na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (13146/2015): “Nada sobre nós, sem nós!”.

39. Fortalecer e garantir os espaços de participação social para pacientes oncológicos, possibilitando que as suas experiências sejam consideradas como fatores relevantes para a tomada de decisão sobre políticas públicas em saúde, estando estes no centro do cuidado e na formulação de políticas em saúde.

40. Fortalecer a Vigilância em Saúde e Ambiental, com vistas a garantir o princípio da equidade previsto na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), mediante a identificação dos condicionantes e determinantes de saúde no território, considerando a diversidade e pluralidade em todas as suas formas, a fim de permitir a abrangência de populações em situação de maior vulnerabilidade nas três esferas de gestão do SUS.

41. Fortalecer o Movimento Nacional de Residências em Saúde estabelecendo ampla e íntima identificação junto ao Conselho Nacional de Saúde, tendo os Fóruns Nacionais de Coordenadores, de Tutores e Preceptores e de Residentes em Saúde como as únicas instâncias legítimas de representação e participação dessa base nas diversas

instâncias de discussão das Residências em Área Profissional da Saúde.

42. Fomentar a participação social na defesa dos direitos das pessoas vivendo com doenças negligenciadas, emergentes e reemergentes, crônicas, degenerativas e raras.

43. Garantir o fortalecimento da rede socioassistencial, a partir da integração entre os Sistemas SUS e SUAS, de forma integral, intersetorial, em articulação com os movimentos sociais, por meio de políticas sociais e econômicas, com infraestrutura assistencial em 100% de acesso e cobertura da APS, assistência social básica, gestão pública direta, humanização do cuidado, acolhimento e escuta qualificada.

44. Fomentar a identificação de pessoas com demência e o diagnóstico precoce realizado dentro de uma linha de cuidado integral e hierarquizado, aumentando a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado de forma equânime pelo SUS.

45. Fortalecer lideranças sociais e comunitárias no combate à hanseníase, mobilizando, engajando e empoderando pessoas afetadas em espaços estratégicos e prioritários para combate ao estigma e à discriminação.

46. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada à Rede de Atenção à Saúde e como componente de cuidado na Atenção Primária à Saúde através da Estratégia de Saúde da Família.

47. Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica como uma política pública oriunda do Controle Social do SUS e norteadora de políticas setoriais a favor das vidas.

48. Fortalecer a democracia, a autonomia no cuidado, a soberania territorial e a garantia da participação social da população quilombola nas decisões em saúde a nível municipal, estadual e nacional no Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS).

49. Criar a Política Nacional de Uso Terapêutico de Cannabis Sativa.

50. Resgatar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), reinstalando a equipe técnica da Coordenação Geral de apoio à Educação Popular em Saúde (EPS) no Ministério da Saúde, assim como o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde com composição atualizada e ampliada, a fim de garantir a participação da diversidade de movimentos e instituições que desenvolvem a práxis da educação popular no país.

51. Financiar e promover campanha educativa permanente dirigida a pessoas gestoras, trabalhadoras e usuárias do SUS, de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ em conformidade com a legislação vigente.

52. (Re)conhecer as manifestações da cultura popular dos povos tradicionais de matriz africana como ações de promoção de saúde e prevenção de doenças às culturas que foram preservadas e continuamente reconstruídas, combatendo o racismo, a violação de direitos, a discriminação religiosa, dentre outras.

53. (Re)conhecer os saberes, práticas e características étnicas e culturais dos territórios, as desigualdades socioeconômicas e as relações sociais discriminatórias e excludentes que permeiam a sociedade, com aprimoramento e fortalecimento das políticas de promoção de equidade em saúde.

54. Fortalecer o Controle Social, por meio da participação popular e social de qualidade e com oitiva qualificada, garantindo a transparência nos processos de cadastramento, com paridade e pluralidade, para o acolhimento dos movimentos sociais nos conselhos de políticas e direitos na construção de políticas públicas.

55. Fomentar a promoção e o desenvolvimento de carreira para profissionais do SUS, considerando o trabalho decente e a desprecarização de vínculos trabalhistas, por meio do fortalecimento e integração ensino-serviço-comunidade e o controle social no SUS, dialogando com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) de acordo com a Portaria GM/MS nº1.823/2012.

PROPOSTAS

1. Investir em estudos científicos voltados para a população negra, promover o letramento racial e qualificar profissionais de saúde para o preenchimento adequado do quesito raça/cor, com base nas classificações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para análises de indicadores de saúde da Atenção Básica, por meio de estratégias de educação continuada e permanente, visando sensibilizar pessoas trabalhadoras do SUS sobre as consequências negativas do racismo, principalmente na saúde mental e saúde da mulher negra, como determinante às condições de vida e saúde da população negra, quilombola e povos tradicionais de matriz africana.

2. Qualificar o acréscimo de pessoas às equipes de Atenção Básica, utilizando quantitativo populacional e critérios de adscrição complementares aos critérios territoriais, epidemiológicos e de vulnerabilização social.

3. Promover ações de participação social entre a Atenção Básica e a sua comunidade, por meio de debates, englobando também, instituições de ensino e seus respectivos grêmios estudantis, Diretório Central de Estudantes (DCE), Associação de Pós-Graduandos (APG), buscando assim melhorias locais para toda população que vive este espaço.

4. Promover e garantir a participação das lideranças das comunidades quilombolas nas instâncias de Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a: assegurar vagas para quilombolas nos Conselhos de Saúde, onde tenha comunidade quilombola e nas instâncias de governo; participar no debate e decisão acerca das dinâmicas de organização, avaliação e funcionamento dos serviços de saúde (especialmente na Atenção Básica) que atuem dentro dos territórios quilombolas e nas extensões dos pontos de apoio, unidades satélites, anexos ou unidades móveis, de modo a garantir a consulta e consentimento livre e informado de quilombolas no âmbito da execução das políticas de saúde, conforme preconiza o artigo 6° da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), de 1989; adequar os modos de realizações das reuniões contemplando as especificidades quilombolas, combatendo as barreiras de acesso, bem como garantir alimentação, transporte e hospedagem para viabilizar a participação dos quilombolas nos espaços de Controle Social do SUS, prioritariamente para a população quilombola de áreas rurais e remotas, nas esferas de governos; criar instâncias colegiadas e participativas intersetoriais de saúde quilombola para o recebimento de denúncias de racismo institucional na saúde, monitoramento, formulação, planejamento e avaliação das ações, respeitando a paridade entre os entes representativos.

5. Resgatar a ampliação da Atenção Básica (AB), com retomada das estratégias do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Saúde Mental e Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Saúde Bucal, revisando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com extinção do Previne Brasil, extinção da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e progressivamente das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e de todas as formas de precarização do trabalho em saúde no SUS, adequando a quantidade de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, de acordo com a necessidade da população e do território, e seus saberes e práticas, com abertura de postos de saúde em horários alternativos, permitindo a quem trabalha em horário comercial o acesso ao serviço de saúde, e criação de plano de carreira federal para todas pessoas profissionais do SUS, com ingresso por concurso público, respeitadas cotas de raça, etnia e condições sociais, com diretrizes e políticas unificados mas respeitando a autonomia administrativa de estados e municípios e formação de lideranças em AB no âmbito da gestão.

6. Reformular os recursos financeiros fixos destinados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) acumulado do Instituto de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - os recursos permanecem congelados desde 2011, conforme Portaria nº 3.089 -; e que esta reformulação viabilize a implementação de CAPS I em municípios com menos de 15.000 habitantes.

7. Criar espaços de combate ao racismo por meio da garantia da assistência da saúde mental na Atenção Básica (AB), com ampliação e fortalecimento dos pontos de apoio e suporte dos equipamentos sociais presentes no território (escolas, igrejas, associações, terreiros, entre outros)

8. Criar Equipes de Saúde da Família específicas para atendimento nos territórios remanescentes quilombola e dos povos tradicionais de matriz africana na Atenção

Básica (AB), dando visibilidade à demografia e aos saberes tradicionais dessas populações, a fim de promover acesso de qualidade à AB para esse seguimento

9. Regionalização de ambulatórios especializados com produtos de cannabis e dispensação excepcional de produtos de cannabis em nível federal.

10. Inserir a planta Cannabis Sativa L. na Farmacopeia Brasileira a fim de facilitar o acesso terapêutico, retirando-a da lista “E” da Portaria 344/98 e incluindo-a na lista de produtos fitoterápicos da Anvisa, bem como no programa da Farmácia-Viva do SUS.

11. Criação de uma Agência Nacional de Cannabis Terapêutica e de um grupo técnico de trabalho multidisciplinar visando à elaboração do plano de Política Nacional de Uso de Cannabis para o tratamento de enfermidades, com prazo definido para elaboração.

12. Autorizar administrativamente o cultivo científico de Cannabis Sativa L. pelas Universidades, a fim de possibilitar as pesquisas no Brasil, sejam elas pesquisas genéticas, pesquisas médicas, entre outras.

13. Autorizar a dispensação nas farmácias do SUS de óleos terapêuticos e demais formulações à base de Cannabis, preferencialmente a partir de plantas cultivadas no Brasil e produtos aqui produzidos, seja pela indústria farmacêutica, pelas associações canábicas e pelas farmácias vivas do SUS.

14. Autorizar a manipulação da planta Cannabis sativa inteira, ou em partes (ex. flores e raízes), pelas farmácias de manipulação brasileiras, com o objetivo de baratear os custos e democratizar o acesso, assim como possibilitar a profissional habilitado prescrever a dose exata para a pessoa paciente.

15. Fortalecer a mobilização popular e das pessoas trabalhadoras da saúde para participação na formulação e gestão das políticas públicas de saúde, desburocratizando e defendendo os conselhos de saúde que se encontram, em muitos casos, cooptados pelos governos estaduais e municipais, e são importantes instrumentos para a formulação de políticas e de controle social das ações dos governos.

16. Intensificar o exercício da democracia direta e do poder popular, com o incremento de formas organizativas cooperadas e locais da vida coletiva, fortalecendo a democracia participativa, apoiando as formas inovadoras de organização social derivadas de experiências comunitárias e populares, como conselhos locais, redes sociais e o associativismo, além de mobilizar as forças populares para garantir que as políticas de governo sejam consequentes para atender aos interesses da classe trabalhadora.

17. Convocar, por parte do Conselho Nacional de Saúde, no início de 2024, a 4ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.

18. Garantir o custeio de viagens às pessoas conselheiras com participação efetiva em discussão das problemáticas para conselhos estaduais ou municipais de saúde, sendo oportunizada capacitação nessa troca de experiências.

19. Fomentar política informativa do desenvolvimento das ações e trabalhos dos Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e Federal.

20. Propor ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), fazer uma nova e ampla discussão sobre o fator amazônico e o piso de saúde da Amazônia Legal, explicitando que a região norte apresenta especificidades regionais diferentes de todas as outras regiões do país que acarretam obstáculos à implementação do sistema de saúde, principalmente da atenção básica, e de média e alta complexidade.

21. Determinar que a Resolução do Conselho Nacional de Justiça 401/2021, sobre recursos de acessibilidade e inclusão das pessoas com deficiência no sistema judiciário, inclua a obrigatoriedade do uso de linguagem simples e de orientar a tomada de decisão apoiada para pessoas com deficiência intelectual e/ou psicossocial, também seja incorporada pelo Ministério da Saúde

22. Qualificar os conselhos dos direitos das mulheres, de saúde e outros sobre a política integral de saúde das mulheres e seu monitoramento ampliando a transparência do

Sistema Estadual de Regulação – SER (antigo SISREG) dos atendimentos e exames necessários à saúde das mulheres.

23. Revisar as normas do governo federal relativas no processo de redução da idade mínima de 16 anos do processo transexualizador seguindo a orientação do Conselho Federal de Medicina- CFM.

24. Organizar campanha nacional de valorização dos conselhos, com informação em redes nacionais, na busca de informar a população sobre a instituição.

25. Reformular o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) para que os conselhos de saúde possam inserir documentos como resoluções, atas/listas de presenças, moções, pareceres, instrumentos de gestão etc., e estes fiquem disponíveis ao público: a iniciativa atenderia ao princípio da transparência na administração pública.

26. Implementar uma Política de Educação Permanente e Continuada de forma tripartite, em parceria com as Instituições Públicas de Ensino para fortalecer a participação e o Controle Social do SUS que contemplem: pessoas conselheiras de saúde, movimentos sociais, sindicais e comunitários, pessoas trabalhadoras e gestoras da saúde, tornando-as multiplicadoras de conhecimento e de práticas, bem como incentivadoras à participação de membros em Conselhos.

27. Garantir a publicidade das ações do SUS, das agendas dos conselhos de saúde em todos os meios de comunicação, no intuito de incentivar o interesse da comunidade sobre a importância do controle social.

28. Construir ações de educação com foco na promoção da saúde e da democracia, desenvolvendo estratégias de diálogo e comunicação entre conselhos de saúde e a sociedade, a fim de divulgar o papel do Conselho, seu funcionamento e estimular a participação da sociedade; garantir maior corresponsabilização das equipes de saúde que atuam na porta de entrada da rede, para que incentivem a participação na construção do SUS, a partir do exercício de cidadania, e não trate a pessoa usuária apenas como “clientela”.

29. Promover e incentivar a inclusão nos calendários escolares e atividades formativas nas escolas, conscientização sobre o papel dos movimentos sociais, conselhos e conferências de saúde, esclarecendo a população sobre a importância da participação popular no controle social, incluindo divulgação nas mídias.

30. Garantir que o controle social tenha acesso à comunicação e à informação sobre a política de saúde digital (tecnologias de teleconsultoria, teleatendimento, telediagnóstico e segunda opinião formativa) de modo a exercer a participação social no SUS, qualificando mecanismos regulatórios e os processos de compartilhamento do cuidado, entre os diferentes níveis de atenção da Rede de Saúde, bem como atuar na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas na garantia de direitos.

31. Implantar uma política de comunicação para participação na saúde, criando campanhas de divulgação nos diversos meios de comunicação e informação, como nas mídias digitais, redes sociais, canais de TV, rádios comunitárias e convencionais, jornais eletrônicos e impressos e podcasts, com explicações sobre o espaço de participação social do SUS e assegurando as condições de acessibilidade para pessoas com deficiência (janela de libras, braille, audiodescrição e outros) para fortalecer o Controle Social do SUS, contando com participação dos estudantes da graduação em saúde na produção e divulgação dos materiais.

32. Ampliar espaços de debate sobre Atenção Especializada (AE) nas instâncias de participação e gestão do SUS com definição de diretrizes para fomentar e consolidar a participação e representação do Ministério da Saúde nos espaços dos territórios por meio do uso das Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (TICS), bem como implementar estratégias, ferramentas de informação e informática em todos os serviços da AE que garanta integração dos serviços, e destes com a Atenção Básica favorecendo a continuidade do cuidado (e-sus AE).

33. Integrar os sistemas de informação em saúde e inserir no conjunto mínimo de dados os campos: nome social, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, etnia, língua, escolaridade, religião, beneficiário de programas sociais, hábitos alimentares, deficiência, ocupação, atividade econômica, país de nascimento, status de migração e data de entrada no Brasil, além de envidar esforços para a

completude destes campos e criar regras que promovam a equidade em saúde e contemplem a diversidade.

34. Fortalecer e melhorar o sistema de informatização integrado da saúde, contemplando atenção básica, média e alta complexidade em todas as esferas.

35. Ampliar os canais de informações em Saúde correspondentes a seus direitos, deveres e mecanismos de acesso à saúde em âmbito municipal, regional, estadual e nacional.

36. Valorizar, nos processos de avaliação dos cursos de Medicina (a partir dos Projetos Pedagógicos dos Cursos), boas práticas por meio de ações transdisciplinares nos diferentes espaços de ensino e aprendizagem, que integram as diversas categorias profissionais envolvidas no trabalho em saúde, promovendo a intersetorialidade, a interprofissionalidade e interseccionalidade nos serviços de saúde.

37. Garantir educação permanente em saúde para os Conselhos de Saúde e divulgação de experiências e de resultados inovadores de participação social no SUS, com maior envolvimento das universidades na discussão e mobilização de seus espaços e cursos, para fortalecimento da participação social do SUS.

38. Implementar as ações da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social do CNS, desenvolvendo iniciativas de formação para integrantes do Controle Social nos três níveis de gestão para ampliar conhecimentos sobre vacinas e vacinações; incorporar de maneira sistemática a pauta da imunização na agenda das instituições, promovendo debates, deliberações e disseminação de informação; fomentar recursos financeiros destinados para custeio do controle social, visando a articulação de redes regionais, de caráter interinstitucionais e intersetoriais, de apoio à mobilização social para ações de imunização; desenvolver ações que estimule as Instituições de Ensino e Pesquisa a realizarem Projetos e Programas de Extensão voltados ao fortalecimento do Controle Social, por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação; implementar ações do Programa de Saúde na Escola, com vistas a fortalecer a inserção do tema da saúde, com ênfase na vacinação.

39. Promover debates e cursos envolvendo os diferentes segmentos: pessoas usuárias, gestoras, trabalhadoras, ativistas, pesquisadoras e as Redes de Atenção e Cuidado, atualizando constantemente saberes com as novas tecnologias e conhecimentos, bem como integrar e fortalecer as Formulações e Orientações dos Conselhos Populares aos Planejamentos de Saúde com ampliação da escuta, de modo a atender as pautas, reivindicações e especificidades locais, auxiliando na mediação de conflitos.

40. Estimular ações de Educação Permanente para o fortalecimento do Controle Social em Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador, com recursos previstos no orçamento, obrigatoriamente incluso nos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e com a garantia de participação da pessoa trabalhadora, independentemente de seu vínculo empregatício.

41. Retomar a implementação do Plano Operativo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS-SUS), com foco especial na continuidade do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em saúde (EdpopSUS), junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aos Agentes de Controle de Endemias (ACE), assim como, promover novos processos formativos, a exemplo da formação de Agentes Populares de Saúde, prioritariamente, juntos aos segmentos da juventude e da equidade, como população em situação de rua, indígenas, campo, floresta e águas, negra, quilombola, pessoas LGBTQIA+.

42. Mapear e sistematizar, nacionalmente, experiências e práticas de Educação Popular em Saúde desenvolvidas por movimentos populares, pessoas cuidadoras e educadoras, envolvendo universidades e instituições públicas comprometidas com o campo da Educação Popular em Saúde, a fim de promover o reconhecimento e a potencialização das experiências em curso.

43. Fortalecer as instâncias do Controle Social e os canais de interação com a pessoa usuária, com garantia de transparência e participação social no quesito das defesas, cuidados e fiscalização do patrimônio público, da aplicabilidade orçamentária, dos recursos humanos e materiais e políticas públicas, democratizando o acesso às informações sobre as ações e demandas realizada, a fim de promover maior protagonismo dos Conselhos de Saúde, utilizando-se de tecnologias/ferramentas

digitais, nas três esferas de governo, bem como viabilizar e evidenciar o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para Controle Social do SUS.

44. Garantia de aplicação de recurso federal no percentual mínimo para saúde, educação e assistência social, promovendo o empoderamento dos conselhos para realizar fiscalização efetiva da aplicação dos recursos e a garantia do mínimo de 50% de participação de mulheres nas gestões, nos cargos de decisão, e conselhos participativos da saúde nas esferas nacional, regional, estadual, municipal e local.

45. Fortalecer e ampliar a participação do movimento estudantil no controle social do SUS, desburocratizando a candidatura de representantes dos movimentos estudantis (Centros Acadêmicos, Diretórios Centrais dos Estudantes, coletivos independentes e executivas de cursos) nos conselhos locais, municipais, estaduais e no conselho nacional.

46. Garantir a presença de representação real da População em Situação de Rua (PopRua) em TODOS os espaços de discussão, elaboração e decisão sobre aspectos relacionados à PopRua, incluindo ainda a existência ativa de Conselhos Locais de Saúde da PopRua como condicionante para a homologação e repasse de recursos às equipes de Consultório na Rua e de Rua.

47. Fortalecer a gestão democrática do SUS, implantando Conselhos Deliberativos paritários em todas as unidades de saúde, nas três esferas de governo, em processos de planejamento e sua execução, assegurando mecanismos de transparência da utilização de recursos orçamentários.

48. Rediscutir e reinstalar Conselhos Gestores na Unidades Assistenciais de Saúde, com participação das pessoas gestoras, usuárias e representantes da força de trabalho da própria unidade; revestindo a Comissão de poderes de acesso amplo às informações, garantindo a transparência das decisões da administração pública, bem como ampliar a capacidade de interlocução entre a administração, a população usuária e os trabalhadora locais, para que estes últimos possam dar seu aval ou decidam por não avalizar as políticas administrativas implementadas no transcurso da gestão.

49. Fortalecer o Controle Social na área da saúde, com priorização de espaços estratégicos para a atuação das lideranças sociais e comunitárias no enfrentamento da Hanseníase, assegurando a participação ativa e empoderada das pessoas afetadas, capacitando-os, fornecendo-lhes conhecimentos e habilidade para exercer o papel fiscalizador e educador na área da saúde, tomando decisões relacionadas às políticas de saúde, garantindo que suas necessidades sejam adequadamente atendidas, bem como ampliar a conscientização sobre a doença, por meio de campanhas educativas e programas de sensibilização; identificar e direcionar recursos para locais onde a doença é mais prevalente ou onde existem comunidades vulnerabilizadas; incluir representação dos setores produtivos e de serviços privados no Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (GECEIS); ampliar e discutir melhores estratégias para o fomento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS).

50. Criar estímulos não financeiros para participação das pessoas trabalhadoras e da população nos espaços formais de controle sociais tais como: critérios de desempate em classificação em concurso público e processos seletivos, isenção de taxa de inscrição de concursos públicos no âmbito nacional.

51. Fortalecer as instâncias de Controle Social no SUS, com participação popular, por meio da garantia das condições de pleno e autônomo funcionamento dos Conselhos de Saúde, como órgãos colegiados permanentes, deliberativos e fiscalizadores; garantir pessoas servidoras em quantidade suficiente, assim como a estrutura física e tecnológica, assessoria jurídica, sede própria, nos três níveis de gestão, com recursos financeiros necessários à participação e funcionamento; promovendo educação permanente e popular em saúde, além de campanhas de conscientização da participação popular, direitos e deveres da pessoa usuária do SUS em variadas plataformas de mídias; desenvolvimento de estratégias para que os relatórios das Conferências e deliberações do conselho sejam efetivamente utilizados como instrumentos de gestão e planejamento; e obrigatoriedade do cadastro no Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS), como instrumento de consulta pública.

52. Garantir que as Unidades Básicas de Saúde, ofertem cursos para gestantes e para casais com filhos na faixa etária da 1ª infância, visando acompanhamento

psicológico no pré-natal e puerpério, orientações práticas sobre amamentação e treinamento de habilidades parentais.

53. Realização de novos concursos públicos para profissionais de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em que também se incluam profissionais de outros campos, para além do campo da saúde, entendendo que a práxis desse cuidado tem interface e transversalidades interdisciplinares.

54. Inserir como grade curricular obrigatória nas instituições de ensino da área de saúde a matéria específica “Movimentos e Controle Social para salvar vidas”; instituir as disciplinas “Saúde Pública – SUS” (controle social) e “primeiros socorros” no currículo escolar, e criar o “Dia Nacional do Controle Social do SUS” em todo território nacional.

55. Implementar/Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em parceria com instituições formadoras (Universidades e cursos técnicos de formação), fortalecendo a articulação entre facilitadores de educação permanente.

56. Implantar cursos de formação e capacitação continuada aos conselheiros de saúde, por meio da Plataforma UNASUS, para realização dos serviços com maior propriedade e competência, assegurando o exercício e fortalecimento do controle social no SUS.

57. Garantir recursos financeiros federais para estaduais e municipais ao acesso à internet de qualidade e energia renováveis e sustentável.

58. Criar um plano de cargos e salários voltado para pessoas servidoras públicas do SUS (municipal, estadual e federal) e extinguir cargos de confiança com a ampliação de concursos públicos, valorizando a inclusão de pessoas trabalhadoras com residência/especialização no campo da saúde coletiva (atenção básica, saúde da família, saúde mental coletiva e outras a fins).

59. Realizar formação para o Controle Social no âmbito das políticas de Assistência Farmacêutica, Vigilância Sanitária e Ciência e Tecnologia e suas interfaces com as demais políticas de saúde.

60. Garantir acesso a medicamentos adequadamente indicados e tecnologias como direito humano fundamental, com devidos recursos para garantir todos os componentes da assistência farmacêutica e o programa farmácia popular.

61. Aumentar o financiamento do SUS para a assistência farmacêutica aos municípios.

62. Instituir audiência públicas obrigatórias, nos processos de avaliação de tecnologias em saúde, sempre que a recomendação final da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) for desfavorável à incorporação ou à ampliação de uso.

63. Fortalecer a assistência farmacêutica e o saber popular por meio da implantação e valorização das farmácias vivas em comunidades rurais vinculadas às equipes de saúde da família; e ampliar a incorporação de fitoterápicos e medicamentos de conhecimento popular ao SUS.

64. Fomentar participação, monitoramento e mobilização contra projetos de lei e iniciativas parlamentares que estimulem a privatização da saúde, no congresso nacional, assembleias legislativas e câmaras de vereadores, bem como fiscalizar e denunciar iniciativas para terceirização e privatização da saúde pelos entes federados e apoiar projetos de lei que proíbam atuação de empresas e capitais estrangeiros em todas as atividades de saúde.

65. Promover espaços de discussão, formulação, articulação e ação entre movimentos sociais, organizações da sociedade civil e usuários do SUS com o objetivo de elaborar propostas de políticas públicas para a desprivatização da saúde no Brasil.

66. Garantir o fim das terceirizações e privatizações no SUS como mecanismo para garantia do comando único na gestão do SUS para efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade por meio de concurso público para contratação de pessoas servidoras públicas, com relação de trabalho estável, possibilitando condições para construção de vínculos de atenção e cuidado com a comunidade, fundamental para efetividade do controle social.

67. Desprivatizar o SUS: revertendo todas as formas de privatização da saúde - Organizações Sociais (OS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Parceria Público-Privada (PPP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sem provocar descontinuidade dos serviços, nem prejudicar pessoas trabalhadoras; e ampliando a rede pública de média e alta complexidade para diminuir, progressivamente, a contratualização de serviços hospitalares privados.

68. Revogar a Emenda Constitucional 95.

69. Garantir atualização da tabela do SUS.

70. Estabelecer uma política de financiamento e sustentabilidade nas ações de enfrentamento à tuberculose (TB) e HIV/Aids, em nível governamental e não governamental (sociedade civil/setor comunitário), garantindo repasses de acordo com a Lei nº 13.019/2014.

71. Garantir as ações, em ambientes presenciais e/ou online, para qualificação em Educação Popular e Educação em Saúde, que permita uma incidência política e controle social, criando ligações com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), propostos pela ONU, na Agenda 2030, bem como ampliar ações e estratégias qualificadas e efetivas no enfretamento da tuberculose, HIV e Aids e coinfecção TBHIV, garantindo a produção de dados epidemiológicos, sobre todas as populações vulnerabilizadas e negligenciadas, considerando seus marcadores sociais, em especial: população privada de liberdade, população em situação de rua, adolescentes e jovens, pessoas idosas, imigrantes, população negra, povos originários e tradicionais e populações trans que vivem e convivem com HIV/Aids e Tuberculose.

72. Garantir a participação de movimentos sociais, e pessoas afetadas pela tuberculose e vivendo com HIV/Aids na elaboração, execução e acompanhamento de ações educativas (permanentes e intersetoriais), voltadas à qualificação dos recursos humanos para o acolhimento humanizado e sigiloso, com uma abordagem focada na promoção em saúde, redução de danos no uso de tabaco, álcool e outras drogas e no enfrentamento do estigma e das situações de discriminação relacionadas à estes agravos, garantindo também diferentes estratégias para ampliação do acesso à ações de prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação.

73. Ampliar a participação social nas ações de formação e qualificação de incidência política em comissões e conselhos, com vistas ao Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDS), bem como no processo de elaboração de materiais informativos, estimulando a ocupação desses espaços de articulação política, mobilização para criação e fortalecimento de Frentes Parlamentares nos três níveis de governo, possibilitando a formação e ampliação de redes de apoio as pessoas afetadas pela TB e vivendo com HIV/Aids

74. Promover a articulação entre os conselhos de saúde, conselhos de políticas setoriais e os movimentos sociais e sindicais, para o enfrentamento de iniquidades em saúde que atingem determinados grupos, tais como: mulheres privadas de liberdade e egressas; indígenas; quilombolas; em sofrimento psíquico; em situação de rua; mulheres LBT (lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais); negras; do campo, da floresta e das águas; ribeirinhas; imigrantes e refugiadas; ciganas; indígenas; vivendo com HIV/AIDS; profissionais do sexo; pessoas com deficiência; usuárias de álcool e outras drogas, dentre outras, em todo o seu ciclo de vida.

75. Assegurar e garantir a participação efetiva dos movimentos sociais, incluindo suporte financeiro, visando a elaboração, implementação e efetivação de ações intra e intersetoriais, tendo como base o Comitê Interministerial para a eliminação da Tuberculose e outras doenças determinadas socialmente (CIEDS) decreto nº 11.494/2023, Instrução Operacional Conjunta nº1/2019 SUS e SUAS (interministerial), Acordo de Cooperação Técnica nº 60/2021, Acordo de Cooperação Técnica / MS nº1/2022 e a Resolução do CNS nº 709/2023, entre outras, com o objetivo de qualificar o cuidado integral, garantir o acesso aos benefícios sociais e fortalecer a rede de apoio familiar e comunitária das pessoas com Tuberculose, pessoas vivendo com HIV/Aids e coinfectadas TB/HIV em situação de vulnerabilidade social.

76. Fomentar a formação de pessoas cidadãs/profissionais de saúde no âmbito do SUS, garantindo recursos financeiros suficientes, com enfoque na Atenção Básica, na alimentação e nutrição e na humanização dos atendimentos, para o exercício do

controle social das Políticas Públicas de Saúde e o cumprimento, pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), das deliberações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto à Educação à Distância (EAD).

77. Fortalecer as lideranças sociais e comunitárias para o combater o estigma e a discriminação associados à Hanseníase e promover a inclusão, garantindo uma abordagem mais humanizada às pessoas afetadas pela Hanseníase, bem como, implementar ações ampliadas de informação, educação e comunicação sobre a doença, visando promover o conhecimento correto e desmistificar conceitos equivocados.

78. Fortalecer políticas públicas nacionais de promoção, prevenção e cuidado, bem como, de custeio a saúde mental em todo território nacional, garantindo acesso integral, humanizado e regionalizado aos serviços de saúde.

79. Implementar o Programa HumanizaSUS do Ministério da Saúde

80. Fomentar o financiamento e a execução da Política de Educação Permanente em Saúde, de acordo com os princípios do SUS e da política de humanização, alinhada às necessidades locorregionais e às especificidades das Redes de Atenção à Saúde dos territórios.

81. Ampliar as oportunidades de escolarização e alfabetização, iniciação científica, acesso às universidades e cursos profissionalizantes para a população idosa, com vista a: valorizar e reconhecer sua trajetória de vida, respeitar suas necessidades; garantir acesso às tecnologias assistivas com o objetivo de ampliar sua autonomia como sujeito de direitos; incluir a educação em saúde, a educação para o envelhecimento para todas as gerações com questões relacionadas a sexualidade, identidades de gênero, diversidade de raça e cor, de forma a fomentar a criação de um Plano Nacional de Educação em cumprimento ao artigo 22 do Estatuto da Pessoa Idosa; adaptar a EJA às pessoas idosas e alfabetização digital (letramento digital); criar um programa específico para as pessoas idosas dentro do Ministério de Educação e Cultura (MEC).

82. Criar programas de Educação Popular em Saúde nos territórios, orientados por ensinamentos de Paulo Freire, como rodas de conversa em territórios e trabalho com oralidade, como alternativa para compreender o envelhecimento, a partir dos saberes trazidos pela pessoa idosa e demais membros da comunidade, favorecendo assim a intergeracionalidade, mediante a elaboração de produtos tecnológicos que aproximem as pessoas, incluindo a reinstalação de equipe técnica na Coordenação Geral de apoio à Educação Popular em Saúde no Ministério da Saúde.

83. Garantir ações de saúde a toda população de forma integral, equânime e humanizada, principalmente das populações vulnerabilizadas (pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, pessoas com fibromialgia, pessoas idosas e pessoas de mobilidade reduzida, dentre outras), por meio do Controle Social e da criação de um sistema de fiscalização ativa e de avaliação das condições de acessibilidade em todos os serviços e existência de ambientes para acolhimento humanizado a todas as pessoas, fortalecendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, fortalecendo o Estado Democrático de Direito e suas instituições, em especial as organizações coletivas do povo, por meio da Democracia Participativa, nos Conselhos de Saúde, em todo território nacional.

84. Garantir o financiamento tripartite e criar incentivos financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) com monitoramento de indicadores específicos, avaliação de metas e prazos estabelecidos pelos Comitês Técnicos de Saúde da População Negra.

85. Criar e implementar diretrizes e metas dentro dos Planos Plurianuais (PPAs) para implantar programas de combate à transfobia e discurso de ódio direcionado a crianças e adolescentes trans e suas famílias de forma intersetorial com reserva de recursos financeiros garantidos nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDOs) e Leis Orçamentárias Anuais (LOAs) em âmbitos Federal, estadual e municipal, conforme estabelecido pelo ECA e outras normativas do Estado democrático de direito.

86. Instituir o Controle e Participação Social no âmbito da CIT - Comissão Intergestores Tripartite, da CIB - Comissão Intergestores Bipartite e da CIR - Comissão Intergestores Regional, com pessoas conselheiras do segmento usuário escolhidas por seus pares.

87. Sensibilizar e incentivar os representantes Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sobre a importância da sua participação nos Conselhos de Saúde e sobre a necessidade de pautar os direitos das pessoas idosas institucionalizadas nesses espaços, por meio de ações, campanhas informativas, formações voltadas aos dirigentes/colaboradores das ILPIs, promoção de reuniões e diálogos sobre o tema, bem como incentivar, divulgar e garantir a participação e a priorização da pessoa idosa institucionalizada e de representantes das ILPIs na elaboração, formulação e implementação de estratégias e diretrizes para as políticas públicas de saúde, no sentido do respeito à equidade e à integralidade no direito à saúde.

88. Garantir o pleno exercício do Controle Social Democrático das pessoas idosas institucionalizadas sobre o Sistema de Saúde, em especial na formulação de políticas e programas, através dos representantes de pessoas usuárias, familiares, trabalhadoras, gestoras e representantes da sociedade civil nos Conselhos de Saúde e demais formas de Controle Social em seus diversos níveis, reforçando o SUS como política de Estado e não de governo.

89. Instituir na organização dos conselhos de saúde comissões permanentes específicas sobre os cuidados das pessoas idosas institucionalizadas para escuta de residentes, representantes, familiares, colaboradores das ILPI e representantes da comunidade, com os objetivos de: discutir as demandas das pessoas idosas em relação à saúde; propor melhorias nos serviços e fiscalizar a aplicação dos recursos, garantindo a acessibilidade (incluindo transporte sanitário, horários adequados e espaços físicos adaptados) e a valorização das contribuições feitas pelas pessoas idosas durante essas reuniões.

90. Estimular o engajamento das pessoas idosas institucionalizadas e a sua participação nos conselhos de saúde, para que possam apresentar suas necessidades e demandas, além de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

91. Instituir um comitê intersetorial permanente de crise e emergência humanitária, nas três esferas de poder, voltado para a proteção ao direito à vida e promoção da saúde da população idosa, conforme compromisso assumido pelo Brasil no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento da II Assembleia Mundial para o Envelhecimento da ONU (2002), assegurando o protagonismo, bem como, representação de pessoas idosas nos comitês temáticos/setoriais já existentes e construção de uma sociedade do cuidado.

92. Assegurar à pessoa gestante, através do Sistema Único de Saúde – SUS, nas Unidades Básicas de Saúde, o atendimento sem qualquer tipo de discriminação; o direito à atendimento regular, exames complementares e de imagem conforme a necessidade; para conseguir este objetivo o Estado deve aumentar o número de maternidades, laboratórios de análises clínicas, contratação de profissionais de saúde envolvidos com a gestação, parto e puerpério: médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistente social assegurando atendimento humanizado para preservar a saúde da pessoa gestante.

93. Avaliar a gestão do Programa Saúde da Família (PSF) para oferecer efetivamente o atendimento domiciliar, conforme a proposição do programa, com qualidade, dando especial atenção às famílias com pessoas idosas e/ou com doenças crônicas ou com deficiência; desenvolver programas de educação que visem a promover a saúde, evitar agravamento de doenças pré-existentes, prever o desenvolvimento de depressão, restaurar ou manter a mobilidade por meio de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais; priorizar o atendimento médico/hospitalar às pessoas idosas e/ou doenças crônicas ou com deficiência.

94. Ampliar a aplicação do teste de triagem neonatal, conforme previsto pela lei 14.154 /2021, priorizando e fiscalizando a política de triagem para que seja aplicada a todos os recém-nascidos.

95. Reconhecer a importância dos Povos Tradicionais de Matriz Africana enquanto povos originários do Brasil como referências bibliográficas orais da fitoterapia e da promoção da saúde e nas ações de práticas integrativas como forma de reparação e enfrentamento ao genocídio epistemológico sofrido ao longo dos tempos; sendo necessária a inclusão dos Povos Tradicionais na comissão medicinal e fitoterápica.

96. Qualificar as pessoas envolvidas nos processos de avaliação de tecnologias em saúde e implementar o comprometimento de todas com a participação social efetiva, com a transparência e a independência do processo de tomada de decisão.

97. Criação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito das Comunidades Terapêuticas e uma Comissão Nacional da Verdade Antimanicomial para investigação das violações de direitos humanos e crimes cometidos nessas instituições.

98. Fortalecer o sistema de conselhos estaduais e municipais da pessoa idosa (em cumprimento ao Art. 7 do Estatuto da Pessoa Idosa) e criar conselhos dos direitos da pessoa idosa nos distritos sanitários ou equivalentes, bem como comitês gestores nos serviços de atendimento à saúde da população idosa com participação de profissionais, usuários, conselheiros e representantes de movimentos sociais e sociedade civil organizada, de forma a promover a participação social, o controle social, equidade e a construção de uma agenda comum entre as políticas setoriais, efetivação de programas, serviços intersetoriais e o fortalecimento do SUS.

99. Criar mecanismo de transparência para dar visibilidade a aplicação de recursos provenientes de Emendas Parlamentares destinadas a área da Saúde, de modo que os conselhos de saúde aprovem e monitorem os recursos recebidos.

100. Sensibilizar/Conscientizar pessoas profissionais da saúde e gestoras quanto aos temas da gordofobia, xenofobia, lgbtfobia, racismo, capacitismo e outras formas de discriminação, a fim de promover um ambiente acolhedor e livre de preconceitos para todas as pessoas usuárias.

101. Ampliar as ações de educação permanente para qualificar as pessoas trabalhadoras em saúde, por meio da integração entre Unidades de Saúde do SUS, Universidades e Instituições de Ensino, visando melhoria do acesso, acolhimento qualificado, promoção de saúde, prevenção de agravos e tratamento das populações menos assistidas e vulnerabilizadas, como, por exemplo, pessoas com deficiência, população indígena, população em situação de rua, população quilombola, população ribeirinha, pessoas privadas de liberdade, população negra, população LGBTQIA+, dentre outras.

102. Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, promovendo a capacitação de conselheiras(os) de unidades locais e pessoas interessadas, conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012, com vistas a: reformular

os Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de Saúde (PPC), com inserção de disciplinas sob a lógica da Clínica Ampliada, que aborde Saúde Mental em seu contexto integral; garantir a extensão universitária e transversalidade nas diversas disciplinas, nos estágios, vivências e trabalho de conclusão de curso (TCC) e residências multiprofissionais em saúde, com ênfase nas especificidades das populações negras, LGBTQIA+, mulheres, crianças em situação de rua e demais vulnerabilidades; promover locais de acolhimento com ética e profissionais integrados na causa da Saúde Mental, enfatizando a assistência à saúde e a medicalização; fortalecer os laços comunitários entre estudantes, profissionais, usuários e familiares.

103. Efetivar e fortalecer as políticas para participação popular por meio da educação popular em saúde com as populações vulnerabilizadas (LGBTQIA+, pessoas com deficiência, em situação de rua, população negra, mulheres em situação de violência, pessoas com uso prejudicial de drogas, entre outros) com a inclusão dos saberes e práticas das comunidades tradicionais, ribeirinhos, quilombolas, povos de terreiros, ciganos e dos povos originários, indígenas em contexto urbano, fomentando junto aos profissionais da atenção básica, especializada e controle social, as discussões para superação das questões ligadas a esse público.

104. Destinar financiamento específico para ações e estratégias de vigilância em saúde e ambiente em todo território nacional, incluindo infraestrutura e recursos humanos qualificados, em especial nos locais de fronteiras, terras indígenas e quilombolas e priorizando populações vulnerabilizadas, tais como: negra, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, migrantes, refugiadas, apátridas, povos e comunidades tradicionais, povos indígenas, pessoas trabalhadoras expostas a situações de risco, trabalhadoras sexuais, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e em situação de rua.

105. Garantir a participação da população LGBTQIA+ nas instâncias de Controle Social do SUS, com no mínimo um assento nos Conselhos de Saúde locais, municipais, distritais, estaduais e federal, respeitando o previsto na Lei nº 8.142/90 e Resolução do CNS nº 617/2019,com vistas a: Implantar e implementar o Programa Saúde na Escola (PSE), com a participação do movimento LGBTQIA+, de acordo com o

decreto n° 6.286/2017, regulamentado pela Portaria Interministerial nº 1.055 de 25 de abril de 2017: Fortalecer os órgãos de fiscalização e transparência para garantir os critérios e protocolos do Processo Transexualizador previsto na Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013; Estabelecer diálogo e desenvolver ações com os movimentos sociais LGBTQIA+, em especial de pessoas trans e travestis, para garantia de direitos e acesso à saúde; Desenvolver vagas afirmativas a fim de garantir a contratação de Travestis e Transexuais, para atuar como agentes comunitárias de saúde (ACS) e agentes de combates a endemias (ACE).

106. Garantir a participação, com poder decisório, da sociedade civil no planejamento, construção e implementação de políticas, diretrizes ou ações voltadas à população trans em qualquer idade, e na reestruturação do Processo Transexualizador do SUS, construindo um comitê consultivo transcentrado dentro do Ministério da Saúde, constituído de instituições não governamentais que são compostas por pessoas trans e que representam famílias transafetivas; além disso, podem, alternadamente, compor esse comitê outras instituições da sociedade civil que tratam de direitos de pessoas LGBTQIA+ e famílias LGBTQIA+; esse comitê deve compor discussões que visem a saúde da população trans.

107. Desenvolver estratégias para a participação ativa do SUS nas agendas dos movimentos sociais, promovendo pesquisas, distribuição de insumos, informação e encaminhamentos com parcerias que promovam políticas públicas integrativas em Saúde, bem como garantir o princípio democrático da participação popular e suas organizações em conselhos que tratem da pauta da saúde, sobretudo os Conselhos de Saúde, Assistência Social, Mulheres, Combate ao Racismo e LGBTQIA+ e política sobre drogas.

108. Fortalecer as instâncias de Controle Social e garantir o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde em todos os níveis, oferecendo estrutura, capacitação e financiamento, ampliando os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã com escuta aos movimentos sociais de defesa de direitos como população com deficiência, população LGBTQIA+, Povos Indígenas de Matriz Africana, Ciganos e todos os Povos Tradicionais

109. Garantir e estimular a participação de pessoas trabalhadoras urbanas e rurais, formais e informais, públicos e privados nos conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional e em outros espaços coletivos, garantindo a implementação e ampliação de ações estratégicas antipatriarcal, antilgbtfóbica, antirracista e anticapacitista.

110. Fortalecer as equipes de saúde da Atenção Básica com políticas de educação em saúde que abranjam a saúde mental alinhados a reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, povos originários, população negra, pessoas LGBTQIA+, povos ciganos, pessoas em situação de violência e pessoas com excesso de peso nos diversos ciclos de vida, especialmente no contexto pós pandemia.

111. Fomentar estratégias e ações para o pleno exercício do controle democrático sobre o Sistema de Saúde, com ênfase na Saúde Mental, especialmente nas demências, pelos Conselhos de Saúde e demais formas de Controle Social, nas instâncias de governos, envolvendo representantes de pessoas usuárias, familiares, trabalhadoras, gestoras e representantes da sociedade civil.

112. Fortalecer ações da Política Nacional de Educação Permanente para todas as pessoas trabalhadoras de saúde, com ênfase na Atenção Básica e na atenção integral à saúde das populações vulnerabilizadas (pessoas com demências, transtorno mental, com câncer), na perspectiva da identificação de casos suspeitos, encaminhamentos adequados, diagnóstico precoce e cuidado integral, viabilizando uma navegação efetiva dentro do sistema de saúde, com implementação de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e pró-equidade no SUS e contra todas as formas de estigma e discriminação.

113. Mobilizar líderes comunitários e órgãos que trabalham com adolescentes e jovens para a divulgação dos espaços de participação social, e da importância da pessoa cidadã perceber-se como atriz fundamental na reivindicação pelo direito à saúde.

114. Garantir a criação e a implementação de Comitês Intersetoriais, no âmbito das três esferas de governo, que fortaleça o acompanhamento e a articulação das várias áreas de atuação e Movimentos Sociais: da Saúde (incluindo Saúde

Mental), Assistência Social, Segurança Pública, Meio Ambiente, Infraestrutura, Educação, Ciência e Tecnologia e das Políticas Públicas, bem como retomar os Comitês de Educação Popular e Equidade em Saúde, garantindo a efetividade da participação popular nos mesmos e, ainda, viabilizar o fortalecimento do movimento Frente pela Vida.

115. Garantir a reabertura do debate sobre a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), com a presença do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM), numa perspectiva antiproibicionista, contra a compulsoriedade e involuntariedade de internação, reafirmando a política de redução de danos.

116. Envolver a população nos processos de decisão governamental de modo que suas demandas sejam de conhecimento das gestões e que as necessidades sejam atendidas, de forma eficaz e menos burocratizada; trazendo à luz os instrumentos de participação social às pessoas cidadã, bem como os mecanismos de comunicação, denúncias e accountability para a democratização da tomada de decisão, seja quanto à disponibilização e funcionamento de canais de consulta e diálogo.

117. Realização de ampla campanha, em todas as mídias, pelo Ministério da Saúde sobre a importância do respeito à pessoa trans no uso dos banheiros de acordo com sua identidade de gênero, diminuindo dessa maneira o constrangimento e respeitando as diferentes identidades, conscientizando a população sobre os prejuízos de não fazer suas necessidades fisiológicas naturalmente e quando necessário; os problemas gerados vão de abalo na saúde mental a problemas no sistema urinário, violências e evasão dos espaços de convívio social.

118. Fortalecer e financiar as políticas de saúde mental na atenção básica.

119. Capacitar profissionais do SUS em saúde mental e educação, melhorando a abordagem de saúde mental para crianças, adolescentes e adultos nas instituições escolares.

120. Criar linha de cuidado eficiente e interdisciplinar para assistir pacientes com quadros demenciais, na Atenção Básica em Saúde e na Rede de Atenção Psicossocial, com vista a: facilitar o diagnóstico em tempo adequado; instrumentalizar profissionais da saúde e fornecer materiais para avaliação cognitiva breve, exames complementares laboratoriais e de neuroimagens, possibilitando ação de referência, contrarreferência e apoio matricial; incentivar pesquisas para elaboração de escores de risco em pessoas com mais de 50 anos, assistidas nas unidades do SUS, Atenção Básica, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais, com atendimento prioritário e rastreamento de pessoas idosas com transtorno cognitivo.

121. Regulamentar a implementação de Conselhos Gestores nos serviços de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fortalecendo-os onde eles já são existentes, de modo a construir planejamento de ações e estratégias em prol do fortalecimento da Política do SUS e da valorização da força de trabalho do SUS e das residências multiprofissionais no SUS.

122. Incentivar a criação e ampliação de Associações e Coletivos dirigidas/presididas exclusivamente por Usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todo Brasil, a fim de estimular a participação direta das pessoas usuárias nos espaços de Controle Social e de Movimentos Sociais, exigindo por parte do poder público, a divulgação massiva dos Princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial em diferentes meios midiáticos, além de utilizar os espaços coletivos no âmbito das redes do SUS, SUAS e demais Serviços Públicos para esclarecer as pessoas usuárias sobre a importância do Controle Social e dos Movimentos Sociais, seja por meio de cursos, seminários, palestras e demais ações abertas dentro da RAPS e demais espaços.

123. Adequar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para inclusão de acesso aos serviços de Saúde Mental pelas populações residentes em ocupações de luta pela reforma agrária, assentamentos rurais e ocupações urbanas pelo direito à moradia, ampliando nacionalmente Centros de Atenção Psicossocial para o atendimento da população do campo.

124. Revogar a portaria n° 3.588, normativa que prevê a criação do CAPS ad IV (Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas IV).

125. Legitimar e estabelecer a Atenção Básica e demais serviços comunitários territorializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como estratégia para prevenção de agravos e produção de cuidado em saúde singularizado, em articulação permanente com dispositivos da RAPS, para a realização de matriciamentos em saúde mental, abolindo definitivamente os ambulatórios de saúde mental.

126. Promover Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos e de desenvolvimento de habilidades e apoio à vida diária, garantindo investimentos em cidadania cultural e arteterapia como forma de promoção e inclusão, além da continuidade do processo de recuperação e bem-estar das pessoas usuárias da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), implantando e investindo em educação popular, para fortalecer as pessoas manicomializadas na luta antimanicomial na sociedade como um todo, para além da RAPS e em unidade com todos os movimentos sociais.

127. Valorizar orçamentariamente as Unidades Básicas de Saúde que prestam serviços para a população rural, com equipes adequadas de profissionais para realização de atendimento médico, odontológico, nutricional, psicológico, epidemiológico e afins.

128. Implementar o financiamento federal da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), revendo os parâmetros populacionais para implantação dos serviços dessa Rede.

129. Exigir capacitação através do Ministério da Saúde para pessoas gestoras, trabalhadoras de saúde e movimentos sociais sobre o modelo de avaliação biopsicossocial da deficiência, de acordo com Estatuto da Pessoa com Deficiência.

130. Instituir novos critérios para o financiamento da Atenção Especializada por custo de serviços especialmente Rede Materna e Infantil, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reabilitação, cirurgias eletivas, bem como, revisar a tabela SUS anualmente e incluir novos procedimentos com incorporações em 100% nos valores repassados pela união e estados para os municípios, de acordo com os índices inflacionários considerando o censo atualizado.

131. Produzir materiais informativos em múltiplas línguas com informações sobre o Conselho Nacional de Saúde, seu papel, suas atribuições e sua composição, além de realizar esforço de tradução de toda comunicação produzida sobre as eleições de pessoas conselheiras ao CNS, incentivando migrantes a se candidatarem.

132. Criar uma Gerência de Migração e Saúde no âmbito da Coordenação do Acesso e Equidade, da Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade, do Departamento de Saúde da Família e Comunidade, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, com função de implementação e fiscalização da política de saúde da população migrante, articulando com os vários níveis do Ministério da Saúde e produzindo orientações sobre o tema para a rede do SUS; criação, no âmbito desta gerência, de setor destinado a produzir e ofertar informação sobre a estrutura do funcionamento do SUS a imigrantes e refugiados, atuando na capacitação das pessoas trabalhadoras e gestoras, na análise de indicadores e na manutenção de Observatório específico sobre o tema.

133. Promover ações de organização e centralização de informações de interesse da pessoa com câncer, em plataforma online de fácil acesso e consulta, bem como possibilitar novos espaços de escuta da voz destas pacientes, por meio de audiências públicas para tratar da garantia de direitos assistenciais à saúde às pessoas com câncer.

134. Fomentar a representação de pacientes oncológicos de forma paritária com demais segmentos do Controle Social, através do Conselho Consultivo do Instituto Nacional do Câncer (Consinca), ou outro órgão colegiado que seja criado em sua substituição, com vistas a cumprir as diretrizes de transparência e participação social para dar vazão às demandas desse público e garantir a publicização de protocolos clínicos utilizados pelos hospitais oncológicos, do calendário de reuniões com antecedência, a transmissão, ao vivo, de reuniões do Conselho e de grupos vinculados, a disponibilização de atas e consultas diretas à sociedade na tomada de decisão para recomendações ao Ministério da Saúde, e outros meios com este objetivo.

135. Fortalecer os mecanismos de respostas, ampliar a divulgação dos canais de Ouvidoria do SUS e os meios de comunicação com acesso a uma escuta ativa, itinerante e

resolutiva contribuindo para o aprimoramento da gestão do SUS e a otimização de processos em serviços de saúde e questões específicas de comunidades, dando transparência e rastreabilidade dos sistemas de regulação (SisREG), agilidade nos atendimentos com especialistas e nas solicitações de usuários (ConecteSUS e outros).

136. Implantar a carreira pública da pessoa ouvidora do SUS, eleita pela comunidade em que atuará, garantindo a autonomia para a defesa dos direitos de todas as pessoas cidadãs.

137. Garantir a previsão de recursos nas esferas Federal, Estaduais e Municipais para a criação, organização, gestão e manutenção das ouvidorias de acordo com o mapeamento territorial e implementar a Ouvidoria do SUS nas agendas políticas voltadas para questões de Saúde e Ambiente com escuta ativa das comunidades em situação de vulnerabilidade.

138. Criar Plano Nacional de Ação sobre serviços prestados em ouvidorias, defensorias, promotorias públicas, delegacias, juizados e varas especializadas na proteção dos direitos da pessoa idosa, assegurando maior transparência e acompanhamento pela população idosa do fluxo de denúncias de violências contra pessoas idosas, suas resolutividades e as ações realizadas para a prevenção à violação dos direitos da população idosa, incorporando estratégias de divulgação e transparência dos Conselhos (acesso livre a informação à composição do Conselho).

139. Fomentar ações de Educação Popular e construção de territórios saudáveis e sustentáveis, de forma participativa e com foco na presença de pessoas trabalhadoras com trajetória de rua, fortalecendo a política de informação/educação permanente e popular em ouvidoria do SUS, através de uma articulação intersetorial que contemple os diversos grupos sociais - mulheres, pessoas negras, pessoa idosa, juventude, comunidades tradicionais, povos originários, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, população em situação de risco, vulnerabilidade, comunidade atingida por mineração e por barragem, ribeirinhos, quilombolas, população do campo, da floresta das águas e outros.

140. Instituir a gestão democrática e participativa na política nacional de residências em saúde, assim como a proteção cotidiana do ensino e trabalho nessa modalidade de formação por meio da criação de ouvidorias que acolham e acompanhem denúncias de assédio nos programas de residência com participação dos fóruns nacionais dos segmentos que compõem os programas; da formulação de legislação e normas nacionais que revisem a qualificação da carga horária e a semana padrão; da instituição do direito a auxílios, como estadia, deslocamento e alimentação e de incentivos de difícil acesso, provimento e fixação; do reconhecimento como carga horária prática quando da participação de residentes em instâncias do controle social e da regulação das residências; da inclusão dos residentes nos Núcleos Docente-Assistenciais Estruturantes (NDAE); e da adoção de mecanismos destinados à proteção da saúde mental e da qualidade de vida no ensino e trabalho.

141. Qualificar os movimentos sociais para o monitoramento das Políticas Públicas de Saúde e da Saúde das Mulheres, ampliando a participação social; fortalecer os espaços de escuta, denúncia e monitoramento de políticas de saúde, com participação dos movimentos de mulheres negras, indígenas, comunidades tradicionais, LBTQIA+, das águas, florestas e com deficiência, na formação de profissionais de saúde, além de ouvidorias para o atendimento às mulheres, em especial das populações vulnerabilizadas.

142. Criar a Comissão de Saúde dos Migrantes no Conselho Nacional de Saúde e estimular a participação de migrantes no referido Conselho, bem como estimular a participação dos migrantes no Controle Social para a implementação da Política de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, refugiadas e apátridas por meio da consulta prévia, livre e esclarecida na construção de políticas públicas, com promoção de seminários, audiências públicas e outros, promovendo ativamente a participação de migrantes em Conselhos Gestores das Unidades Básicas de Saúde, quando houver; fornecer canais multilíngues de denúncia por meio da Ouvidoria do SUS, e capacitar profissionais responsáveis pelo atendimento para receberem reclamações e denúncias das populações migrantes em vários idiomas.

143. Registrar 100% das mortes e complicações investigadas pelos comitês de mortalidade dos serviços de urgências, com publicação das conclusões, para evitar a repetição de falhas; efetivar o primeiro atendimento médico em até 60 min para a categoria de menor risco e publicar os tempos de espera e permanência em

guia digital de acesso público; instalar comitês gestores participativos nos serviços de atenção às urgências, com paridade entre pessoas usuárias e não-usuárias e constituir ouvidorias e auditorias ativa; apoiar as campanhas ‘’4 x 4’’ da ‘’Aliança Cidadã” pelos tempos de espera clinicamente aceitáveis.

144. Fortalecer as ouvidorias de controle social e conselhos gestores ligados aos conselhos de saúde e garantir a eleição da presidência do Conselho Municipal de Saúde entre os seus membros.

145. O Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com os movimentos sociais em geral, exigir, incentivar e participar do processo de estruturação, implantação das Ouvidorias do SUS, dando ampla divulgação às pessoas usuárias sobre a importância do OUVSUS municipal, estadual e federal, bem como garantir o retorno das caixinhas de avaliação, críticas e elogios, em todas as unidade e setores da Redes de Atenção à Saúde, assegurando que mensalmente as demandas sejam encaminhadas aos respectivos conselhos municipais e/ou estadual de saúde, para conhecimento e devidas providencias.

146. Fortalecer as atividades das ouvidorias e prover recursos necessários ao seu pleno funcionamento, com ampliação dos instrumentos para que as ouvidorias possam receber as demandas da população e promover uma maior divulgação das respostas dadas a estas demandas.

147. Implementar a ouvidoria do SUS com financiamento tripartite.

148. Fomentar a importância do cumprimento da Resolução do MS/CIT nº 41/2018, que dispõe sobre as diretrizes dos cuidados paliativos, no âmbito do SUS e estimular a temática dos cuidados paliativos como tema central à participação social, bem como promover ações de informação a respeito de protocolos clínicos oncológicos utilizados pelos hospitais, com vistas a manter a transparência junto a população e ao Controle Social do SUS.

149. Construir a Política Nacional de Cuidados Paliativos para o SUS, a partir da participação popular, mediada por audiências públicas, com vistas a integrar às Redes Atenção à Saúde, com componente de cuidado em saúde na Atenção Básica em Saúde, através das Estratégia de Saúde da Família, com garantia de financiamento, atendendo às necessidades de inclusão e acessibilidade de todas as pessoas.

150. Educar, estimular e construir boas práticas e estratégias de Cuidados Paliativos comunitários no SUS, com envolvimento das pessoas usuárias no protagonismo do cuidado e ajuda mútua nos próprios territórios, garantindo a educação continuada de profissionais da comunidade ressaltando a transversalidade dos cuidados em saúde; garantir financiamento para a implantação de Comunidades Compassivas com equipe mínima interprofissional, estimulando as práticas integrativas e a capacitação de cuidadores, abarcando suporte em relação ao processo de doença, perda e luto em ambientes comunitários; realizar levantamento de pessoas moradoras que apresentam doenças ameaçadoras da vida, definindo os casos prioritários para a construção de projetos terapêuticos com a criação de casas de acolhimento para pacientes em tratamento e cuidadores quando estes residem em outra cidade ou possuem dificuldades relacionadas à mobilidade urbana.

151. Criar, ampliar e fortalecer serviços de apoio à pessoa idosa em vulnerabilidade, em âmbito nacional, como o Programa Acompanhante de Idosos (PAI); viabilizar a implantação em áreas descobertas pela Estratégia de Saúde da Família (zona rural, ribeirinhos, áreas de difícil acesso, moradores de área livre, etc); com porta de entrada a demanda espontânea, busca ativa e notificação de estabelecimentos de saúde; garantir equipe multiprofissional com gerontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e profissional de educação física, e sua capacitação em Cuidados Paliativos, incluindo a pessoa cuidadora, com parcerias com instituições de ensino; capacitar a Atenção Básica em identificar e mapear pessoas idosas em situação de vulnerabilidade; garantir comitês de fiscalização com relatórios anuais; incluir atividades de envelhecimento saudável com uso do espaço público; oficinas do cuidado, com capacitação para famílias e incentivos ao cuidado; Casa da Pessoa Idosa; “bolsa-cuidador”; e grupos de acompanhantes com apoio psicológico.

152. Incluir cursos introdutórios sobre cuidados paliativos na agenda de capacitação das equipes de saúde da família, incluindo os Agentes Comunitários da Saúde, os quais

serão ministrados por profissionais qualificados em cuidados paliativos; enfatizando a identificação precoce dos pacientes elegíveis dentro do seu território e incluindo a qualificação em habilidades de comunicação compassiva e atenção ao luto.

153. Implementar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) por meio de: cuidado centrado na pessoa, familiares e cuidadores nos diferentes cenários assistenciais na Rede de Atenção à Saúde que contemplem os Cuidados Paliativos no SUS, considerando as múltiplas dimensões do sofrimento humano; incentivar a formação profissional, a disseminação do conhecimento à população, profissionais e gestão, fomentar a pesquisa, a ampliação da oferta de serviços, regulamentar o oferecimento de cursos/especializações em PICS e Cuidados Paliativos e estimular a organização comunitário-territorial para a implementação das PICS.

154. Identificar territórios com prevalência de pessoas usuárias vulnerabilizadas elegíveis aos Cuidados Paliativos (CP) e impulsionar a criação de Comunidades Compassivas (modelo de atenção complementar baseado nas boas práticas dos CP gerido pela Atenção Básica (AB)), financiadas pelo SUS, com objetivo de promover educação em CP à comunidade, realçando como protagonista do cuidado à pessoa usuária e seus cuidadores, no processo de adoecimento, morrer, morte e no luto dos envolvidos; visitas de monitoramento e cuidados básicos semanalmente por cuidadores capacitados, moradores do próprio território, respeitando o plano de cuidado desenvolvido junto à AB, ordenadora e coordenadora do cuidado; a equipe profissional a compor a Comunidade Compassiva deverá contar com, no mínimo: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e assistente social, com apoio do eMulti, e poderá atender mais de um território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde, a depender do número de pessoas usuárias assistidas, no mínimo uma vez por mês.

155. Garantir o cumprimento da Resolução nº 41/2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), e a necessidade de efetivar as políticas públicas em Cuidados Paliativos para o paciente oncológico por meio de Comissões Permanentes Municipais formadas pela Sociedade Civil e o Poder Público.

156. Implementar a política nacional de cuidados paliativos integrada às redes de atenção à saúde e como componente de cuidado em saúde na Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF) com garantia de financiamento.

157. Garantir a participação do Controle Social na elaboração nos editais de pesquisas e avaliação das propostas de pesquisa em saúde, priorizando maior investimento nas pesquisas de vacinas e novas tecnologias de cuidado para doenças e agravos crônicos, doenças raras e saúde mental.

158. Articular a participação de movimentos sociais, pessoas profissionais de saúde, gestoras e usuárias do SUS e outras instâncias da administração pública na formulação de estudos financiados no âmbito do SUS, com realização de audiências públicas no Congresso Nacional para disseminação da necessidade e urgência do enfrentamento das doenças negligenciadas, emergentes e reemergentes, associadas e perpetuadoras da pobreza como determinantes socioambientais dos problemas de saúde pública no Brasil.

159. Criar políticas de financiamento público da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde socialmente referenciadas para a transformação da vida da população e para o fortalecimento do SUS, democratizadas e popularizadas, com a ampliação de investimentos para pesquisas e pessoas pesquisadoras, incentivando projetos de pesquisa para a saúde de populações vulnerabilizadas e negligenciadas, no campo e nas cidades, que considerem as demandas e expectativas dessas populações.

160. Incorporação e acesso às novas terapias para doenças raras no âmbito do SUS com a ampliação do teste de triagem neonatal para diagnosticar precocemente os bebês para doenças raras e genéticas que podem ter consequências graves e que se tratadas no início da vida podem trazer melhor qualidade de vida ou até mesmo a cura para algumas doenças; avanço que traz responsabilidades para o Governo Federal de fornecer medicamentos e tratamentos para essas doenças.

161. Ampliar os Centros de Referência para doenças raras; à luz da portaria 199/2014, do Ministério da Saúde, que trata da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras, e institui a criação de Serviços de Referência em

doenças raras, que deverá prestar atendimento tanto no diagnóstico, como no acompanhamento e tratamento da pessoa com doença rara.

162. Criar uma Câmara Técnica de formação permanente em doenças raras.

163. Retomar o Comitê Interministerial de Doenças Raras com garantia de participação da sociedade civil.

164. Estimular e fortalecer as campanhas de conscientização da população quanto a importância das vacinas contra a COVID-19 e outros agravos imunopreveníveis, garantindo assim a imunização da população no país, bem como o cuidado com a saúde da pessoa trabalhadora em sua integralidade de forma continuada.

165. Inclusão da vacina Meningite B no Calendário Vacinal.

166. Criar planos de ações estratégicas para monitoramento e Vigilância em Saúde, nos territórios pesqueiros, nas instâncias de governos, visando desenvolver ações financiadas pelos empreendimentos poluidores, com controle das pessoas pescadoras na elaboração, execução e monitoramento destas; desenvolver ações para prevenir contaminação nos territórios, como condicionante nos licenciamentos ambientais, com garantia de controle social e participação das comunidades pesqueiras que convivem no mesmo local; fomentar a participação das pessoas pescadoras nos Conselhos de Saúde e na formulação de políticas públicas de saúde.

167. Integrar ações de Vigilância em Saúde e Ambiente relativas as questões de Saúde Mental de populações vulnerabilizadas e no contexto do trabalho, nas três esferas de governo, a fim de priorizar as ações de resposta às iniquidades.

168. Fortalecer o Fórum Social Brasileiro de Enfrentamento das Doenças Infecciosas, promovendo sua ampliação às associações de pessoas vivendo com outras doenças negligenciadas, emergentes e reemergentes, crônicas, degenerativas e raras, visando potenciais parcerias na atuação de vigilância e cuidado locais.

169. Fomentar processos educativos para formar agentes populares de Saúde das águas e seus povos, valorizando o conhecimento tradicional das comunidades, na perspectiva

da educação popular em saúde, em busca de promover a vigilância popular, que deve ser uma estratégia prioritária de controle social para os povos das águas.

170. Fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PNSTT) e a capacitação de atores e atrizes do Controle Social em PNSTT, com vistas a fortalecer a vigilância em saúde com a participação da força de trabalho; realizar ações de educação permanente para o controle social relativas a saúde das pessoas trabalhadoras em parceria com entidades, com expertise técnica e política; garantir a participação social, sindical e das Comissões Intersetoriais em Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador no planejamento, execução e avaliação da PNSTT; reforçar/instrumentalizar a atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) junto aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, principalmente junto a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CISTT), nas questões relacionadas à saúde da pessoa trabalhadora e dos riscos e agravos a saúde.

171. Promover processos formativos de base comunitária pautados nos princípios da Educação Popular em Saúde com lideranças e outros atores sociais, valorizando os saberes locais, a ancestralidade e a interculturalidade nas práticas populares de cuidado, reconhecendo a potencialidade de temas e pautas como os relativos à equidade em saúde, enfrentamento ao machismo, racismo e demais formas de preconceito, redes solidárias, determinação social da saúde, desenvolvimento local, vigilância popular e participação na saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças, cuidado e reabilitação.

172. Ampliar os canais de comunicação e divulgação sobre as ações dos Conselhos de Saúde, dos Movimentos Sociais e comunidades, com vistas a informar os eventos, reuniões e deliberações dos Conselhos de Saúde propiciando que a sociedade civil efetive as ações de controle social; criar espaços de comunicação e saúde em unidades de saúde com articulação conjunta dos conselhos e secretarias de saúde nas esferas de governo; disponibilizar estruturas próprias de comunicação, físicas e tecnológicas, financiamento adequado visando fortalecer o diálogo e o Controle Social do SUS, promovendo e fortalecendo a vigilância popular em saúde; melhorar acessibilidade das pessoas usuárias do SUS aos serviços de saúde, com ampla divulgação em meios de comunicação (mídia social, sites oficiais, rádio e televisão)

promovendo assim a conscientização da população e a participação efetiva do Controle Social.

173. Planejar e efetivar a implementação de ações de saúde relacionadas à prevenção da deficiência / agravamento dos impedimentos, com vistas a reduzir vulnerabilidades e riscos de saúde; fortalecer ações de Vigilância em Saúde, com foco para identificação de abusos ou violência contra a pessoa com deficiência; fortalecer a Vigilância territorial, por meio da garantia de visita domiciliar (VD) por parte da Atenção Básica (AB), com acompanhamento da evolução do quadro funcional, definição de diretrizes clínicas para doenças raras e garantia de acesso a tratamento e medicamento, em tempo oportuno para as pessoas com doenças raras; criar protocolos para o atendimento de pacientes em fila para a obtenção de tratamentos com medicamentos de alto custo, insumos médicos, home care e cirurgias de uso emergencial, nos casos de doenças graves como o câncer e outras doenças de alto risco.

174. Fomentar a Vigilância Popular em Saúde e o protagonismo dos movimentos sociais de defesa à saúde da trabalhadora e do trabalhador, garantindo recursos/ financiamento à eles; fortalecer o Controle Social por meio da implantação da Comissão Intersetorial de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (CISTT) nos municípios sedes de regiões/regionais de saúde; fomentar a intersetorialidade para a saúde dos trabalhadores/as, trazendo centralidade para ações e políticas públicas sobre a relação trabalho e saúde das pessoas trabalhadoras aprofundando a proteção à saúde e segurança no trabalho via conceito de saúde integral e trabalho digno; fortalecer ações para combater o assédio moral, a violência e os adoecimentos mentais relacionados ao trabalho nos setores privado e público, com ênfase ao enfrentamento dele, assegurando às vítimas assistência integral; fomentar e fortalecer o controle social nos Cerest, garantindo gestão compartilhada, atuação destes serviços como Política de Estado, estando dimensionados com a região de saúde, conforme Resolução nº 603/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

175. Garantir e estimular a participação de pessoas usuárias, de movimentos sociais, sindicatos, associações e organizações de pessoas trabalhadoras rurais nos Conselhos de Saúde Municipal, Estadual e Nacional; e institucionalizar o conceito de “vigilância popular da saúde”, com objetivo de garantir o protagonismo social no monitoramento participativo, na geração de dados científicos e na articulação intersetorial para definição de políticas de saúde, respeitando as especificidades/ características de cada povo.

176. Estabelecer estratégias, ações e procedimentos de fiscalização, análise e acompanhamento dos instrumentos de planejamento do SUS, com vista a fortalecer, consolidar e disseminar o SUS.

177. Fomentar a multisetorialidade nos Movimentos Sociais e monitorar as práticas governamentais para que sejam transparentes, éticas, inclusivas, que atendam ao interesse social e busque a melhoria contínua, com vistas às ações de saúde, envolvendo fatores ambientais, sociais, legais, econômicos e culturais.

178. Investir continua e sistematicamente nos territórios, escolas e demais espaços para a formação da cidadania da população e movimentos socioambientais, proporcionando seu pensamento crítico e independente, fortalecimento da democracia e assim, condições para o exercício do controle social, enfatizando a importância da agroecologia para salvar vidas, pautada pelo biocentrismo, pelos princípios do sistema único de saúde, sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis e bem-viver; que as políticas públicas sejam pautadas por este compromisso e esses valores.

179. Promover a capacitação das comunidades, dos dirigentes e líderes comunitários, em todo Brasil, objetivando o fortalecimento dos mecanismos e estruturas de participação popular no Controle Social do Sistema Único de Saúde – SUS.

180. Fomentar estratégias e ações de formação e educação continuada em comunicação pública e em letramento digital, tomando como base a formação crítica para a cidadania, no âmbito dos Conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, com base na Política Nacional de Comunicação Pública do Sistema Único de Saúde.

181. Defender a curricularização da Extensão Universitária Popular construída em conjunto com a comunidade, a partir da evidência desta no tripé ensino-pesquisa-extensão, caracterizando a responsabilidade social da educação médica.

182. Desenvolver políticas indutoras para estruturar, revisar e colocar em prática ações que efetivam a conexão entre a Universidade, as redes de cuidado do Sistema Único de Saúde os trabalhadores da saúde e a comunidade, e incentivar a valorização dessas ações como componentes da avaliação no processo ensino-aprendizagem dentro das Instituições de Ensino Superior.

183. Efetivar que a formação de estudantes avance no comprometimento com a gestão e com a administração pública conforme orientam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014, no sentido garantir e estimular a participação dos estudantes em espaços representativos e deliberativos nas Universidades e de participação social do SUS.

184. tualizar e incentivar o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), formalizando espaços de educação e de formação contínua em saúde para estudantes, para profissionais e para a população, fortalecendo o vínculo entre educação e serviço e o SUS como espaço de aprendizado.

185. Destacar as equipes de Serviços de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP) nas Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde (SEMS) para propor metodologias de mobilização voltadas para a participação social, como conferências de saúde e reuniões ordinárias, desenvolvendo ferramentas de relatoria, de facilitação e de elaboração de propostas, entre outras que permitam agregar na qualificação técnica dos conselhos de saúde.

186. Adotar os referenciais políticos e metodológicos da Educação Popular em Saúde e da Educação Permanente em Saúde nos currículos da formação por meio de residências, sendo este um caminho para a promoção da territorialidade dos serviços e da identificação do ensino e trabalho em defesa da vida, da democracia, do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas, assegurando-se, em contrapartida, a valorização e priorização de egressos de Residências em Área Profissional da Saúde no provimento de cargos públicos de docência, assistência e gestão em instituições de ensino e de serviço, fortalecendo o reconhecimento da importância dessa formação em serviço como construção dos modelos de atenção integral, trabalho em equipe e defesa da cidadania.

187. Desenvolver estratégias para o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS, com financiamento suficiente, nas esferas de governos, por meio de atividades educativas voltadas para as pessoas conselheiras de saúde, trabalhadoras da saúde e representantes da sociedade civil, incluindo a formação de multiplicadoras, assim como, estabelecer metodologia de comunicação com autonomia, divulgar as ações às pessoas usuárias através da criação de informativos, apresentar plano à integração ensino-serviço-comunidade, desde a contratualização, monitoramento e avaliações de projetos, programas e emendas parlamentares.

188. Realizar capacitações técnicas em saúde preventiva entre organizações de movimentos sociais, sociedade civil de interesse público, espaços comunitários, promovendo a criação de equipes de multiplicadores de cuidado e redução de danos nos territórios responsáveis pela distribuição de insumos e informações em Saúde.

189. Integrar programas e projetos de pesquisa que realizam revisão de evidências cientificas nas universidades e fundações, com a finalidade de unificar um grande projeto nacional de ponta para boas práticas clínicas das profissões em saúde pautadas nas melhores evidências científicas.

190. Estabelecer políticas transversais de educação em tempo integral em áreas rurais e programas de acesso à alimentação e promoção da saúde infantil; integrar a realização de ações coletivas de saúde com a infraestrutura educacional existente em cada território; e fortalecer educação continuada sobre saúde no campo e práticas agrícolas em articulação com sindicatos, associações rurais e secretarias de saúde.

191. Ampliar e consolidar a participação de pessoas usuárias no Controle Social, estabelecendo a obrigatoriedade da Educação Popular em Saúde com capacitações sobre Cidadania, Dinâmica e funcionamento dos Conselhos de Saúde, Conselhos Gestores e Princípios e Fundamentos do SUS em todas as Unidades de Saúde dos municípios e Estados do país.

192. Promover autonomia no cuidado, considerando as contribuições dos movimentos sociais quilombolas na atenção à saúde a partir da realização de formações de

Agentes Populares de Saúde Quilombola por meio da Educação Popular em Saúde nos Municípios, Estados e União, contando com formandos e formadores que sejam quilombolas, de modo a atuarem na promoção da saúde e prevenção a partir dos saberes e práticas de cuidado ancestral e tradicional da medicina quilombola em parceria com os profissionais da Atenção Básica.

193. Fortalecer o referencial da Educação Popular em Saúde nos processos de Educação Permanente para o Controle Social, assim como, no processo organizativo dos conselhos, em especial, no estímulo à participação local junto dos serviços de saúde da Atenção Básica, ampliando os espaços de escuta, construção compartilhada e diálogo efetivo, comprometidos com a satisfação e resolução das demandas e necessidades das pessoas e territórios.

194. Ampliar e consolidar a participação de pessoas usuárias no Controle Social, estabelecendo a obrigatoriedade da Educação Popular em Saúde com Capacitações sobre Cidadania, Dinâmica e funcionamento dos Conselhos de Saúde, Conselhos Gestores e Princípios e Fundamentos do SUS em todas as Unidades de Saúde dos municípios e Estados do país.

195. Resgatar e descentralizar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), reinstalando a equipe técnica da Coordenação Geral de apoio à Educação Popular em saúde (EPS) no Ministério da Saúde, assim como, reinstalando o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde com composição atualizada e ampla, a fim de garantir a participação da diversidade de movimentos e instituições que desenvolvem a práxis da EPS no País, potencializando e viabilizando a revisão e implementação do Plano Operativo da referida Política.

196. Apoiar e incentivar fóruns, redes e demais colegiados que fortaleçam os conhecimentos de povos e comunidades tradicionais, na busca da saúde e longevidade dos nossos povos.

197. Elaborar mecanismos para fortalecer e reativar os Conselhos de Saúde (estaduais, municipais, regionais e locais), o protagonismo dos movimentos sociais populares

e proporcionar o fortalecimento do SUS e do controle social, com vistas a viabilizar a integração dos Conselhos de Saúde com outros Conselhos de Políticas Públicas, com a realização de fóruns periódicos e a implantação da “Casa dos Conselhos”; ampliar a informação/divulgação da existência e do papel dos Conselhos de Saúde, por meio de transmissão online das reuniões, atendimento ao público, divulgação das Conferências de Saúde para população, estudar a viabilidade de um horário acessível para população; aproximação e ações juntos aos serviços de saúde com participação efetiva dos três segmentos, respeitando a diversidade dos territórios, especialmente, em processo de vulnerabilização; promoção de debates nas escolas sobre Controle Social e participação popular; realização de reuniões itinerantes e implantação de Conselhos Distritais e Locais, fomentando a informação e conscientização sobre a importância de participar de Conselhos e Movimentos Sociais.

198. Garantir a organização e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, com autonomia administrativa e financeira com dotação orçamentária para o seu pleno funcionamento e organização da Secretaria Executiva, com a necessária infraestrutura e apoio técnico, assegurada no Plano Plurianual de Saúde – PPA e na Programação Anual de Saúde – PAS, em consonância a Lei 8.142/1990 e a Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, nas três esferas de governo, com vistas, ainda, a obter o Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) próprio, a construção de sede própria, a implementações de ações relativas à formação de conselheiros, educação permanente, garantindo o fortalecimento e ampliação dos espaços de Controle Social.

199. Democratizar e popularizar as conferências de saúde garantindo o direito à Saúde como Política de Estado e não de governo, exigindo que as diretrizes aprovadas se concretizem em políticas deliberativas pelos Conselhos de saúde, para serem executadas pela gestão, com efetiva fiscalização, sendo atendidas dentro do prazo.

200. Intensificar a participação dos povos tradicionais (indígenas e quilombolas), campo, da floresta, das águas (ribeirinhos e caiçaras), ciganos e os movimentos sociais urbanos e rurais (terrestres e ribeirinhas), indígenas, quilombolas, mestiços e caboclos, dentre outros, garantindo sua representação e participação nas instâncias

Municipal, Estadual e Nacional de Controle Social em Saúde, incentivando o apoio às comunidades mais afetadas por problemas de Saúde Pública, respeitando gênero e cultura.

201. Alterar a Resolução nº 453/12 do Conselho Nacional de Saúde, terceira diretriz, inciso X, para implantar nas três esferas de governo, o *jeton* para ajuda de custo aos conselheiros locais, municipais, estaduais e nacionais e suas comissões, para fortalecer o controle social.

202. Desenvolver e implementar uma política para o fortalecimento do Controle Social no SUS, através de fóruns territoriais, plenárias populares e conferências livres, com o objetivo de garantir o exercício da democracia participativa nas três instâncias do SUS.

203. Estabelecer mecanismos de fortalecimento e valorização da participação das organizações de mulheres nos conselhos de controle social do SUS a fim de garantir a efetiva execução das políticas públicas intersetoriais para as mulheres, trabalhando o protagonismo destas, para o empoderamento de suas entidades representativas, com a finalidade de contribuição para o avanço do SUS.

204. Garantir a ampliação do fundo de manutenção de apoio a Saúde do Trabalhador.

205. Orientar e fomentar a criação de conselhos locais e regionais de saúde a fim contribuir para a garantia de que os serviços de saúde públicos e privados sejam adequados, com equipamentos para monitoramento do acesso e incentivo ao atendimento às necessidades das mulheres em sua diversidade.

206. Incentivar a construção de Conselhos de Saúde Livres Comunitários e Espontâneos por local de moradia em todos os municípios do Brasil, para ampliar e fortalecer a participação popular no Controle Social no SUS.

207. Fortalecer os mecanismos de participação popular no Controle Social de Saúde Pública e entidades da sociedade civil voltadas ao tema da Covid-19 com vistas a: criar eventos, monumentos e museus em memória as vítimas e que retratem o que foi a tragédia e seus cúmplices.

208. Incentivar a construção de Conselhos de Saúde Livres Comunitários e Espontâneos por local de moradia em todos os municípios do Brasil, para ampliar e fortalecer a participação popular no Controle Social no SUS.

209. 210 - Reativar a Comissão Permanente Intersetorial de Comunicação e Saúde no Conselho Nacional de Saúde com vistas a monitorar, fiscalizar e apoiar as ações de comunicação e saúde e as políticas relacionadas, em interlocução com os atores responsáveis por seu planejamento, execução, acompanhamento e avaliação, em ação conjunta com as redes de movimentos e organizações sociais, bem como demais estruturas do sistema nacional de participação social.

210. Aumentar os vínculos com pessoas usuárias e comunidades, elevando seu protagonismo na saúde, e fortalecer as redes de contato e trabalho conjunto da saúde, com as diversas Políticas Sociais e Ambientais no âmbito do território para fortalecer a gestão democrática e participativa e os mecanismos existentes de controle social, com vistas a respeitar a paridade nos fóruns de decisão e órgãos deliberativos das agências de Estado; fortalecer as instâncias de gestão tripartite (Comissões Intergestores Tripartite – CIT, Bipartite – CIB e Regional – CIR), definindo com clareza as responsabilidades na gestão do SUS entre a União, Estados, DF e Municípios; garantir a transparência para as informações de saúde.

211. Fomentar articulação entre os movimentos sociais e a academia na valorização do diálogo entre os saberes técnico-científicos e da saúde com os saberes tradicionais, fortalecendo práticas de cuidado e priorizando metodologias participativas, utilizando a Educação Popular no âmbito dos territórios, nas políticas de informação, formação e comunicação das ciências da saúde, além de estimular o engajamento popular com representantes conscientes de direitos e participantes de pesquisa nos Comitês de Ética em Pesquisa.

212. Desenvolver ações para adequação de campanhas de imunização e acesso a medicamentos para plena inclusão da população que habita ocupações de movimentos sociais de luta pela reforma agrária e pelo direito à moradia, atuando de forma extra hospitalar para superar barreiras logísticas de deslocamento que essa população encontra para acessar serviços de saúde.

213. Fomentar adequação do programa Estratégia Saúde da Família com a inclusão do atendimento para a população residente em ocupações urbanas e rurais organizadas por movimentos sociais em luta pela reforma agrária e pelo direito à moradia, reconhecendo as particularidades dessa população e seu direito legítimo de manifestação.

214. Ampliar os mecanismos de acesso e efetiva participação da sociedade, em processos de consultas públicas, conferências e conselhos; divulgar e utilizar todas as Redes e Ferramentas de Comunicação Digital (Virtual), assegurando medidas de acessibilidade e práticas comunicacionais inclusivas, reconhecendo a diversidade da população brasileira; reconhecer, valorizar, estimular e incorporar tecnologias do cuidado, das demais variadas produções de conhecimento da Cultura e Educação Popular em Saúde com foco na população negra, para fomentar sua participação nas políticas de saúde.

215. Fomentar ações de fortalecimento da Participação Social, do Estado Democrático de Direito e suas Instituições, em especial as organizações coletivas do povo através da Democracia Participativa desde o Local até o Nacional, bem como subsidiar as instâncias do poder público, gestores, controle social e sociedade civil a ampliar o debate e assumirem responsabilidades para a promoção da equidade e da reparação dos direitos da pessoa cidadã.

216. Informar e sensibilizar membros do controle social, pessoas gestoras, profissionais e usuárias sobre os benefícios da Homeopatia no SUS.

217. Fomentar entre participantes do controle social a troca de saberes técnico-científicos baseado nas experiências, formação, educação permanente e pesquisas.

218. Fomentar ações de fortalecimento do Controle Social, respeitando o seu caráter deliberativo, de fiscalização e monitoramento das políticas públicas de Saúde, envolvendo o apoio do Ministério da Saúde, Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, órgãos de controle, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde, Universidades e outras parcerias, garantindo também a obrigatoriedade dos cumprimentos e encaminhamentos advindo instâncias de participação e controle social, com destaque ao Plano Nacional de Saúde.

219. Realizar a 1ª Conferência Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, considerando a pluralidade desse grupo de pessoas no que se refere à gênero, raça, etnia e cor, cultura, orientação sexual, classe socioeconômica, pessoa em situação de rua, dentre outros.

220. Organizar a atenção nutricional em rede, conforme preconizado na PNAN, garantindo a intersetorialidade e a intrasetorialidade.

221. Promover a articulação interministerial, com vistas a: promover formações acadêmico-profissionais para as pessoas com deficiência; ampliar representação social das pessoas com deficiência nas campanhas governamentais diversas, como uma das estratégias para fortalecer o pertencimento dessas pessoas nos diversos espaços sociais, de modo geral, e nos estabelecimentos e ações de saúde, de forma mais específica.

222. Ampliar a participação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, nas instâncias de governo com entrada facilitada e presença de TODAS as pessoas com deficiência, incluindo as com deficiência intelectual, psicossocial e múltiplas deficiências, em igualdade de oportunidades, bem como reconhecer das datas de luta das pessoas com deficiência no calendário de comunicação do Ministério da Saúde e realizar campanha de combate ao capacitismo na saúde (com foco em acessibilidade atitudinal), e promoção do protagonismo das mulheres com deficiência nas campanhas informativas direcionadas ao público feminino em geral.

223. 224 - Garantir a representatividade do segmento dos estudantes em todas as instâncias de Controle Social do SUS, priorizando que esse representante seja egresso do VER-SUS, bem como, assegurar que as comissões organizadoras das vivências do VER-SUS se comprometam em incluir Movimentos Sociais e Populares no cronograma das atividades, além de incluir atividades em Conselhos Locais de Saúde, sempre que possível, a fim de reconhecer os diferentes saberes tradicionais,

integrando-os na lógica do cuidado, juntamente com os Movimentos Sociais e Populares presentes em cada território.

224. Instituir comissões estaduais de residência em saúde que respeitem os modos organizativos maro e microrregionais de cada estado, como as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e as Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES), assegurando-lhes papel sistêmico de organização e gestão entre Comissões Regionais, Comissões Estaduais e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, bem como instituir sistema de formação e educação permanente de coordenadores, tutores e preceptores focados no aprimoramento dos projetos pedagógicos, integração entre programas regionais, estaduais e nacionais, consideração das fragilidades populacionais conforme diversidade humana, territorialidade e iniquidades em saúde, adotando a proposta de formação autogerida pelos fóruns da base e de apoiadores, sustentados por cooperação técnica, financeira e operacional dos mistérios da educação e da saúde.

225. Criar e implementar observatórios sociais relacionados ao VER-SUS, com canais interativos, mídias locais e acessíveis que promovam o fortalecimento e empoderamento da comunidade, dos estudantes e egressos do VER-SUS, contribuindo com o sentimento de pertencimento e de luta por melhorias nos territórios.

226. Estabelecer legal e normativamente a realização dos Seminários Nacionais de Residências como estratégia de regulação ampliada da política nacional de residência, sempre realizados com participação formal do Conselho Nacional de Saúde, bem como reconhecer o Encontro Nacional de Residências em Saúde como espaço legítimo e com ampla participação dos Fóruns Nacionais de Coordenadores, de Tutores e Preceptores, de Residentes e de Apoiadores de Residências em Saúde, acolhendo seus encaminhamentos e a designação de membros para participação na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

227. Considerar o Fórum Nacional de Residentes em Saúde como única representação desse segmento em todo e qualquer espaço oficial do Sistema Único de Saúde e do Sistema Nacional de Educação, em especial junto ao Conselho Nacional de Saúde e à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, assim como em toda e qualquer instância do controle social em saúde e de regulação do sistema educacional ou intersetorial relativo à formação de profissionais no âmbito das residências em área profissional da saúde, com destaque à criação de assento junto ao plenário do Conselho Nacional de Saúde.

228. Colocar em pauta a fiscalização mais presente nas escolas médicas, quanto a como está sendo incrementado o ensino as diretrizes e viés do SUS para que saiam profissionais capacitados para valorizar e atuar dentro do SUS

229. Criar redes que orientem e apoiem famílias acolhedoras de crianças e adolescentes trans, bem como aquelas com dificuldade de relacionamento e aceitação parental, nos serviços públicos de Saúde, Assistência Social, Educação, Proteção Integral e Garantia de Direitos, contemplando, com especial atenção, atravessamentos relativos às questões de desproteção social, e às interseccionalidades que possam potencializar situações de violências e violações, como em situação de exploração sexual, situação de rua, restrição de liberdade, pobreza, raça, etnia, deficiência, etc.

230. Criar programas que visem a diminuição da evasão escolar, incentivem a permanência e o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes trans e suas famílias no contexto escolar, com combate à transfobia, e utilização de banheiros de acordo com a identidade de gênero, a partir de atividades de formação e sensibilização de profissionais de saúde e de educação e atividades de educação em saúde nos espaços escolares.

231. Garantir a transparência das informações em saúde, contemplando dados sobre as condições de saúde da população em seus territórios, os nexos causais, os condicionantes e determinantes políticos, econômicos, sociais e ambientais que revelam a complexa situação de saúde vivenciada pelos diferentes perfis populacionais, fortalecendo a democracia participativa, o Controle Social e os Princípios do SUS, com vistas a fomentar o acesso universal a internet; estabelecimento de uma Câmara Técnica de Informações e Saúde Digital no Conselho Nacional de Saúde: estabelecimento de uma Plataforma Digital de Cooperação específica para o Sistema Único de Saúde nos Conselhos de Saúde nas instâncias de governos; avaliação e monitoramento das Políticas Públicas

de Saúde Digital, com tecnologias digitais condizentes com as necessidade dos usuários e do SUS.

232. Garantir a integração dos Conselhos de Direitos com a comunidade acadêmica para a construção e monitoramento de Políticas Públicas.

233. Garantir ferramentas de participação da População Negra nos processos consultivos e deliberativos de Políticas Públicas. Desta forma, busca-se garantir cotas de participação de pessoas negras em conselhos de todas as instâncias de saúde, bem como garantir orçamento para assessoria externa e capacitação de pessoas conselheiras na perspectiva da educação permanente, garantindo uma educação antirracista em saúde, valorizando, principalmente, a interseccionalidade de raça gênero e classe, com ênfase em saúde de mulheres negras.

234. Assegurar a participação social de representantes de Organizações da Sociedade Civil, profissionais, ativista, e pessoas usuárias representantes da população negra nos espaços de controle social no SUS, através da flexibilização de dias e horários das atividades; aportes financeiros necessários; assim como, a revisão dos canais de participação social de forma a garantir as vozes marginalizadas; nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de ações de educação permanente e popular em saúde e direitos voltadas para a especificidade das questões étnico-raciais

235. Implantar políticas universais, resolutivas, com Equidade e Controle Social, baseada nos territórios regionalizados com integração das políticas sociais e instâncias para governança e gestão regional; fortalecer o Controle Social nas políticas sociais e de saúde, com vistas a efetivar a intersetorialidade com Conselhos Intersetoriais, segmentos comunitários do legislativo e institucionais, com representatividade e legitimidade; promover o papel da sociedade e Conselhos de Saúde nas articulações intersetoriais para enfrentamento do envelhecimento, violência, obesidade, fome, déficits de moradia, poluição, desmatamento, esgoto e contaminação do solo e das águas; recompor a seguridade social incluindo a recriação do Conselho Nacional da Seguridade Social, art. 194 da CF/88, revogado pela Medida Provisória nº 2.216-37, de 2001; fortalecer a Educação Popular em Saúde como potente estratégia de mobilização visando qualificar a participação e expandir a consciência sanitária.

236. Realizar, por meio do Controle Social, junto aos órgãos de controle, auditorias, os monitoramentos periódicos da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), visando identificar possíveis irregularidades e estimular a criação de mecanismos independentes, como grupos de trabalho ou assessorias técnicas, para que entidades da sociedade civil, ligadas ao câncer, possam participar, oficialmente, da fiscalização e auditoria da política; ainda, pleitear apresentações públicas e treinamentos para utilização dos instrumentos de fiscalização existentes.

237. Realizar, em 2024, a 3ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, contemplando as etapas municipais/regionais/estaduais.

238. Garantir transparência e participação popular, inclusive do Controle Social do SUS, nas decisões do Grupo Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) e na definição das diretrizes e objetivos do CEIS, particularmente das Parcerias para Desenvolvimento Produtivo (PDPs).

239. Garantir a manutenção do sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ligados ao Conselho Nacional de Saúde para garantir o controle social nas diretrizes da pesquisa clínica com seres humanos e que o acesso a terapias após os ensaios clínicos seja mantido

240. Atualizar o acesso e a participação social das Associações representativas de pacientes com expertise técnica comprovada em processos de avaliação de tecnologias em saúde e incorporações em órgão regulador, comitês e grupos de trabalho.

241. Estabilidade às pessoas trabalhadoras de saúde quando no exercício dos mandatos em Conselhos de Saúde em todos os níveis.

242. Mobilizar a comunidade sobre a importância das instâncias de participação social através das diversas formas de comunicações existentes.

243. Fortalecer e/ou implantar equipes multiprofissionais (eMulti) em zonas rurais incluindo categorias profissionais das áreas de conhecimento relacionadas à saúde rural (agronomia, zootecnia, agroecologia, práticas de saber popular, fitoterapia).

244. Iniciar a reconstrução do complexo econômico-industrial da saúde com a participação das universidades e institutos federais, integrando saúde, economia, meio ambiente e inovação de forma sustentável, garantindo nossa soberania nacional.

245. Coordenar a valorização, a partir do Ministério da Saúde, da atenção básica em conjunto com estados e municípios, garantindo programas que contemplem sua ampliação e qualificação a exemplo da estratégia de saúde da família;

246. Democratizar o processo de registro de condições de trabalho, acidentes e doenças, análise dos tipos de empresa de seu território, garantindo o direito a qualquer cidadão de notificar formalmente condições de trabalho inadequadas, acidentes ou doenças e violências relacionadas ao trabalho em um sistema simples e de fácil manuseio digital; além disso, que permita a integração e referência e contrarreferência em rede.

247. Fortalecer e qualificar a participação social para discussão sobre os modelos de financiamento do SUS e a forma de operacionalização do Sistema de Saúde, a fim de garantir a sustentabilidade do sistema e o acesso a tecnologias e serviços.

248. Implementar a Política Nacional de Cuidado Integral as Pessoas com Demência e seus Familiares.

249. Fortalecer a consciência sanitária e o reconhecimento social do SUS como valor e patrimônio da classe trabalhadora brasileira; ampliar as estratégias populares visando disseminar a importância e o valor do SUS, para que a população brasileira amplie seu reconhecimento da saúde como um direito e o sistema de saúde público como patrimônio do povo trabalhador brasileiro, e fortalecer o SUS para contribuir com a redução da segmentação no campo da saúde, visando constituir uma identidade coletiva e de valores que enfatizem a equidade e a solidariedade.

250. Fortalecer o papel da força de trabalho do sistema único de saúde (SUS) como agentes de transformação social, promovendo a gestão democrática do trabalho em saúde e o fortalecimento da sua participação na organização dos processos de trabalho e dos serviços de saúde, fortalecendo profissionais do SUS que se encontram na ponta do Sistema, em contato direto com a população, enquanto instrumentos permanentes de escuta e devolutiva às pessoas usuárias, garantindo salários dignos, condições de trabalho adequadas, reduzindo a precarização de vínculos e dos ambientes de trabalho.

251. Pactuar com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, espaços para promover e divulgar a participação juvenil a partir das escolas rurais, bem como sensibilizar as pessoas gestoras de saúde nas instâncias de governo sobre o tema e ofertar as práticas integrativas a este público, respeitando o princípio da equidade.

252. Reivindicar participação ativa dos Ministérios Públicos Estaduais e Federal, das Defensorias Públicas dos Estados e da União, para juntamente com a sociedade civil, por meio de audiências públicas, realizar as discussões visando a responsabilização de pessoas dos governos municipais, estaduais e federal, bem como, de parlamentares e empresários associados, pelos crimes previstos no Código Penal em seus Artigos 132 (“Perigo para a vida ou saúde de outrem”), 257 (“Subtração, ocultação ou inutilização de material de salvamento”), 268 (“Infração de medida sanitária preventiva”), 315 (“Emprego irregular de verbas ou rendas públicas”) e 319 (“Prevaricação”), bem como na de responsabilização por crime de genocídio e/ou lesa humanidade em tribunais internacionais e órgãos nacionais e internacionais de defesa dos direitos humanos.

253. Criação da lei que trata sobre exames toxicológicos e impregnação de metais pesados tendo em vista a especificação da região que se encontra em área de minério.

254. Implementação de recursos diferenciado do Fundo Amazônico

255. Regulamentação do imposto sobre grandes fortunas, previsto na constituição federal e nunca implementado, com destino exclusivo para a saúde

256. Garantir o cumprimento da Lei que regulamenta o Piso Salarial Nacional da Enfermagem, assim como a aprovação da carga horária de 30 horas.

257. Fortalecer a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), seu corpo técnico, governança e estabelecer uma Política Nacional de Preços, que aumente a transparência deste processo.

258. Garantir discussão e fiscalização ampla pela sociedade, inclusive através da realização de audiências públicas junto à População em Situação de Rua (PopRua) e da participação de fóruns de usuários e trabalhadores, de assuntos relacionados à saúde da PopRua.

259. Disseminar informações regionais, distritais municipais e estaduais racializadas (recorte dos dados pelo campo raça/cor) em diferentes canais de comunicação (para população, serviços de saúde, gestores, e espaços de cuidado no território), bem como informar a população sobre os espaços de controle social.

260. Criar uma autoridade nacional de saúde da população negra (a exemplo da autoridade de mudança climática) para representar, regular, monitorar e implementar as ações relativas à política, criando um espaço de participação da população negra. Isso pode se desdobrar em ações para criar autoridades regionais para garantir que a política chegue aos usuários e a população brasileira em toda sua capilaridade, propiciando a criação imediata dos comitês técnicos de saúde da população negra nos municípios com recursos financeiros e demais estruturas.

261. Criar Estatuto do Pescador, a exemplo do Estatuto da Criança e do Adolescente.

262. Criar eventos, monumentos e museus que permitam as atuais e futuras gerações conhecerem o que foi a tragédia da Pandemia da COVID-19 e seus cúmplices, para que nunca mais aconteça. Não esquecer para nunca mais acontecer.

263. Instituir nas Unidades Básicas de Saúde, grupo de acolhimento para gestantes adolescentes, constituído por médico, psicólogo e assistente social, com o objetivo de auxiliar no manejo financeiro, suporte emocional, treinamento de habilidades parentais e planejamento de vida.

264. Garantir orçamento rubricado para os povos tradicionais de matriz africana como forma de fomento e reparação ao sequestro e inviabilização destas ações de saúde que sempre foram promovidas e o enfrentamento ao racismo estrutural e institucional.

265. Reivindicar participação ativa do Ministério Público e da Advocacia-Geral da União, considerando o relatório da CPI da Pandemia que atuem visando a responsabilização de Jair Bolsonaro, assessores diretos do governo, parlamentares e empresários associados, pelos crimes previstos no Código Penal em seus Artigos 132 (“Perigo para a vida ou saúde de outrem”), 257 (“Subtração, ocultação ou inutilização de material de salvamento”), 268 (“Infração de medida sanitária preventiva”), 315 (“Emprego irregular de verbas ou rendas públicas”) e 319 (“Prevaricação”), bem como na de responsabilização por crime de genocídio e/ou lesa humanidade em tribunais internacionais e órgãos nacionais e internacionais de defesa dos direitos humanos

266. Incentivar a construção de fóruns/comitês nos estados e municípios para ampliar a implementação de uma agenda transversal por memória, responsabilização e reparação, com incentivo à criação de memoriais locais, monumentos, placas alusivas e instituição de dia em homenagem às vítimas em âmbito municipal e estadual.

267. Aprimorar o processo de escuta de pacientes, no âmbito da chamada “perspectiva do paciente” (paciente testemunho), definindo os aspectos do processo de avaliação de tecnologias em saúde que podem ser elucidados, os parâmetros para análise das falas e os critérios para consideração dos depoimentos nas decisões finais.

268. Aperfeiçoar a análise das contribuições da sociedade civil nas consultas e audiências públicas realizadas nos processos de avaliação de tecnologias em saúde no SUS, assegurando que os relatórios elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde exponham de modo adequado os motivos de seu acolhimento ou rejeição.

269. Garantir a participação das organizações representantes de pacientes de forma paritária com as demais representações na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), inclusive para a formulação da Agenda Regulatória da ANS. Além disso, criar outros fóruns e encontros de discussões temáticas e periódicas entre a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde (ANS) para a discussão da realidade e gargalos relacionados aos serviços.

270. Apoiar o projeto de levantamento de dados epidemiológico e análise de situação de saúde com a participação da sociedade civil organizada com comprovada capacidade técnica.

271. Incluir na Política Nacional de Atenção Básica de políticas específicas para municípios rurais e populações rurais (teto de credenciamento de 1.500 pessoas por equipe proporcional à população rural municipal; financiamento para transporte sanitário para equipes de saúde da família rurais; equipes de saúde da família itinerantes, unidades móveis de saúde da família; unidades fixas de apoio às equipes de saúde da família em comunidades rurais, quilombolas, indígenas e assentamentos; possibilidade de uma quantidade maior de profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, e outros, por equipe de saúde da família rurais; e-multi estratégicas para áreas rurais; financiamento de infraestrutura física nas unidades para ações de reabilitação física e práticas integrativas; unidade de saúde rurais com horário ampliado, com assistência farmacêutica e do saber popular por meio da implantação e fortalecimento de farmácias vivas nestas comunidades, vinculadas às equipes de saúde da família.

272. Revisar a Reforma Trabalhista e a Reforma Previdenciária, acabando com a contratação dos profissionais de saúde no SUS por meio de vínculos precários como PJ.

273. Apoiar a realização de fóruns de Homeopatia nas 3 esferas de governo, gerando discussão e análise da implantação e implementação da Homeopatia no SUS

274. Universalizar e implementar a Política de Atenção Primária à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no que diz respeito à dignidade humana e combate ao racismo, considerando que a população negra é maioria no encarceramento brasileiro.

275. Desenvolver projetos com a participação de acadêmicos da área da saúde para a população autóctone da região norte do país (indígenas, ribeirinhos e quilombolas), considerando os aspectos culturais.

276. Criação das Comissões Intersetoriais de Saúde Das Mulheres (CISMU's) municipais e estaduais.

277. Adequar a prestação de serviços de urgência e emergência e do SAMU para garantia de acesso das populações residentes em ocupações de luta pela reforma agrária, assentamentos rurais e ocupações urbanas pelo direito à moradia, compreendendo as dificuldades logísticas encontradas por essas populações.

278. Fortalecer a Política de Reforma Agrária, valorizando a produção orgânica de alimentos e sementes, e práticas de plantio agroecológico (ambiental, social e econômico) dos pequenos produtores da agricultura familiar (com foco na concepção de cadeia produtiva e com suporte técnico ao agricultor) bem como incluir sua produção nos programas de combate à fome; fortalecer, ainda, políticas de incentivo a pesquisas para uso correto do solo, descarte de resíduos e ampliação o programas de crédito rural e de acesso insumos agrícolas.

279. Alterar a legislação federal, trazendo a responsabilidade do compromisso transversal, ofertando educação com desenvolvimento de palestras para o conhecimento dos princípios do SUS para que as pessoas profissionais de saúde possam ter a atribuição de levar informações recebidas por qualquer meio, a toda população sem distinção de raça, cor, religião e orientação sexual e identidade de gênero.

280. Manter na pauta das discussões em políticas públicas a importância de preservar o direito a vida com proteção dada ao trabalhador e a trabalhadora.

281. Melhorar o financiamento do SUS, garantindo a transferência de recursos federais e/ou estaduais para os municípios de pequeno porte, levando em consideração a realidade, as necessidades e dificuldades de implementação das ações, relevantes a população, com autonomia de execução.

282. Implementar a Política de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), assegurando o financiamento para apoio aos familiares dos pacientes em atendimento.

283. Garantir a composição multiprofissional nas equipes de saúde indígena para atendimento aos povos originários.

284. Criar unidade específica adequada do pronto atendimento para municípios de pequeno porte que não possuem hospitais.

285. Definir, na lei orçamentária, percentual específico para a política de controle social, considerando custos para funcionamento, organização, estruturação, capacitação, dentre outros, com mecanismo de repasse fundo a fundo.

286. Instituir um programa de educação permanente para todos as pessoas participantes do controle social, e profissionais dos SUS.

287. Garantir a implantação com financiamento pelas três esferas federativas, a efetivação dos pisos salariais das categorias profissionais com legislação vigente, lei federal 3999/61 e GM/MS 597/23 e considerar a estruturação da carreira do SUS para a multiprofissionalidade do sistema.

288. Erradicar o clientelismo político no Ministério da Saúde, nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

289. Definir estratégias de comunicação de mídias sociais com linguagem acessível, com imagens áudios, vídeos, LIBRAS, também, nos ambientes institucionais e ao público em geral, divulgando as atividades e eventos do Controle Social; Transmissão em tempo real das Reuniões Ordinárias, Extraordinárias e Conferências.

290. Viabilizar os encontros dos estados fronteiriços para implementação de soluções e temas de interesse comum.

291. Desenvolver processos de formação e articulação com as comunidades, pautadas na educação popular em saúde, como estratégia de mobilização de usuários e inclusão de saberes e práticas locais nas ações de saúde, no diálogo entre serviços, movimentos sociais e populares e universidades.

292. Criar linha de cuidado de atenção integral à saúde da população trans, garantindo a ampliação dos ambulatórios de atenção integral para pessoas transsexuais e travestis, e pactuação regional interestadual para acesso e cuidado, incluindo habilitação de serviços de referência hospitalares e cirúrgicos no processo transexualizador conforme a Portaria Ministerial nº 2.803/2013.

293. Garantir a prestação de serviços dos profissionais liberais do direito e de contabilidade a fim de assessorar o colegiado da saúde, na tomada de decisões quanto ao relatório de gestão, os relatórios quadrimestrais de saúde e todas as prestações de contas.

294. Garantir o financiamento para participação de conselheiros de saúde em eventos de controle de social.

295. Criar Comitê Local (estadual, distrital, municipal) de articulação, monitoramento e discussão de implementação de ações para o combate às desigualdades de gênero, raça/etnia no âmbito dos equipamentos e serviços da saúde, com a participação de representantes de outros setores, como por exemplo: assistência social, justiça, educação, cultura, movimento sindical, movimentos sociais e controle social, a partir do recurso e diretrizes instituídas na Portaria GM/MS nº 230, de 07 de março de 2023, e em consonância com outras políticas, tais como: da população negra, pessoas LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual), das mulheres, saúde das trabalhadoras e trabalhadores, indígena, entre outras.

296. Garantir a representação de movimentos sociais de pessoas idosas, em Comitês, Grupos de Trabalho, Conferencias ou outros mecanismos de discussão, deliberação, formulação e monitoramento de políticas pública sobre o envelhecimento ou temas que tenham interface, no campo do cuidado, cultura, saúde, direitos humanos, relativas ao desenvolvimento de tecnologias (a exemplo o Complexo Econômico-Industrial e Saúde digital), reforma previdenciária e políticas de inclusão social, propiciando dessa maneira que o processo de envelhecimento digno e saudável seja, de fato, um projeto civilizatório do Brasil, desconstruindo toda forma de preconceito, estigma e discriminação contra as pessoas idosas.

297. Fiscalizar os serviços, instituições e pessoas servidoras públicas, com ética e transparência, para evitar que haja negligência em todas as áreas, desde os serviços de limpeza até a direção, criando comitês populares de saúde mental para acompanhar, fiscalizar e colocar em ação o andamento de políticas públicas, bem como promoção de articulação concreta entre a Política de Saúde Mental e as políticas

em relação às minorias sociais, com dignidade de acesso aos estudos, auxílio com questões de alimentação e apoio financeiro para viver adequadamente, visando a erradicação da fome, informação sobre direitos, emancipação e cidadania.

EIXO 3: GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA

DIRETRIZES

1. Adotar e potencializar a educação permanente em saúde como política pública estruturante do desenvolvimento do trabalho e das pessoas trabalhadoras, como proposta pedagógica para a formação e como estratégia para a integração ensino-serviço na saúde, incorporando-se as dimensões do quadrilátero da formação (educação, atenção, gestão e participação) e o contexto das diversidades territoriais e humanas na construção de todos os projetos educativos em implicação com o SUS.

2. Ampliar e fortalecer o Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) de forma articulada nas três esferas de governo, na perspectiva da melhoria da qualidade da assistência e na maior eficiência do gasto público em saúde.

3. Ampliar o acesso da população quilombola à saúde nos três níveis de atenção com foco prioritário à Atenção Básica de base territorial adentrando as comunidades quilombolas e respeitando seus saberes e práticas de saúde ancestrais e tradicionais da medicina quilombola.

4. Assegurar o cuidado integral para a pessoa idosa considerando a diversidade de velhices: LGBTQIA+, pessoas negras, grupos originários, pessoas privadas de liberdade, e demais grupos sociais minorizados, em seus diversos graus de dependência, abrangendo desde o estímulo ao envelhecimento saudável até a oferta de cuidados continuados em domicílio que paliem a terminalidade.

5. Combater a precarização do trabalho no SUS e valorizar profissionais da saúde com o Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) e com abertura de concursos públicos, incluindo os hospitais universitários.

6. Concretizar a saúde digital com caráter público e financiamento, reforçando a garantia do fortalecimento dos níveis de atenção em saúde a partir da incorporação de tecnologias digitais ao SUS.

7. Concretizar as Políticas Nacionais de Saúde das Trabalhadoras e dos Trabalhadores (PNSTT), Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST) no contexto da Política de Saúde e em articulação com demais políticas públicas em respeito à promoção e proteção da saúde como direito constitucional das brasileiras e dos brasileiros.

8. Consolidar o SUS como principal patrimônio do Estado na garantia do direito à vida do povo brasileiro.

9. Construir estratégias de integração ensino-serviço-comunidade com centralidade no quadrilátero da formação (Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social) e protagonismo dos movimentos sociais.

10. Defender o SUS, a vida e a democracia, significa garantir direitos, principalmente para a população em vulnerabilidade socioambiental com acesso a tratamentos em liberdade.

11. Defender o SUS, fortalecendo e valorizando a Atenção Básica como ordenadora do cuidado, com base na regionalização, qualificando o modelo de atenção integral à saúde, respeitando os atributos da atenção básica e as diferenças locorregionais e sociais dos municípios e Regiões de Saúde dos estados, assegurando, ainda, a participação popular e controle social efetivo a fim de garantir o direito à saúde segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção.

12. Defender de forma permanente o SUS como política pública inserida num projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento

do art. 196 da Constituição Brasileira, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda pessoa cidadã, sem distinção, e os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada.

13. Democratizar o acesso, a participação popular, a integralidade, a universalidade, a equidade da atenção à saúde mental de pessoas trabalhadoras dos serviços de saúde e assistência social e da população em situação de rua.

14. Desburocratizar os preceitos da Lei Orgânica da Saúde para aprimorar o SUS, qualificando as ações de assistência e vigilância, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado.

15. Desenvolver a capacitação profissional e expansão das unidades públicas de saúde da administração direta com o fortalecimento das pactuações regionais assegurando o financiamento do SUS de forma a alcançar sua sustentabilidade e fortalecer os processos de transparência no uso dos recursos públicos.

16. Desenvolver ações que asseguram autonomia das mulheres negras, indígenas, quilombolas, extrativistas, pessoas com deficiência, lésbicas, transexuais, entre outras pessoas sobre seu corpo, qualidade de vida e de saúde em todas as fases de sua vida, respeitando a diversidade racial e étnica das mulheres.

17. Encerrar as renúncias fiscais dos planos privados de saúde, com avanço progressivo de investimento na rede pública de saúde.

18. Enfrentar as doenças negligenciadas, emergentes e reemergentes, crônicas, degenerativas e raras como direito fundamental à saúde.

19. Estruturar Redes de Atenção à Saúde integrais e resolutivas por Regiões de Saúde, ordenadas pela Atenção Básica e aos diferentes grupos populacionais em suas demandas e necessidades de saúde, com financiamento tripartite, qualificação do acesso e Educação Permanente, monitoradas pelo controle social em todos os níveis para a garantia dos direitos, da vida e da democracia.

20. Fortalecer a comunicação estratégica, transversal, interfederativa e intersetorial com utilização de todos os meios de comunicação e mídias sociais para a difusão de informações sobre as práticas, serviços e políticas de saúde com linguagem acessível e estratégias políticas de disputa de narrativas construídas com base na educação popular em saúde, valorização da ciência e dos saberes tradicionais.

21. Fortalecer a política de Saúde Indígena, com universalidade de acesso e integralidade da assistência, incluindo cuidados paliativos e práticas integrativas complementares, com continuidade da atenção e do cuidado em todos os níveis.

22. Fortalecer a saúde mental e potencializar rede nacional de atenção à saúde mental como direito das pessoas trabalhadoras do Brasil, assegurado pelo financiamento adequado e suficiente para as ações e serviços de saúde, de forma articulada e integrada com os sistemas de informação e ações de saúde, da previdência, da assistência social, das políticas de direitos humanos, considerando a intersetorialidade, a diversidade, as vulnerabilidades, as situações e necessidades dependentes dos condicionantes e determinantes do processo saúde - doença da população brasileira.

23. Fortalecer e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, como expressão do direito humano à saúde e democratização das estratégias de atenção.

24. Fortalecer o setor da saúde como promotor do projeto de desenvolvimento do país, reconquistando as altas coberturas vacinais e fortalecendo o CEIS (Complexo Econômico-Industrial da Saúde) de forma equitativa.

25. Garantir a ampliação das redes de atenção e promoção do cuidado integral às pessoas, em especial às gestantes e lactantes, considerando o enfrentamento à violência e o racismo obstétrico, por meio da implementação de políticas públicas que contemplem as particularidades relacionadas ao gênero, a raça, acessibilidade, territorialidade e a população em situação de vulnerabilidade social, por meio da promoção de ações educativas para a conscientização sobre os direitos e a possibilidade de denúncia.

26. Assegurar acesso a referência e contrarreferência para cuidado integral no atendimento e reabilitação da hanseníase, através do fortalecimento da rede de atenção básica com ações matriciais e de promoção à saúde do NASF em comunidades não assistidas.

27. Garantir a dignidade do atendimento às pessoas em todas as etapas do ciclo de vida, respeitando os valores dos usuários e dos profissionais de saúde, proporcionando o conhecimento adequado para que se possam fazer escolhas relativas ao planejamento familiar.

28. Assegurar aos representantes dos povos tradicionais de matriz africana, o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos no equipamentos públicos e privados do SUS, assegurando a participação dos povos e comunidades tradicionais nos conselhos e comissões que tratem da saúde deste, ou que utilizem conhecimentos inerentes dos mesmo o SUS apenas com representação real é que efetiva-se o papel de mobilização e controle social.

29. Garantir atenção à saúde integral das mulheres em sua diversidade.

30. Garantir atenção em saúde às pessoas com sequelas e familiares de vítimas de Covid-19, com planejamento e destinação de recursos.

31. Assegurar a universalidade do acesso às ações e serviços de saúde, com financiamento adequado e suficiente, considerando as necessidades da população brasileira e dos migrantes, conforme os princípios do SUS.

32. Garantir o acesso universal, equânime e contínuo a serviços de saúde bucal de qualidade, promovendo a resolução para toda demanda manifesta, espontânea ou programada.

33. Garantir o financiamento público e sustentável ao Sistema Único de Saúde-SUS, melhorando o padrão e a transparência dos gastos e qualificando o financiamento tripartite em saúde.

34. Assegurar o financiamento público para a implementação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, com respeito às condições de trabalho digna e a concretização da saúde como direito constitucional.

35. Garantir o modelo de atenção integral à saúde público e gratuito, com financiamento adequado a população negra, idosa, mulheres, homens, adolescentes, crianças, LGBTQIA+, pessoas com deficiência, comunidades e povos tradicionais e população de rua, por meio de ações intra e intersetoriais para promoção, prevenção, reabilitação, considerando as questões geográficas e territoriais.

36. Garantir os cuidados em alimentação e nutrição universais e específicos, efetivando a presença e atuação dos profissionais de nutrição no âmbito do SUS público, estatal e de qualidade.

37. Garantir política de financiamento adequada e sustentável para a Atenção Básica revogando o Previne Brasil e estabelecendo componentes fixo e variável, com avaliação de desempenho, de repasse do governo federal e garantindo o papel dos estados no financiamento tripartite de forma que contemple especificidades e desigualdades regionais a fim de promover equidade para o cuidado integral.

38. Implantar uma Política Nacional para a distribuição de medicamentos à base de cannabis pelo SUS, com previsão orçamentária, gestão interfederativa e com formação continuada, multiprofissional e interdisciplinar.

39. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada à Rede de Atenção à Saúde e como componente de cuidado através da Estratégia de Saúde da Família.

40. Implementar o SUS através de serviços e servidores públicos, revogando todas as formas de privatização na saúde - Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Parceria Público-Privada (PPP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

41. Promover o acesso à assistência homeopática nos diversos níveis de atenção e aos medicamentos homeopáticos prescritos.

42. Promover os direitos humanos desbanalizando o sofrimento da população nas urgências, com a constituição de respostas equitativas e integrais, eliminando o tempo prolongado de permanência (superlotação e congestão) que resulta em mortes e complicações evitáveis.

43. Realizar a reforma tributária que inclua a taxação das grandes fortunas para fortalecer o SUS.

44. Reconhecer a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) como um serviço híbrido, intersetorial, que articula especialmente a saúde e a assistência social, para garantia de direitos da pessoa idosa institucionalizada, contemplando o atendimento das necessidades, o fomento às potencialidades e a priorização da pessoa idosa e sua força de trabalho, em ambiente institucional e comunitário.

45. Reconhecer o direito das pessoas com deficiência à atenção à saúde de qualidade e humanizada nas ações e políticas universais.

46. Reorganizar o SUS com planejamento intersetorial e ações transparentes, mapeando e qualificando a força de trabalho, promovendo a redução de déficits profissionais, ampliando o acesso aos serviços de saúde com qualidade e com critérios técnicos, com financiamento adequado nas três esferas de governo, promovendo acesso à assistência para todas as pessoas, com a capacidade de absorção em todos os níveis de atenção.

47. Resgatar o protagonismo do país na agenda sanitária internacional, na defesa da solidariedade e da equidade entre os povos e com foco na cooperação Sul-Sul, fortalecendo a integração das políticas e sistemas de vigilância em saúde, ambiente e trabalho dos países das Américas, considerando os processos de preparação e resposta às emergências em saúde pública (epidemiológicas, desastres e desassistência) e os impactos dos riscos ambientais e sociais à saúde.

48. Retomar o crescimento e a redução da desigualdade em todos os níveis do SUS, consolidando o acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, fortalecendo as redes regionalizadas com ênfase no papel da atenção primária.

49. Revisar, ampliar e incluir legislações específicas para a população LGBTQIA+, a exemplo da Portaria 2803/2013, voltadas a pessoas intersexo dentre outras, em conformidade com a Política Nacional de Saúde Integral para pessoas LGBT (Portaria 2836/2011), a partir de uma perspectiva despatologizadora, não-binarizada e de autonomia dessas pessoas.

50. Revisar e atualizar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), para que esta possa dar visibilidade às especificidades e necessidades das populações das águas, criando um Programa de Saúde para os Povos das Águas, de atuação intersetorial e coordenação interministerial, ofertando o acesso aos serviços de saúde para estes povos de maneira ampla e democrática, referenciada nos princípios da equidade e da integralidade.

51. Revogar a EC 95/2016, revisar o pacto federativo, desvinculando as despesas de saúde do teto de gastos da União, garantindo e regulamentando repasses de maior parcela das receitas aos municípios, bem como atualização dos valores e parâmetros de habilitação de novos serviços e reajustes periódicos da tabela SUS.

52. Valorizar e intensificar ações em defesa do SUS, do exercício pleno da democracia, da vida, da diversidade de realidades e da livre determinação dos usuários e usuárias, através da mobilização social, combatendo qualquer iniciativa de privatização, terceirização e monetarização das ações e serviços públicos de saúde.

53. Afirmar a comunicação como direito fundamental para a garantia dos demais direitos sociais, de modo que as ações de comunicação em saúde sejam conduzidas a partir de uma política estruturante com base na Constituição Federal de 1988.

54. Construir agenda, implementar, avaliar e articular interministerial das políticas públicas afirmativas de Estado para o enfrentamento às desigualdades sociais,

étnico-raciais, de gênero e regionais com mecanismos mitigadores dos determinantes sociais do adoecimento psíquico - em conformidade com os princípios do SUS, dos direitos humanos, por uma sociedade plural, justa e livre que acolha, reconheça e respeite todas as formas (radicais) de existência humana e de sofrimento psíquico.

55. Defender a democracia e o SUS como condição essencial para garantia da atenção à saúde de todos por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

56. Desenvolver estratégias para a formação multiprofissional em saúde, prioritariamente em Regiões de vazio assistencial e de maior vulnerabilidade, garantindo mecanismos promotores para a fixação destes no SUS e nas próprias Regiões.

57. Enfrentar o racismo, a intolerância religiosa, o patriarcado, a LGBTQIA+fobia, o capacitismo, a aporofobia, a violência aos povos indígenas e todas as formas de violência e aniquilação do/a outro/a.

58. Exigir o acolhimento e o tratamento qualificado nas diversas políticas de atenção à saúde para as mulheres LBTP's (lésbicas, Bissexual, Travesti, Transexual e Pansexuais), enfrentando o patriarcado, as práticas machistas, a misoginia, a LBTPfobia, o sexismo, a desigualdade social e a falta de inserção no mercado de trabalho que afetam a saúde mental, os corpos e a vida das mulheres LBTP's, negras e indígenas.

59. Expandir e qualificar a atenção integral à saúde por meio de um SUS forte e de qualidade, ampliando sua rede de atenção, às ações de promoção, prevenção, diagnóstico, recuperação da saúde, considerando a perspectiva intersetorial e interseccional com os setores de proteção social, educação, segurança pública, dentre outros.

60. Fortalecer a Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador no SUS, aumentando suas atribuições por meio de ações de vigilância, promovendo e protegendo a saúde das pessoas trabalhadoras, bem como aumentando sua potência diagnóstica de agravos relacionados ao trabalho.

61. Fortalecer o protagonismo popular nos territórios do SUS na perspectiva da promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis, contribuindo com o planejamento participativo, estratégico e ascendente em saúde, com diagnósticos participativos de base comunitária, visando a identificação e a superação de vulnerabilidades sanitárias, socioeconômicas e ambientais.

62. Garantir a devida observação de questões linguísticas, culturais, sociais, econômicos, étnico-raciais e de gênero na estruturação da oferta de serviços do Sistema Único de Saúde, assegurando o devido acesso à informação sobre o SUS em diferentes línguas e estimulando a adoção de ações que considerem as especificidades das populações migrantes em políticas já existentes.

63. Garantir a implementação de programas e projetos intersetoriais centralizados em saúde, cultura, educação, justiça, justiça ambiental, soberania e segurança alimentar e nutricional, segurança pública, segurança hídrica, desenvolvimento social, entre outros, objetivando a ampliação do acesso à serviços e a estruturação participativa de políticas públicas territorializadas nas periferias.

64. Garantir a saúde como componente da qualidade de vida, aliada ao meio ambiente saudável, moradia digna, acesso à educação, cultura, lazer, condições de emprego e renda e com intensa participação e organização social.

65. Garantir a saúde como direito humano implica num Estado democrático de direito que oportuniza o acesso através de políticas públicas que garantam o tripé da saúde: Prevenção, Proteção e Promoção no âmbito da Região Norte a partir das especificidades dos seus territórios e representatividades diversas com financiamento equânime, com gestão e organização da atenção à saúde com controle, integralidade, transparência e acesso público à informação.

66. Garantir a saúde do tamanho do povo brasileiro com acessibilidade ampliada e qualificada; financiamento adequado; políticas produtivas e de ciência, tecnologia e inovação em saúde orientadas pelas necessidades sociais da classe trabalhadora; com um SUS enquanto política de Estado, 100% público e estatal, e defesa irrestrita do meio ambiente.

67. Garantir atendimento especializado de crianças e adolescentes trans e suas famílias conhecimento técnico e respeitoso em unidades em toda a rede SUS.

68. Garantir o acesso da juventude à saúde.

69. Garantir o direito à saúde e ao exercício no controle social, valorizando a comunicação humana em todos os seus aspectos como um dos elementos essenciais ao acesso universal, equânime e integral em todas as modalidades de atenção à saúde.

70. Garantir o direito fundamental e constitucional à saúde para todo o povo brasileiro, com fortalecimento do SUS como política de Estado, em seu caráter público, 100% estatal e não mercantilizado e com recursos necessários, por meio de uma política de valorização e proteção aos direitos das pessoas trabalhadoras, com jornadas e ambientes de trabalho dignos, saudáveis e seguros, salários justos, vínculos protegidos e fortalecimento da organização coletiva, da solidariedade e da resistência da classe trabalhadora.

71. Garantir o projeto de desenvolvimento nacional com fortalecimento da democracia e direitos sociais cuja população seja prioridade e protagonista das políticas sociais produtoras de saúde em seu conceito ampliado: segurança alimentar; segurança pública, política habitacional, agrícola, ambiental, emprego, educação, igualdade racial, mulher e direitos humanos.

72. Garantir que todas as pessoas tenham acesso à prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, reabilitação, tratamento mais adequado e em tempo hábil ao câncer, e sejam acompanhadas através de cuidados integrais, abrangentes e eficientes.

73. 73 - Possibilitar o acesso de pessoas com demência e de seus familiares ao tratamento integral, medicamentoso e não-medicamentoso, assim como a espaços de cuidado que auxiliem na permanência da pessoa idosa em sua casa.

74. Reconhecer a residência profissional em saúde na modalidade multi e uniprofissional, articulada entre si e com a residência médica, como espaço privilegiado para a formação profissional da equipe ampliada em saúde no SUS.

75. Reestruturar o SUS a partir da retomada dos seus princípios constitucionais, com foco na desnaturalização da escassez e adoção de métricas de suficiência e de distribuição espacial que atendam às necessidades da população, assegurando financiamento estável.

76. Viabilizar o acesso universal, integral, em tempo oportuno de forma humanizada de modo a reduzir a iniquidade e o atraso efetivo dos pacientes aos tratamentos antineoplásicos incorporados no SUS.

77. Garantir e fortalecer a interiorização das políticas públicas de saúde voltadas para a população do campo, das florestas e das águas.

PROPOSTAS

1. Educação permanente, educação continuada e educação popular para a análise dos instrumentos de gestão, como Plano Plurianual (PPA), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

2. Aproximar o SUS das Instituições formadoras, como o Ministério da Educação (MEC), a fim de ampliar o debate sobre formação profissional, garantindo no currículo de formação de futuros profissionais a aproximação à realidade, aos princípios e diretrizes do SUS, a partir da vivência nos espaços de assistência, gestão, reconhecendo o Sistema como espaço fundamental de formação.

3. Fortalecer e ampliar a educação permanente em saúde, capacitando todas as instâncias do SUS a desenvolverem ações que permitam a incidência do SUS em condições de trabalho e potencialize a capacidade diagnóstica de agravos relacionados ao trabalho do SUS, criando-se formas de indução e valorização dessas ações grupais e coletivas.

4. Valorizar o trabalho em saúde como essencial para o direito à saúde tal como garantir o acesso à atenção farmacêutica e outros insumos no marco do direito à saúde,

incluindo o direito à saúde e o SUS no currículo de formação de professores e no do ensino público.

5. Promover a melhoria e fiscalização de programas de acompanhamento psicológico e psiquiátrico em cursos da área da saúde e implementar o acolhimento e oferta de cuidados em saúde mental de discentes destes cursos, com o acompanhamento e tratamentos disponibilizados pelas próprias instituições, desde o 1º período da graduação até a formação.

6. Regionalizar a abertura de novas escolas médicas e de novos programas de residência médica, considerando a relação de médicos atuando na Atenção Básica em localidades rurais e a distribuição médico/habitante por regiões de saúde e por município, com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), priorizando a oferta de vagas e de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade em áreas rurais.

7. Desenvolver estratégias nacionais de incentivo à Educação e Práxis Interprofissional, incentivando a integração ensino-serviço em saúde por meio da retomada do "AprenderSUS: o Sistema Único de Saúde e a formação no âmbito da graduação", da requalificação de programas como o de "Educação pelo Trabalho na Saúde" e o de "Reorientação da Formação Profissional em Saúde", articulando políticas nacionais de extensão, a coordenação integrada dos cursos da área da saúde no interior das universidades, a expansão e popularização dos projetos de Vivências e Estágios, como o VER-SUS, adotando a Educação Permanente em Saúde como política pública estruturante da Educação na Saúde e incluindo na formação e desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores o enfrentamento das diferentes formas de opressão e preconceito (racismo, sexismo, capacitismo, etarismo etc.) em uma perspectiva interseccional.

8. Suspender a abertura, as autorizações de funcionamento e o reconhecimento de cursos da área da saúde na modalidade de Educação a Distância, afirmando-se a presencialidade como condição de qualidade do aprendizado nas profissões que envolvem sensibilidades, habilidades e dinâmicas intersubjetivas e inter-humanas no nível de relevância e risco à integridade humana, como acontece no trabalho em saúde.

9. Capacitar e realizar educação permanente e formação continuada das pessoas trabalhadoras, fóruns e cuidado na saúde, de modo a contemplar serviços em territórios negligenciados, enfrentando estigmas e preconceitos ao realizar ações de educação popular em saúde nos espaços das ocupações urbanas e territórios periféricos, assentamentos e acampamentos da reforma agrária, comunidades ciganas, quilombolas e indígenas.

10. Elaborar protocolos, capacitando profissionais com educação continuada e permanente, para atendimento integral à saúde de crianças, adolescentes e adultos trans com perspectiva despatologizante, não focada apenas em especialidades como endocrinologia e ginecologia, e acolhimento às famílias, com filas transparentes ao acesso cirúrgico e políticas integradas com o Ministério da Educação e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

11. Fortalecer as ações de educação integral em sexualidade para a juventude rural, bem como para a população que não estuda e não trabalha.

12. Criar e implantar a Política Nacional de Auditoria do SUS (PNAS), contemplando auditoria como atividade típica do estado e carreira, financiamento tripartite para o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), autonomia da auditoria com a vinculação ao gestor do SUS, educação permanente e continuada, pesquisa e desenvolvimento incluindo ferramentas digitais e aperfeiçoamento de bancos de dados e materiais em diversas mídias de divulgação.

13. Garantir transporte para quilombolas no acesso aos serviços de saúde por meio da ampliação e aperfeiçoamento do Programa Tratamento Fora do Domicílio (TFD) que assegure o transporte, alimentação e direito a acompanhante até os serviços de saúde municipais, intermunicipais ou interestaduais, com foco em garantir o acesso a exames, consultas e tratamentos complexos para quilombolas de áreas rurais e remotas.

14. Garantir atendimento prioritário para quilombolas na média e alta complexidade, em especial para quilombolas pescadores, marisqueiras e agricultores familiares, garantindo acesso a especialistas em doenças ocupacionais, ginecologista,

dermatologista, alergologista, ortopedista, endocrinologista, cardiologista, bem como exames laboratoriais, de imagem e demais exames complementares.

15. Efetivar a garantia do acesso regionalizado e territorializado das populações quilombolas e outras comunidades tradicionais, inclusive onde houver fronteiras territoriais, independentemente de seu município de residência; garantia de acesso prioritário a especialistas da atenção secundária e terciária à saúde para a população quilombola através da ampliação de vagas para exames e consultas a exemplo de exames laboratoriais, exames de imagem, testes alérgicos relacionados à contaminação ambiental, doença de chagas, exames ginecológicos e exame de próstata e demais procedimentos de saúde, com olhar especial para quilombolas marisqueiras, pescadores e agricultores familiares, revisando e revogando medidas de retrocessos em conquistas ambientais, sociais, trabalhistas e previdenciárias.

16. Investir na criação de espaços de convivência e outros serviços públicos territorializados que ofertem e apoiem cuidado à pessoa idosa considerando e valorizando a comunidade em que está inserida, com foco na promoção de saúde, prevenção e cuidados continuados para pessoas idosas que apresentem maior prejuízo funcional ou declínio cognitivo: centros de convivência intergeracional para a pessoa idosa, com atividades de prevenção ao isolamento e exclusão social, suporte emocional que incluam entre suas práticas terapêuticas, animais de estimação; centros-dia, centros-noite e hospitais-dia para pessoas idosas; criar o serviço público de pessoas cuidadoras domiciliares para pessoa idosa; facilitar o acesso a medicamentos de uso contínuo, bem como a insumos para o cuidado de pessoas com maior dependência ou com algum grau de deficiência nos seus domicílios, como fraldas geriátricas, tecnologias assistivas, órteses e próteses.

17. Criar, aprovar e regulamentar a Política Nacional de Cuidados, com a participação das pessoas idosas, de âmbito domiciliar, comunitário e institucional, com prioridade para a pessoa idosa, através de ações e serviços intersetoriais, visando efetivar o cuidado como direito, o direito de cuidar, o direito de ser cuidado e ao autocuidado, levando em conta o aumento do envelhecimento populacional, as novas configurações familiares, a necessidade de reduzir as desigualdades sociais e de gênero conforme a agenda 2030, considerando e valorizando a comunidade em que a pessoa idosa está inserida e as especificidades da interseccionalidade para evoluirmos para uma sociedade do cuidado.

18. Assegurar a isonomia do tratamento com caráter interprofissional e intersetorial em saúde ampliando vagas em residência e empregos, fortalecendo a negociação com a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, garantindo concurso público e Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) dotado de remuneração básica e adicionais de incentivo, periculosidade, adicional noturno, insalubridade, regras e normas mínimas de gestão funcional e trabalhista; critérios objetivos para ocupação de cargos de chefia; fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e provimento; incentivo financeiro para a formação e educação permanente com tutores e preceptores, incluindo o GraduaCEO para profissionais de saúde bucal, profissionais de atenção primária, fonoaudiólogos, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais de vigilância e Agente de Endemias (ACE) no fortalecimento da estratégia da Política Nacional de Vigilância à Saúde (PNVS), sobretudo, contemplando populações negligenciadas.

19. Garantir a criação da Carreira Única do SUS, tendo a realização de concurso público como única via de entrada no serviço, com remuneração compatível com a complexidade do trabalho de todos os profissionais de saúde atuantes no SUS, com a garantia da educação continuada.

20. Implantar e efetivar o Plano de cargos e carreiras e salários para os profissionais da saúde no âmbito do SUS, aprovando a equidade e isonomia entre as funções.

21. Garantia de remuneração básica federal para todas as categorias, incluindo o cumprimento da Lei nº 14.434/2022 referente ao piso salarial dos enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares em enfermagem e parteiras.

22. Adequar os sistemas de informação, incluindo cadastros, fichas dos sistemas físicos e eletrônicos de atendimento da rede SUS, por exemplo - Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), com os campos de preenchimento assegurando o nome social, orientação sexual e identidade de gênero autorreferidos

(incluindo homens e mulheres trans, travestis, pessoas transmasculinas e/ou não binárias) e desvincular o sexo/gênero como fator condicional para exames, tais como: Antígeno Prostático Específico (PSA), ultrassonografia (USG), transvaginal, mamografias, preservativos e outros (conforme Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF 787).

23. Garantir financiamento e realização de concurso público em regime estatutário com plano de cargos, carreiras e salários para o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de modo a garantir a continuidade e a qualidade do trabalho realizado com as informações em saúde.

24. Criar o Fórum Nacional de Usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com cessão de domínio na internet pelo Ministério da Saúde, favorecendo a divulgação por meio das pessoas trabalhadoras dos serviços de saúde que devem ser capacitados para tal, bem como pessoas usuárias e familiares.

25. Garantir acesso à rede mundial de computadores nos locais de ensino e trabalho em saúde e disponibilidade de equipamentos móveis para uso em ações territoriais e em saúde digital, com custeio de tecnologia de ponta garantindo internet banda larga e internet via satélite para a zona rural e urbana incluindo as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), sobretudo no âmbito da Amazônia Legal.

26. Fornecer recursos financeiros, ampliar e qualificar, com prontuários eletrônicos interoperáveis entre as unidades e secretarias de saúde, incluindo territórios rurais; tendo como estratégia central a Atenção Básica, universalizando o prontuário eletrônico, com integração ao Conecte SUS (aplicativo oficial do SUS, onde a pessoa cidadã e profissional podem acessar contatos assistenciais realizados nos pontos de saúde públicos e privado); a telessaúde e equipes itinerantes e tecnologias diagnósticas móveis, incluindo visita de equipes interprofissionais nas periferias e favelas; integrando a Atenção Básica à rede especializada inclusive com teleodontologia, teleatendimento e atenção psicossocial.

27. Fortalecer o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e os sistemas de notificação sobre a saúde da trabalhadora e do trabalhador e garantir o acesso às informações entre os sindicatos e as autoridades de saúde sobre acidentes de trabalho, exposição a substâncias nocivas e ambientes de trabalho hostis, condições de trabalho inadequadas, entre outros; atualizando a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) de acordo com dados epidemiológicos e registro das notificações.

28. Garantir a ampliação, agilidade e financiamento com recursos federais sistemáticos para realização de cirurgias eletivas respeitando as demandas territoriais, efetivando a transparência nas filas de acesso ao serviço de regulação permitindo à pessoa usuária a visualização de sua posição na lista de espera em tempo real, além de garantir a autoridade do regulador na destinação das vagas dos serviços, e unificar as regulações existentes no estado e garantindo acesso igualitário.

29. Garantir a política de saúde digital com a transição digital, contemplando infraestrutura para integração das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) com prontuário eletrônico e conectividade e interoperabilidade entre a atenção básica, especializada e hospitalar, assistência farmacêutica e vigilâncias, incluindo a Vigilância Alimentar e Nutricional no cumprimento do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável (DHAAS), com interface tecnológica e integração entre a saúde e outros setores tais como dados de judicialização da saúde integrada com dados das Justiças Estaduais, Previdência, Assistência Social, Direitos Humanos com recorte interseccional de gênero, racial, povos tradicionais, pessoas com deficiência, pessoa idosa, diversidade, tomando como base terminologias e classificações, por exemplo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, Res. CNS 452/2012), respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

30. Garantir o acesso ao conhecimento e a informação como bem público e combater as patentes, as quais afrontam o direito à vida e a soberania nacional.

31. Incorporar na Política Nacional de Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador as propostas da Câmara Técnica do Conselho Nacional de Saúde que tratou da reorganização das ações e serviços da saúde do trabalhador, Resolução Nº 603/2018, com destaque para a inserção de profissionais de saúde no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) com perfil, competência e habilidades para atender as populações do meio rural.

32. Garantir e fortalecer a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e os Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerests), como preconizado na portaria MS nº 1823/2012 referente à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), para redução de doenças e agravos relacionados ao trabalho e contemplando políticas de saúde mental.

33. Garantir os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e Meio Ambiente (Ceresta), como preconizado na portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1823/2012 referente à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), ampliando a cobertura para 100% com ampliação do horário de atendimento, contemplando políticas de saúde mental e pessoas trabalhadoras do campo.

34. Garantir que o Sistema Único de Saúde seja abraçado com termo de responsabilidade e compromisso por todos os governos dos estados da federação, garantindo-lhes adequada infraestrutura para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e redimensionamento de cobertura territorial garantindo o acesso à população composta por equipe multiprofissional.

35. Promover e ampliar as diretrizes, garantir o direito à equidade como dever da pessoa gestora, bem como elevar o conhecimento do sistema em saúde, direcionar profissionais sobre o valor da vida, e a inclusão da pessoa usuária sobre a importância de sua participação no processo de construção e fortalecimento do SUS.

36. Promover uma avaliação das Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Medicina (DCNs) vigentes e das escolas médicas com objetivo de identificar suas fortalezas, fragilidades 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, e VER-SUS, voltada para vivências e estágios.

37. Avaliar as Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Medicina (DCNs) vigentes e das escolas médicas com objetivo de identificar suas fortalezas, fragilidades para possível revisão das diretrizes e estratégias para sua implantação, incluindo recursos, qualificação docente e ações de integração ensino-serviço-comunidade e 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.

38. Incluir o tema das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e da Saúde Tradicional no Projeto do Trabalho Técnico Social (PTTS) do Minha Casa Minha Vida.

39. Implementar e fortalecer a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), com a garantia de financiamento tripartite, como componente imprescindível do cuidado em saúde na Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, articulada com os demais pontos de atenção, com vistas à integralidade da atenção à saúde prestada à pessoa usuária.

40. Implantar centros de atendimento multiprofissional para além das equipes básicas de Atenção Primária (ex.: NASF) às populações das águas, com setor especializado para a atenção integral e intersetorial a essas populações e com profissionais capacitados na identificação das diversas expressões da determinação social da saúde das mulheres e homens das águas; fortalecer políticas de cuidado e enfrentamento à anemia falciforme; garantir os direitos das pessoas pescadoras artesanais enquanto Povos e Comunidades Tradicionais assegurados pela Convenção 167 da OIT, tal qual as comunidades quilombolas e indígenas, dando prioridade ao cuidado em saúde das comunidades pesqueiras, a exemplo do processo de vacinação contra a Covid-19, em que as pessoas pescadores não foram considerados grupos prioritários.

41. Reformular a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como instrumento ordenador do cuidado da Atenção Básica, garantindo a redução do número de pessoas por equipe, por exemplo, para 3000, a redução do número de pessoas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por exemplo, para 400, ou ainda, em população rural de 1.500 para ESF e 280 para ACS, a ampliação do número de profissionais por equipe, a inclusão de multiprofissionais (eMulti), que permitam o acesso em horários estendidos as Equipes de Saúde da Família (ESF), inclusive para assegurar profissionais em municípios de pequeno porte, assegurando linhas de financiamento adequadas para as populações rurais, quilombolas, ribeirinhas e indígenas, sobretudo na região amazônica.

42. Ampliar a Seguridade Social às necessidades sociais e integrar educação, saúde, segurança, assistência social e sistema de justiça para garantir emprego, moradia, renda, prevenção de violências, entre outros.

43. Reconhecer o SUS como Patrimônio Cultural Imaterial da Humanidade, assegurando que os seus princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade sejam assegurados pela sua salvaguarda.

44. Investir, por meio da parceria entre Ministério da Saúde, estados e municípios, na abertura de oficinas de geração de renda e no ensino da economia solidária; contratar profissionais para os serviços de saúde que possam ensinar um fazer e o gerenciamento de um negócio, fomentando a autonomia financeira das pessoas usuárias; pactuar com os serviços de saúde o meio de se promover cooperativas de geração de renda; agenciar pactos com indústria local para acesso à insumos e equipamentos de saúde, e manutenção destes, se tornando uma possibilidade de renda para a pessoa usuária da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de forma a suprir a falta de moradia, insegurança alimentar, inacessibilidade à educação na escola.

45. Instituir Portaria Nacional de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua, na qual seja incluído o trabalho de agente de saúde, de agente redutor de danos e de arte-educador, proveniente da situação de rua ou que já esteve, nos Consultórios na Rua, com fiscalização, alocação de recursos, reestruturando o SUS e construindo junto com a população em situação de rua.

46. Ampliar a discussão sobre o Consultório na Rua e o Consultório de Rua para que seja cumprida a implementação destes serviços nos municípios com equipes multiprofissionais, contendo facilitadores em saúde mental com foco na redução de danos.

47. Criar, por parte do Ministério da Saúde, instituições de habitação para a oferta de atendimento especializado à população em situação de rua e populações em situação de vulnerabilidade para recuperação e serviços de baixa complexidade, ofertados por equipes multiprofissionais.

48. Contribuir para a construção de uma agenda intersetorial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sobretudo na gestão sustentável da água e saneamento para todos, de modo a tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis (ODS 6 e ODS 11, respectivamente) sob a ótica da saúde coletiva e como estratégia efetiva para promoção da saúde, proteção e melhoria das condições de vida das populações em territórios urbanos, rurais e ribeirinhos, com destaque à erradicação da fome, à igualdade de gênero, preservação ambiental por meio da proteção, recuperação e promoção do uso sustentável dos ecossistemas terrestres e da promoção de uma cultura de paz no enfrentamento a todas as formas de discriminação e violência.

49. Fortalecer as ações de vigilância em saúde ambiental, integrada com ações de atenção à saúde, nas três esferas de gestão em decorrência da ampliação dos riscos ambientais e mudanças climáticas com qualificação profissional continuada e permanente; pesquisa, desenvolvimento e inovação e gestão de riscos.

50. Atualizar e ampliar a estrutura curricular da educação superior em saúde, com foco na temática de humanização com as populações vulneráveis

51. Garantir os direitos e a proteção social perdidos na última década, combatendo a necropolítica e avançando na promoção das condições de trabalho saudável para a classe trabalhadora, revogando as reformas trabalhista, previdenciária e medidas que impactam nas conquistas ambientais e sociais e ampliar direitos, com atenção às pessoas trabalhadoras domésticas, do teletrabalho e os mediados por plataformas digitais; combatendo a informalidade e promovendo jornadas de trabalho justas e dignas; retomando a política de valorização real do salário mínimo e combatendo diferenças salariais nos mesmos cargos; avaliando criticamente as medidas propostas pelo Banco Mundial na formulação das políticas de saúde e macroeconômicas; criando políticas para a promoção da saúde mental no trabalho; desenvolvendo ações de proteção, promoção, prevenção, vigilância dos ambientes e processos de trabalho e de intervenção nos fatores e processos de determinação social da saúde das pessoas trabalhadoras.

52. Garantir a atualização periódica e regular das Diretrizes Curriculares Nacionais, considerando o avanço constante das políticas, problemas e necessidades de saúde

da população, e estabelecer instâncias participativas nos níveis locais e regionais para discussão preliminar pelas pessoas estudantes, professoras, profissionais da área e comunidade em geral.

53. Fim da ocupação e exercício de cargos de gestão e comissionados por pessoas com qualquer tipo de ligação à iniciativa privada.

54. Desprecarizar o trabalho no setor sanitário, com Força de Trabalho no SUS sob contratação 100% pública, valorizando a formação para as práticas colaborativas interprofissionais, a adoção dos escopos de práticas avançadas nas profissões do cuidado e a capacidade de articular saberes profissionais, saberes ancestrais e saberes populares nas práticas de cuidado e práxis interprofissional.

55. Realizar a 3ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, 1ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres Indígenas, 1ª Conferência das Mulheres Negras e 1ª Conferência de Mulheres com Deficiência.

56. Viabilizar um SUS 100% público com piso federal da saúde que corresponda à média dos valores da aplicação federal em 2020 e 2021 acrescida (i) da variação do IPCA, (ii) de fator que considere a mudança do perfil demográfico com a maior participação da população idosa sobre o total e (iii) de fator que compense a iniquidade verificada nos últimos anos decorrente da renúncia de receita concedida aos contribuintes que realizam despesas privadas de saúde (incluindo planos de saúde).

57. Suspender a anistia das dívidas de planos e operadoras de saúde, assim como a garantir 100% do ressarcimento ao SUS, inclusive retroativo, por atendimentos realizados em seus serviços a beneficiários de planos e seguros de saúde; buscar mecanismos que evitem ou diminuam o uso da justiça pelas operadoras de planos privados de saúde para judicializar a cobrança de suas dívidas para com o setor saúde, postergando o pagamento dos débitos, assim como, também, extinguir gradativamente as renúncias fiscais para Hospitais Filantrópicos, Indústria Farmacêutica e subsídios para operadoras de planos privados e seguros de saúde, tendo como horizonte o fim de todo tipo de subsídio público direto ou indireto ao setor privado na saúde, incluindo o fim do dinheiro público direcionado para as comunidades terapêuticas.

58. Criar Centros de Infusão para doenças crônicas e raras.

59. Criar Centros de Doenças Raras (CDR) nas capitais, promovendo aconselhamento genético e testes diagnósticos

60. Garantir o caráter universal, integral de acesso gratuito do SUS para todas as pessoas, com ampliação de pesquisa e custeio de doenças raras e ultrarraras, além de melhorias da assistência de medicamentos e tratamentos em doenças crônicas reforçando a pesquisa e tecnologia no estudo de ervas medicinais, inclusive o canabidiol, bem como, da fiscalização e controle de uso excessivo do agrotóxico.

61. Substituir o modelo de financiamento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado no desempenho das equipes e serviços para o alcance de resultados, conforme Portaria Nº 3.222/2019, pela cobertura universal da população, resguardando, desta forma, os princípios do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade.

62. Financiar de modo permanente a estruturação dos serviços da Atenção Básica, de modo a garantir a transição energética e projetos sustentáveis.

63. Implantar serviço domiciliar terapêutico para as pessoas necessitadas.

64. Reformular o financiamento da Atenção Básica para promover ações intersetoriais voltadas às populações vulnerabilizadas (LGBTQIA+; Quilombolas; Privadas de Liberdade, Povos Originários), com foco aos determinantes e condicionantes da saúde e construir a rede de atenção às pessoas vítimas de violência, bem como realizando a requalificação do Humaniza SUS.

65. Promover a capacitação de profissionais de saúde, principalmente os da atenção básica, para identificar e acompanhar situações de exploração de pessoas trabalhadoras migrantes, observando as interseções com o tráfico de pessoas e o trabalho análogo à escravidão, utilizando equipamentos públicos de saúde como potenciais sinalizadores e criando estratégias de promoção à saúde de pessoas trabalhadoras migrantes, com ações em articulação com os municípios e estados,

estratégias locais de promoção à saúde de pessoas trabalhadoras migrantes, trabalhando em diálogo com o Ministério do Trabalho para uma maior prevenção do trabalho escravo, fiscalização e capacitação do uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

66. Construir reforma hospitalar do SUS, criando condições para o alcance do padrão de 4 leitos efetivos para cada 1.000 habitantes, com distribuição espacial adequada às necessidades da população.

67. Fortalecer o papel da fonoaudiologia na Atenção Básica, garantindo a identificação precoce, o acompanhamento longitudinal e a coordenação dos cuidados das pessoas usuárias com dificuldades na comunicação.

68. Estabelecer mecanismos de avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços de fonoaudiologia no SUS, utilizando indicadores clínicos, epidemiológicos, gerenciais e de satisfação das pessoas usuárias.

69. Ampliar o financiamento público para a fonoaudiologia no SUS, garantindo recursos suficientes para a estruturação dos serviços.

70. Estruturar serviços de saúde com melhoria de ofertas de leitos a fim de evitar a retenção de macas em serviços de emergência.

71. Monitoramento e prevenção da congestão das urgências evitando superlotação; planejamento integrado das Redes de Atenção às Urgências Com as Redes Hospitalares e de Atenção Básica.

72. Aprimorar a regulamentação do SUS, a partir do decreto 7.508/2011, para promover uma organização regional efetiva que garanta o acesso à atenção integral às ações e serviços de saúde de Média e Alta Complexidade (MAC).

73. Criar a Política de Financiamento de Transporte Sanitário interestadual e intermunicipal e Criar a Política de Financiamento de Transporte Sanitário interestadual e intermunicipal, com revisão da portaria SAS 55/1999, e ampliar o financiamento do SUS em nível federal para o transporte sanitário, sobretudo referenciado pela atenção primária e pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de modo que seja garantida a devida mobilidade e acesso a serviços de saúde conforme as particularidades do território, mediante as distâncias percorridas e a dificuldade do acesso e não somente o número de habitantes, bem como considerando as características específicas dos municípios de região de fronteira, contemplando transporte aéreo, terrestre e fluvial com fluxos de encaminhamento e protocolos de atendimento em todo o território nacional.

74. Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF): manter 100% de cobertura da saúde da família; cobertura de 100% dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs); valorização de profissionais de saúde; fixação de profissional SUS com concursos públicos e Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); ampliação de formação profissional financiada pelo Estado e pela União em educação na saúde na atenção primária e requalificação do Humaniza SUS.

75. Realizar no âmbito do Sistema de Participação Social ações estruturantes com vistas ao exercício do direito à comunicação pública de qualidade, com ênfase nas pautas relativas à saúde pública, e promover no âmbito do Sistema e do Conselho de Participação Social debates e ações que reafirmam a essencialidade da comunicação pública e do exercício do direito à comunicação para a garantia e o exercício do direito à saúde.

76. Criar núcleos de comunicação, mobilização popular, formação e informação para o desenvolvimento sustentável local, com atividades de educação e planejamento comunitário, com ações ligadas à cultura de amor e paz, em especial voltadas para a juventude; garantir acesso às informações de saúde para a promoção da saúde por meio de plataformas digitais, rádios comunitárias, jornais locais, favorecendo a informação segura e de maneira ágil; estabelecer processos de educação permanente nas Unidade Básica de Saúde (UBS) visando a interlocução com as populações assistidas, reconhecendo e valorizando os conhecimentos tradicionais e a historicidade dos territórios de abrangência; realizar campanhas publicitárias nas grandes mídias sobre o racismo institucional e a violência de gênero nas unidades de saúde.

77. Combater fake new e negacionismo em saúde com promoção da saúde com informação de qualidade através das plataformas digitais, rádios comunitárias, jornais locais, materiais com criação de mídias e manuais de comunicação, circulação de mensagens e outros meios de comunicação de acesso.

78. Desenvolver políticas de educação formal e informal sobre produção, circulação e consumo midiático das informações sobre saúde, para a formação de sujeitos éticos e críticos no trato da informação midiática e midiatizada, nos níveis federal, estadual e municipal de ensino e para toda a rede de formação de organizações sociais, movimentos sociais e de direitos humanos, ampliando a parceria com agentes locais de comunicação e saúde e com os movimentos sociais organizados da sociedade civil com inserção no tema da saúde, além das mídias comunitárias, bem como oferecer condições materiais para que também os profissionais da saúde, como agentes comunitários e de endemias, bem como de outros lotados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) possam se tornar atores e atrizes estratégicos de disseminação de informações e combate à desinformação.

79. Fortalecer a comunicação estratégica para a garantia do direito integral e universal à saúde com equidade e alicerçada em processos participativos de educação permanente e popular em saúde que vise a superação das vulnerabilidades, com ações contundentes para eliminação da miséria, do racismo, xenofobia, do machismo, da LGBTQIA+fobia, do capacitismo e demais iniquidades sociais, na construção e execução baseada no “nada de nós sem nós”.

80. Fortalecer e garantir Políticas Públicas de Saúde para povos Indígenas com aumento de financiamento e maior participação dos municípios na construção e manutenção da política e fixação de profissionais com concursos públicos num plano nacional de cargos e carreiras do SUS.

81. Garantir a criação de serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da reformulação da portaria GM nº 336/2002, estabelecendo a população mínima de 5.000 habitantes como critério para implantação de novos serviços.

82. Revogar as medidas que causam o desmonte do SUS, violam seus princípios e comprometem a saúde da população na política nacional de saúde mental.

83. Fortalecer as ações no meio rural referentes à implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, conforme a Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019, inclusive a criação do Comitê Nacional de implementação da referida política com garantia de participação de entidade representativa da juventude rural, assegurando na Rede de Atenção Básica e Psicossocial do SUS, a contratação de profissionais com especialidade em saúde mental, com atenção especial para o atendimento da juventude das populações do campo, da floresta e das águas.

84. Tornar a medicalização, na atenção psicossocial, não compulsória, mas avaliada caso a caso, ampliando a autonomia e o acesso à informação sobre as abordagens terapêuticas por parte das pessoas usuárias do SUS qualificando a comunicação com profissionais da saúde.

85. Garantir e promover o acesso aos serviços de saúde mental para a população autóctone da região norte do país (indígenas, ribeirinhos e quilombolas).

86. Adotar a política de redução de danos.

87. Ampliar o financiamento tripartite e garantir atenção psicossocial, bem como a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), fortalecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF), com equipes multidisciplinares, integrada nas Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ampliando o financiamento tripartite para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II,e III), Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD I e II) e Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil CAPSi com oficinas de trabalho e renda, oficinas terapêuticas, serviço residencial terapêutico, leitos de saúde mental em hospitais gerais, ambulatórios em saúde mental, consultórios na rua, unidades de acolhimento e equipe de redução de danos na abordagem de rua (dia e noite); abrangendo acessibilidade, saúde mental, neurodiversidade suprindo iniquidades e observando as especificidades de cada município.

88. Ampliar os recursos e o número de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com a implantação de Centros Especializados de Reabilitação (CER) e criar uma política de assistência em rede, com acessibilidade física e de equipamentos voltada para as pessoas com transtornos do neurodesenvolvimento; Transtorno do Espectro

Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre outros, voltada para o diagnóstico e assistência especializada e integralizada com equipe multiprofissional qualificada (neuropediatras, neurologistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, pediatras, assistentes sociais, nutricionistas) de forma permanente e continuada, incluindo atendimento odontológico, efetivando a Lei Federal Nº 12.764/2012, a qual institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

89. Reduzir o número mínimo de habitantes necessários para instalação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), revisando a Portaria 3.088 de 23/12/2011-MS.

90. Valorizar as práticas populares de cuidado e quem as desenvolvem como parteiras, pajés, benzedeiras, rezadeiras, práticas de terreiros de matriz afro-brasileira, entre outras; reconhecer e promover o diálogo das mesmas com as equipes de saúde do SUS, de modo a intensificar a articulação entre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e as práticas populares de cuidado e ofertar processos formativos públicos que preservem e dialoguem com os saberes populares, ancestrais e com o desenvolvimento de uma pedagogia do cuidado promotora de maior respeito com a natureza, autonomia no cuidado e comprometida com um projeto popular de saúde defensor do SUS.

91. Inserir, fortalecer e implementar uma Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no organograma do Ministério da Saúde, com equipe e financiamento adequado, bem como garantir a implantação e custeio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC-SUS), transversal a todas as políticas de saúde, em todos os níveis de atenção, assegurando que estejam no Plano Plurianual (PPA), nos Planos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, fortalecendo sua sustentabilidade no território, com dotação orçamentária para qualificação e formação continuada de profissionais em PICS.

92. Ampliar e reestruturar Estratégia de Saúde da Família (ESF), para povos e comunidades das águas, baseadas nas ESF rurais, com garantia de cadastro das populações pesqueiras; bem como, a garantia de equipes Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com capacitação para atender a população pesqueira, através da implantação de equipamentos de Atenção Básica e de estratégias de promoção da saúde nos territórios pesqueiros, com cuidado diferenciado específico para os povos das águas, ofertando Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), além do reconhecimento e diálogo dos serviços de saúde com as práticas populares de cuidado, utilizadas nas comunidades, valorizando os conhecimentos ancestrais, considerando a relação entre o corpo humano e o território, utilizando métodos ecológicos e dialógicos, tendo sempre a saúde da natureza como condicionante para a saúde dos povos das águas.

93. Garantir as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), bem como a Medicina Tradicional Complementar e Integrativa (MTCI) nos municípios, com ampla divulgação, apoio das pessoas agricultoras, familiares agroecológicos, formação de redes interativas com a comunidade; financiamento para sua sustentabilidade e dotação para capacitação na área, aquisição de materiais, insumos, estrutura física (ambiência); valorizando os Espaços Sagrados dos Povos e Comunidades Tradicionais das Religiões de Matriz Africana e Afro-Brasileira, Povos e Comunidades Tradicionais, Povos Originários, entre outros e os reconhecendo como detentores de saberes, fazeres, de suas práticas, oralidade, musicalidade e terapêuticas.

94. Reformular a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como instrumento ordenador do cuidado da Atenção Básica, garantindo a redução do número de pessoas por equipe para 3000, a redução do número de pessoas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para 400, a ampliação do número de profissionais por equipe, a inclusão de multiprofissionais (eMulti), e a efetivação da rede psicossocial RAPS pactuada, garantindo o acesso a todos preconizado pelo SUS, inclusive as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), e em caso de profissionais da equipe se encontrar em readaptação permanente que seja aberto vacância de forma automática.

95. Implementar processos de Vigilância Popular em Saúde nos territórios do SUS, de forma participativa, interdisciplinar, integrada, intersetorial e territorializada, fortalecendo a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária em Saúde, o protagonismo popular, ativando a mobilização, a comunicação social, a educação popular e a educação permanente em saúde.

96. Fortalecer a participação popular com ampliação e criação de novos mecanismos de participação efetiva da população na gestão da saúde, com educação popular e permanente, valorizando os saberes populares e tradicionais.

97. 97 - Fortalecer e garantir os canais de escuta cidadã e diálogo da população com a criação de novos canais democráticos de evocação das demandas sociais e ampliação dos mecanismos de ouvidoria participativa.

98. Atualizar Portaria Nº 2803/2013, com ampla participação do controle social e considerando, dentre outros aspectos: autodeterminação de identidade de gênero; o papel da Atenção Básica na prescrição e acompanhamento na hormonização; garantia de acompanhamento psicológico em acordo com resolução Conselho Federal de Psicologia (CFP) 01/2018, não condicionando-o ao acesso à hormonização ou cirurgias; inclusão do atendimento multidisciplinar a crianças e adolescentes sexo-gênero dissidentes; acesso aos medicamentos para hormonização e bloqueio puberal; redução da idade mínima para hormonização cruzada para 14 anos.

99. Garantir que grupos vulnerabilizados participem enquanto movimentos sociais da elaboração e implementação de temáticas desenvolvidas no ensino, na pesquisa e na extensão dos cursos da área da saúde.

100. Fortalecer a atuação dos conselhos locais, municipais e estaduais por meio de agendas contínuas em parceria com as Instituições de Ensino Superior e Técnico a fim de aproximar a população das entidades representativas.

101. Fortalecer e efetivar participação comunitária, criando condições objetivas para seu desenvolvimento e realização, de fato, livre do aparelhamento político partidário e de gestão.

102. Articular com organizações populares da sociedade local, apoiando financeiramente o enfrentamento das vulnerabilidades locais; parcerias intersetoriais para a melhoria dos determinantes sociais da saúde; projetos e ações de soberania e segurança alimentar nas periferias e favelas.

103. Institucionalizar um núcleo específico de Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário para Emergência de Saúde Pública e Desastres dentro das instâncias que coordenam a resposta a surtos, epidemias, pandemias e desastres, em todas as esferas públicas da saúde, com protocolos e estratégias de comunicação de risco e engajamento comunitário.

104. Tornar a Atenção Básica um espaço social de acesso comunitário para reuniões e organização social, visando a defesa da democracia, da vida e do SUS.

105. Tornar 100% público o ciclo de inovação e produção de medicamentos, vacinas, insumos, serviços, soluções e tecnologias para a saúde, visando ampliar o acesso a todos os produtos necessários à saúde da população brasileira e garantir maior autonomia e suficiência estatal, superando subordinação e dependência do setor privado internacional e nacional, instituindo programas e políticas de indução/incentivo a pesquisa de produtos vinculados às doenças da população brasileira e as negligenciadas pelo capital, valorizando saberes e tecnologias tradicionais, assegurando acesso final do conhecimento livre, aberto, de domínio público, autônomo e protegido dos interesses do setor privado, inseridos no SUS, com capacitação de gestores e profissionais para melhor uso junto a pessoas usuárias.

106. Aprovar leis enfrentamento a todas as formas de discriminação e violência obstétrica e neonatal, violência ginecológica, violência sexual, com a qualificação do 180 e da ouvidoria do SUS para receber denúncias sobre, contemplando amparo e apoio psicossocial, com educação e campanhas de divulgação e identificação da satisfação da pessoa usuária, inclusive populações historicamente vulnerabilizadas e implementar ações de vigilância, como as populações negra, trabalhadora, indígena, cigana, refugiada, populações de matriz africana, quilombola, populações do campo, da floresta e das águas, pescadores, pessoas com questões de saúde mental, populações de rua, populações privadas de liberdade, comunidade LGBTQIA+, mulheres, pessoas com deficiência, pessoas da região amazônica, pessoas em situação de violência e demais grupos vulnerabilizados.

107. Garantir que as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) possibilitem que os serviços de saúde pública possam oferecer Métodos Naturais de

Planejamento Familiar, por exemplo o Método de Ovulação Billings que é científico e atual, promove a saúde reprodutiva, é eficaz, fácil de aprender e tem baixo custo.

108. Garantir o respeito, por parte dos profissionais de saúde, à mulher, ao casal que optem por usar métodos naturais atualizados, por exemplo o Método de Ovulação Billings, e não queira usar métodos artificiais de Planejamento Familiar e não interferir em sua escolha.

109. Elaborar, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas, uma Estratégia de Saúde para Migrantes que garanta o acesso equitativo e seja constituída por um conjunto de protocolos e diretrizes que orientem as ações da Rede de Atenção à Saúde, prezando pela integralidade do atendimento e não separação de serviços exclusivos para pessoas migrantes.

110. Assegurar que o repasse fundo a fundo efetivado pelo Ministério da Saúde seja realizado com a inclusão de dados de relatórios de imigrantes disponibilizados trimestralmente pela Polícia Federal à autoridade sanitária municipal com base na solicitação de residência realizada por imigrantes.

111. Ampliação do acesso aos serviços da rede de proteção à mulher migrante, com respostas sensíveis à questão de gênero para as migrantes recém-chegadas em regiões e postos de fronteira (como em abrigos e centros de saúde), contemplando a atenção psicossocial.

112. Fortalecer a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), inclusive para garantir acesso e qualidade de informações para o cuidado integral da hanseníase, sobretudo em comunidades não assistidas como instrumento ordenador do cuidado da Atenção Básica, contando com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para prevenção, promoção e recuperação da saúde com detecção precoce e tratamento adequado e referenciamento com serviços especializados integrada com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para o apoio psicossocial, bem como garantir o acesso a Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

113. Garantir financiamento nos Planos Plurianuais nas três esferas de gestão para que as políticas públicas setoriais e intersetoriais voltadas para a saúde da população negra possam ser adequadamente implementadas, divulgadas, com ampliação do acesso às ações considerando as necessidades de saúde desta população.

114. Implementar a obrigatoriedade do ensino sobre saúde da população negra nas diretrizes curriculares e matrizes, nas graduações e pós-graduações na área da saúde, e educação permanente para todos os cursos sobre o preenchimento do quesito raça/cor e as políticas voltadas para a saúde da população negra, com garantia de financiamento de programas de educação permanente para todos os profissionais de saúde, feito por lideranças dos movimentos sociais, com abordagens intersetoriais e equitativas, como forma de garantir as orientações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

115. Criar, por parte do Ministério da Saúde, Comitês Técnicos de Saúde da População Negra ou das instâncias similares nos Estados e Municípios para que haja a promoção da equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência e da participação da população negra no controle social no SUS; tendo em vista que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) , instituída em 2009, tem por objetivo geral “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” e que prevê o “Apoio para: realização de seminários, oficinas, fóruns ; implantação e implementação de comitês técnicos de saúde da população negra ou instâncias similares, nos estados e municípios; e formação de lideranças negras para o exercício do controle social”.

116. Implementar, consolidar e garantir o financiamento à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (PNAISM) em todos os ciclos de vida: meninas, adolescentes, idosas, em todas as condições: gestação, parto, puerpério, abortamento, climatério.

117. Realizar campanhas publicitárias para divulgar o direito ao acesso aos meios contraceptivos, contribuindo para a saúde das mulheres e meninas.

118. Ampliar a rede de serviços de aborto legal, garantindo o direito das meninas e mulheres de interromper a gestação de forma segura e sem estigmatização, bem como disponibilização da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) em todos os estabelecimentos de atendimento obstétrico ambulatorial ou hospitalar.

119. Implementar, consolidar e garantir o financiamento à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (PNAISM) em todos os ciclos de vida, contemplando o planejamento familiar e acompanhante: meninas, adolescentes, idosas, em todas as condições: gestação, parto, puerpério, abortamento, climatério, e em especial, para gestantes e puérperas de risco habitual e alto risco, garantindo equipe e estrutura de forma permanente com implantação de teleconsultas com especialidades para consultas de retorno e avaliação de exames, garantindo acompanhamento profissional no município.

120. Promoção de ações educativas para a conscientização sobre os direitos das crianças, das mulheres e pessoas gestantes e que amamentam, em todos seus ciclos, a importância do debate em relação ao aborto, à saúde das pessoas transexuais, da população em situação de rua, das doenças especificas, da saúde da população em restrição de liberdade, com formação continuada de pessoas trabalhadoras de saúde a partir da perspectiva de modelo social com abordagem anticapacitista para as pessoas com deficiência no que se refere aos protocolos de assistência especializada, e considerando as especificidades de povos e comunidades tradicionais.

121. Implementar linha de cuidado para a Covid Longa nas redes de atenção à saúde, baseada em evidências científicas e de modo pactuada com as instâncias colegiadas e o controle social, orientando o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas com sequelas da Covid-19, com o fortalecimento da Atenção Básica, inclusão de práticas integrativas e complementares, protocolos adequados de atendimento, em especial para pessoas com deficiência, com comorbidades pré-existentes e o devido diagnóstico nacional de pessoas com sequelas da Covid-19, garantindo educação de profissionais de saúde e informação adequada à população.

122. Estabelecer iniciativas específicas de apoio psicossocial no âmbito da Atenção Básica para o cuidado de enlutados e pessoas com sequelas devido à Covid-19, considerando os aspectos etário, territorial e tipo de luto.

123. Ampliar o acesso à atenção integral da saúde bucal e investir em ações como a fluoretação das águas, alimentação saudável, controle de tabagismo, assegurando ações hierarquizadas e regionalizadas de atenção em todos os níveis de complexidade, na lógica de Rede de Atenção em Saúde Bucal integrada às demais redes de saúde, incentivar a graduação presencial com estágios obrigatórios no SUS e adotando indicadores quanto à situação de saúde bucal e vulnerabilidade da população e ampliar o rol de especialidades do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

124. Ampliar o gasto público em saúde em pelo menos dois pontos percentuais do Produto Interno Bruto (PIB) incrementando o percentual de financiamento do Ministério para Atenção Básica e pactuar percentual mínimo de aplicação dos estados para Atenção Básica.

125. Garantir o direito integral à saúde das pessoas usuárias, com o fortalecimento da presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento em todas as unidades públicas de saúde em que ocorra o fornecimento de medicamentos, seja para pessoas pacientes internadas, seja para pacientes ambulatoriais, visando a adesão ao tratamento, o acompanhamento de agravos à saúde e a qualificação da jornada da pessoa paciente nos serviços de saúde.

126. Garantir a efetividade, atualização e utilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS) ou a sua substituição, como o e-SUS - Assistência Farmacêutica, para melhoria da geração de relatórios, cadastros e distribuição de medicamentos e insumos, integrando e viabilizando o acesso em toda a rede de atenção à saúde, visando o cumprimento do ciclo logístico da assistência farmacêutica nos três componentes (básico, especializado e estratégico) e o uso racional dos medicamentos; além de ampliar recursos financeiros para incentivo à adesão e manutenção do sistema nos municípios a partir do cumprimento e atualização dos indicadores do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR).

127. Promover articulações e iniciativas intersetoriais para o enfrentamento da judicialização de procedimentos médicos e medicamentos de alto custo fora da tabela do SUS que são concedidos sem recursos planejados.

128. Implementar e consolidar farmácias vivas com foco no cuidado básico na região amazônica.

129. Ampliar o elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e incorporar às tecnologias para a garantia da integralidade do cuidado às pessoas pacientes e reestruturar a disponibilização dos medicamentos de oncologia, ampliando o acesso com sugestão de criação do componente oncológico.

130. Ampliar o elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e incorporar às tecnologias para a garantia da integralidade do cuidado às pessoas usuárias da Rede de Atenção Psicossocial e doenças-órfãs.

131. Fortalecer a Política de Assistência Farmacêutica, de forma integrada à vigilância em saúde, ampliando o elenco e reorganizando o processo de aquisição de medicamentos inscritos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), com estímulo à isenção de impostos na aquisição dos mesmos, de modo a garantir a oferta de medicamentos básicos e de alto custo para a população e que os mesmos sejam dispensados para as unidades de referência municipal de forma descentralizada e em tempo hábil.

132. Garantir o acesso pelo SUS a medicamentos de alto custo para distúrbios cognitivos e demência.

133. Realizar compra centralizada de antineoplásicos quando houver apenas um fabricante para tratamentos de até um ano, podendo a compra ser descentralizada para os demais casos, desde que o Ministério da Saúde garanta um lastro de remuneração e fiscalização, cujas regras de financiamento e fiscalização devem ser estabelecidas em resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

134. Ampliar a oferta pública de medicamentos no SUS e revisar a regulação econômica e sanitária do comércio farmacêutico varejista, visando reduzir os gastos privados com medicamentos e promover o uso racional de medicamentos.

135. Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, da Política e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e do Programa Farmácias Vivas e estruturar a cadeia produtiva dos fitoterápicos e plantas medicinais, com a agricultura familiar e conhecimentos tradicionais, valorizando a indústria farmacêutica nacional, preferencialmente de base agroecológica, desde o cultivo, extrativismo, o processamento, oferta, prescrição devida, dispensação até a farmacovigilância, com participação popular e controle social autonomia dos povos e promover a compra de produtos de plantas medicinais pelo SUS, de forma semelhante ao Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e ao Programa Nacional da Alimentação Escolar (Pnae).

136. Garantir financiamento e a formação de recursos humanos para o fortalecimento do Complexo Econômico e Industrial da Saúde, com financiamento público para a Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I) de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando as universidades públicas, Instituições Científicas de Inovação Tecnológicas (ICT) e laboratórios oficiais, tornando o aparato um vetor da estratégia nacional de desenvolvimento do Estado de Bem-Estar, articulando a reconstrução da economia nacional com o desenvolvimento social e sustentabilidade ambiental, soberania nacional com regulação de preços, com resposta adequada a futuros desafios sanitários e o acesso aos medicamentos para a população, com ênfase para assegurar a produção de vacinas, medicamentos, imunobiológicos, equipamentos e tecnologias de saúde, em especial as voltadas para as doenças de populações negligenciadas e vulnerabilizadas, com ações de atenção integradas com as de vigilância, promoção e divulgação em saúde.

137. Garantir que as tecnologias para tratamento do câncer incorporadas pelo Ministério da Saúde estejam disponíveis para todos as pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), otimizando rastreio, diagnóstico e tratamento de câncer, através da discussão responsável durante e após o processo de incorporação, inclusive com regras bem definidas para o processo de pactuação sobre o financiamento e

disponibilização dessas tecnologias, de forma a dar acesso equitativo a todos que delas necessitam.

138. Garantir, ampliar, descentralizar e desburocratizar o acesso aos insumos (medicamentosos e não medicamentosos, incluindo equipamentos) fundamentais, conforme orientado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nas relações padronizadas: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), de forma integrada à vigilância em saúde, com reajuste da contrapartida federal ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, fortalecimento do componente estratégico e especializado, com descentralização da dispensação para as unidades de referência municipal para acesso em tempo hábil.

139. Incentivar o compromisso do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) na disseminação dos conteúdos, inclusive informação integrada para a vigilância, sobretudo para monitorar as doenças emergentes e reemergentes na situação epidemiológica global; e valorização de profissionais da saúde, como agentes comunitários e de endemias, bem como de outros lotados nas Unidades Básicas de Saúde para que possam se tornar atores e atrizes estratégicos de disseminação de informações e combate à desinformação.

140. Incluir nas relações de medicamentos essenciais nas relações padronizadas Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) as medicações hormonais e bloqueadores hormonais utilizados no bloqueio puberal de pré-puberes trans e/ou com variabilidade de gênero e hormonização cruzada para pessoas transgênero, transsexuais, travestis e não-binárias e atendimento à saúde de pessoas intersexo com opões orais, injetáveis, transdérmicas e tópicas, para evitar danos causados pela automedicação e na qualidade de vida e saúde mental das crianças e adolescentes trans.

141. Reavaliar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e aprovação de novas tecnologias de saúde pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

142. Solicitar ao governo federal o retorno da verba do Programa Farmácia Popular, para que o SUS realize as compras dos medicamentos que abrangem o programa para pacientes hipertensos e diabéticos, facilitando assim o acompanhamento e o cuidado destes pacientes.

143. Investir no desenvolvimento de pesquisa, capacidade científica, tecnológica e inovação para a defesa da vida; recuperar e fortalecer os laboratórios públicos oficiais; desenvolver sistemas de informação em saúde e das vigilâncias, interoperáveis em tempo real, consoante a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), com qualidade, seguros e transparentes; criar uma política nacional de estímulo e suporte à indústria nacional de equipamentos, insumos e serviços para Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I) na cadeia de valor do ecossistema de vacinas e outros biológicos de interesse de saúde pública; fortalecer e criar mecanismos ágeis de harmonização e monitoramento dos processos voltados ao desenvolvimento, fabricação, regulação e incorporação de produtos e tecnologias ao longo da cadeia de valor no ecossistema de vacinas e outros biológicos de interesse de saúde pública.

144. Garantir o acesso equânime das populações vulnerabilizadas aos serviços de saúde para o diagnóstico e tratamento oportunos das doenças e agravos decorrentes de eventos de saúde pública, incluindo Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), assegurando linhas de cuidado integral de atenção à saúde.

145. Ampliar e otimizar rastreio, diagnóstico e tratamento de câncer nos diferentes níveis de atenção e regiões do país, implementando e fortalecendo as linhas de cuidado para o câncer, bem como as medidas de prevenção de câncer com tributação de alimentos ultraprocessados, agrotóxicos, bebidas alcoólicas, tabaco e ampliando a cobertura vacinal contra o papilomavírus humano (HPV).

146. Implantar a Política Nacional de Saúde Sexual e Planejamento Reprodutivo,

garantindo acesso a todos os métodos contraceptivos, especialmente o Dispositivo Intrauterino (DIU) na atenção básica e realizar campanhas publicitárias.

147. Garantir, com vistas ao cumprimento do Pacto Interfederativo, a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, promovida pela parceria entre Governo Estadual e Ministério da Saúde com ampliação do financiamento para construção do Centro de Atenção à Saúde da Mulher nas macrorregiões de Saúde, observando o acordo previsto na Portaria nº 11 de janeiro de 2015, com relação os Centro de Parto Normal (CPN).

148. Capacitar profissionais na área do envelhecimento para exercer ações interdisciplinares em pessoas com distúrbios cognitivos.

149. Implantar e manter centros de reabilitação para pacientes com demência, oferecendo atendimento multidimensional, adaptado aos diferentes níveis de comprometimento e dependência, levando em consideração a assistência às pessoas cuidadoras.

150. No âmbito das necessidades de suporte assistencial de vida para a Saúde da Mulher em risco de adquirir doenças transmissíveis e em oncologia, garantir imunização contra o Vírus Varicela-Zoster (VVZ), causador da Herpes-Zoster, para mulheres acima de 50 anos, auxílio-alimentar e enquadramento de todas as mulheres mastectomizadas e linfadenectomizadas como Pessoas com Deficiência permanente.

151. Garantir que o quesito raça-cor seja marcador racial como indicador de implantação, implementação, monitoramento, avaliação e de qualidade das políticas públicas para a população negra, em todos os ciclos de vida.

152. Implementar ações estratégicas para a Saúde da Mulher Pescadora, como: distribuição de Equipamento de Proteção Individual (EPI), tais como, repelente, protetor solar, chapéu, camisa de proteção UV, itens de higiene pessoal e acesso a banheiros.

153. Criar, garantir e financiar centros e ambulatórios (com biossegurança) de acolhimento e cuidado para pessoas afetadas pela Tuberculose (TB) e que vivem com HIV/Aids (PVHA), bem como fortalecer políticas públicas intersetoriais e políticas de rastreio para acesso, identificação, diagnóstico, acesso a novas tecnologias e investimento em pesquisas para tratamento imediato da TB e do HIV. Garantir a capacitação de profissionais do SUS e SUAS sobre TB/HIV/Aids e acolhimento das pessoas nas suas especificidades como PVHA, população LGBTQIA+, adolescentes e jovens, população negra, quilombola, povos originários, cigana, imigrante, em situação de rua, privada de liberdade, povos e comunidades tradicionais de terreiro, povos e comunidades tradicionais, população idosa, vítimas de violência, gestantes, trabalhadoras e profissionais do sexo, ribeirinhas, atingidas por barragens, pessoas com deficiência, entre outras populações vulnerabilizadas e/ou negligenciadas.

154. Disponibilizar banheiros que respeitem a identidade de gênero das pessoas usuárias em todas as unidades do SUS, com implementação de cabines individualizadas em banheiros coletivos para que cada pessoa consiga utilizar esse espaço com acolhimento e em segurança, sendo que a implantação e/ou reforma dos equipamentos é de responsabilidade das três esferas de governo, a depender de qual ente é o responsável pela unidade, e deve ser executada imediatamente.

155. Assegurar à mulher o direito de aprender a reconhecer a fertilidade, dando a ela a opção para aprender métodos naturais de conhecimento da fertilidade e ser acompanhada até sua autonomia, dentro da gama de métodos oferecidos pelo SUS.

156. Promover a atenção à saúde da mulher negra: incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS e estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher da Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais da Saúde (SMS) com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra e estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher do Ministério da Saúde (MS), Estados e municípios com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.

157. Garantir o direito de afastamento remunerado da pessoa responsável pela criança/adolescente oncológica que requer cuidado integral por longo período na busca por um olhar atento ao câncer infantojuvenil.

158. Prover acesso rápido ao tratamento de câncer de mama, diminuição do tempo de espera para realização de exames prévios e reconstrução mamária.

159. Aplicar políticas de atenção integral à saúde das vítimas e de combate aos atos de violência, acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo e arma branca.

160. Entender a jornada da pessoa com câncer e outras condições crônicas não transmissíveis (CCNTs) e desenvolver planos de cuidados e acolhimento integrais, abrangentes e eficientes em todos os níveis de atenção à saúde, garantindo o número de vagas para o tratamento de pessoas com câncer, de forma a tratar e monitorar essas pessoas, a exemplo da Lei 14.450 - Programa Nacional de Navegação de Pacientes para Pessoas com Neoplasia Maligna de Mama; facilitando o engajamento nos cuidados.

161. Aprovar leis com a qualificação do 180 e da ouvidoria do SUS com educação continuada e permanente para receber denúncias sobre violência obstétrica, violência ginecológica e violência sexual, contemplando amparo e apoio psicossocial, e realizar educação e campanhas de divulgação e apuração da satisfação da usuária, inclusive a sofrida pelas mulheres das águas e outras populações negligenciadas.

162. Enfrentar a pobreza menstrual para além do acesso ao absorvente, inclusive com apoio do Programa Saúde na Escola (PSE).

163. Garantir a efetividade da política nacional de saúde prisional, nas três esferas de Governo, principalmente entre as populações negra, indígena e pessoas em situação de rua, à luz de dados epidemiológicos; replicar as atividades centradas nas pessoas com tuberculose e/ou HIV/Aids e promoção à saúde, fiscalizando e orientando o tratamento de ambos os agravos, principalmente no Sistema Prisional e Socioeducativo em todas as suas etapas (porta de entrada, permanência, transferência, alvará de soltura e reingresso à sociedade), na contrarreferência ao SUS, e em articulação com as Secretarias de Segurança Pública e Secretarias de Assistência Social e Direitos Humanos.

164. Garantir o direito de cotas de profissionais indígenas de saúde e cotas de profissionais negros de saúde para admissão no quadro funcional nas três esferas governamentais bem como, melhorar as condições de trabalho de todas pessoas profissionais de saúde fornecendo condições de trabalho adequadas com a realidade territorial e geográfica, como Equipamento de Proteção Individual (EPI) e transportes que facilitem o acesso, abrangendo uma melhor qualidade de serviços às pessoas usuárias.

165. Institucionalizar a supervisão e fiscalização de serviços em saúde, sobretudo em comunidades terapêuticas, locais de atendimento precarizado, presídios, comunidades afetadas pelo tráfico, comunidades caiçaras, ribeirinhas, quilombolas, indígenas e de difícil acesso, responsável por administrar conflitos e iniquidades no atendimento buscando garantir a manutenção do atendimento mínimo, disponibilizando quando necessário a inclusão da população local no ensino técnico e superior em áreas médicas e de saúde que supram essas necessidades.

166. Garantir acesso e utilização aos serviços de assistência social e de saúde das populações historicamente vulnerabilizadas e implementar ações de vigilância, para todas, incluindo trabalhadoras, ciganas, comunidade LGBTQIA+, da floresta e das águas, em situação de violência, indígena, mulher da região amazônica, mulher migrante, mulher pescadora, mulher negra, mulher com deficiência, mulher com problemas de saúde mental, mulheres de matriz africana, mulheres em situação de rua, mulheres do campo, mulheres privadas de liberdade, mulher quilombola, mulher refugiada e demais grupos vulnerabilizados.

167. Incluir / articular decretos federais sobre impedimento de realização de cirurgias genitais com fins estéticos em crianças intersexo, bem como campanhas amplas a profissionais de saúde e à população contra a patologização e a invisibilidade de pessoas intersexo nos serviços de saúde.

168. Garantir nutricionista como integrante obrigatório na Estratégia de Saúde da Família, mediante o dimensionamento profissional com base na população, nas necessidades

do território e no perfil epidemiológico e nutricional, tendo em vista o aumento da insegurança alimentar e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

169. Fortalecer o debate multidisciplinar, ampliando a proteção social, e a garantia da segurança alimentar e nutricional adequada e suficiente, para as pessoas afetadas pela tuberculose e pessoas vivendo com HIV/Aids, tendo como base as especificidades dos territórios, utilizando normativas e pactuações nacionais, através da atuação efetiva do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDS), por meio do SUS e SUAS, como estratégia de enfrentamento aos determinantes sociais da saúde.

170. Garantir o direito humano à alimentação adequada e o direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde; garantir a democracia por meio do trabalho contínuo por meio da educação popular e agroecologia nos territórios, estimulando e fortalecendo a cidadania; garantir a existência de novos dispositivos que ressignifiquem o trabalho e o cuidado em saúde.

171. Garantir financiamento para processos formativos de educação ambiental e Educação Alimentar e Nutricional (EAN) com base na Política Nacional de Educação Popular no SUS, nas escolas formais e informais, e na Atenção Básica, contribuindo no enfrentamento das formas de insegurança alimentar nutricional (fome e obesidade).

172. Acertar contas com todas as violações à democracia e aos direitos humanos, que comprometem o Estado democrático de direito.

173. Revogar ou reformular a Portaria do Ministério da Saúde (MS) 2.979/2019, a qual institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde.

174. Incluir no orçamento da saúde, nas três esferas de gestão e níveis de complexidade, Educação Continuada e Educação Permanente voltadas à formação e capacitação de usuários e capacitação de profissionais do SUS à prescrição e manejo da terapia com Cannabis Sativa, que contenham em sua fórmula as substâncias cannabidiol (CBD) e/ou tetrahidrocanabinol (THC) e/ou demais componentes presentes no extrato integral da Cannabis, via Farmácias Vivas e com a criação de centros de referência com apoio da sociedade civil (por exemplo, associações e universidades).

175. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS) e como componente de cuidado na Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com boas práticas e participação comunitária, educação permanente, acompanhamento, referenciamento, qualificação da assistência domiciliar, fortalecendo as Unidades-Dia de Cuidados Paliativos para internações de curta duração, em especial para pacientes oncológicos ou com demência, com ações intersetoriais que visem garantir proteção social, jurídica e aos demais direitos das pessoas no fim da vida.

176. Proporcionar às pessoas usuárias, especialmente às mais vulnerabilizadas e independentemente da idade, a oferta precoce de Cuidados Paliativos Perinatal diante do diagnóstico de malformação, disponibilizando o acesso aos cuidados por todo o tempo que for necessário, através de agentes comunitários de saúde com treinamento paliativo, inserindo na rede o título cuidadores de vidas, apoio psicológico em visitas domiciliares e apoio financeiro com duração de um ano.

177. Fortalecimento e o aumento do incentivo na Saúde Mental, bem como da rede de atenção psicossocial visando a suspensão do funcionamento das comunidades terapêuticas em defesa da dignidade e da vida, observando os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

178. Coibir a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) sobre serviços públicos de saúde, os quais implementam um modelo empresarial e produtivista que contradiz a garantia de acesso à saúde como direito.

179. Coibir a terceirização dos serviços profissionais em saúde.

180. Coibir a renovação de contratos de gestão pública com Organizações Sociais de Saúde (OSS), as quais implementam um modelo empresarial e produtivista que contradiz a garantia de acesso à saúde como direito.

181. Garantir a contratação de médicos, farmacêuticos e odontólogos especialistas em Homeopatia no SUS.

182. Criar roteiros e editais que orientem e estimulem gestores para a implementação de Farmácias Homeopáticas nos municípios, regiões, distrito federal ou estados; criar roteiros e modelos de editais que estabeleçam parcerias com Farmácias-Escolas e/ou Farmácias Privadas para fornecimento de medicamentos homeopáticos à população.

183. Estabelecer linhas de financiamento para laboratórios e farmácias homeopáticas no SUS e para a disponibilização dos medicamentos homeopáticos elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) nas Farmácias Vivas ou Farmácias Populares.

184. Desenvolver distribuição dos serviços de urgência de acordo com as necessidades da população e rever os tempos de espera e permanência nos mesmos com base no clinicamente aceitável, fixando-os em, no máximo, de 4 a 8 horas.

185. Ampliar recursos para saúde, sobretudo para atendimento inclusivo, reservando, no mínimo, 10% das receitas da União para o Sistema Único de Saúde (SUS) ajustando valores acima da inflação; com a revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou os investimentos da saúde, educação e outras áreas sociais até 2036; com reforma tributária de caráter progressivo, incluindo taxação de grandes fortunas; com reforma fiscal; com controle e transparência das emendas parlamentares; e com redução gradual dos gastos públicos no setor privado.

186. Implantar espaços adequados nos três níveis de atenção à saúde e fortalecer a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa, inclusive as que se encontram institucionalizadas e retomar os investimentos na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, visando qualificar as pessoas trabalhadoras do SUS para o atendimento às demandas da população idosa; bem como retomar o Programa Nacional de Formação de Cuidadores da Pessoa Idosa e apoiar a regulamentação dessa profissão; criação do serviço público de cuidador domiciliar conforme o Projeto de lei 990/2022 que propõe assegurar à pessoa idosa o atendimento por cuidadores domiciliares e a capacitação dos cuidadores de pessoas idosas.

187. Garantir e municipalizar os Centros Especializados em Reabilitação (CER) para reconfigurar a política de pessoa com deficiência e reorganizar a rede de cuidados.

188. Ampliar e fortalecer o acesso ao diagnóstico e celeridade no tratamento pós-laudo e reabilitação para pessoas com deficiência.

189. Promover a articulação intersetorial entre a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e demais políticas para garantir a integralidade no atendimento às Pessoas com Deficiência, inclusive, mas não somente, a partir de práticas integrativas e complementares (PICS) e Educação e práticas Populares em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais e maternidades do SUS, garantindo a efetivação da saúde da mulher com deficiência reconhecendo as suas especificidades.

190. Garantir a integralidade do cuidado das pessoas com deficiência através de: acessibilidade com qualificação dos serviços e de pessoas gestoras e trabalhadoras, por meio da educação permanente nos 3 níveis de atenção, considerando gênero, raça, etnia, população em situação de rua, orientação sexual e ciclo de vida, com abordagem anticapacitista e em diálogo com as pessoas usuárias e humanização do cuidado livre de discriminação e preconceitos; elaboração de material informativo sobre o SUS e redes de cuidados e direitos das pessoas com deficiência, de apoio para a autodeterminação e para a tomada de decisão apoiada, inserção de exigência curricular e nos documentos de orientações, direitos e campanhas de saúde do uso e tradução em libras, de linguagem e design simples e de comunicação aumentativa e alternativa; capacitação e inclusão de profissionais com deficiência na área de saúde; inserção de matérias voltadas à acessibilidade, inclusão e pertencimento das pessoas com deficiência nas grades curriculares de faculdades e cursos de saúde.

191. Criar um fundo para a pessoa trabalhadora da saúde, aos moldes do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB).

192. Criar o Programa Federal “Mais Médicos Especialistas”, para atender os municípios de maior vulnerabilidade social.

193. Garantir o trabalho interprofissional, com a presença de todas as profissões de saúde, no âmbito dos serviços de atenção à saúde e bem como a presença nas discussões colegiadas em todos os âmbitos, visando a integralidade do cuidado.

194. Implementar o Programa Mais Saúde, somando ao Programa Mais Médicos o aporte da multi e interprofissionalidade, o qual deverá reconhecer o papel das residências em área profissional da saúde como estratégia prioritária na incorporação de força de trabalho ao Sistema Único de Saúde, assegurando a oferta integrada de residência quando não se alcançar o provimento por egressos desses programas; devendo-se estimular a implementação de programas novos e fortalecer aqueles em curso, assim como estabelecer em legislação e normas que ao residente que passar em um concurso público seja garantida vaga até o final do programa de residência e gratificação por titulação a todo profissional incorporado ao Sistema Único de Saúde que tenha cursado programa de residência multiprofissional em saúde.

195. Garantir a representação da pessoa trabalhadora no exercício profissional no Controle Social, nos respectivos Conselhos de Saúde, por meio de Políticas Públicas de Estado e não de Governo.

196. Cumprir as habilitações mínimas certificadas das pessoas trabalhadoras das urgências conforme Portaria MS nº 2048/2002; estabelecer educação permanente e gestão clínica em favor da cidadania e da sustentabilidade do sistema de saúde.

197. Dimensionar a força de trabalho nas urgências conforme o volume e gravidade esperada das pessoas pacientes.

198. Garantir aposentadoria especial para as pessoas profissionais de saúde que atuam no SUS.

199. Reduzir a carga horária de trabalho da pessoa profissional da saúde, por exemplo, para 30 horas semanais e garantir piso salarial.

200. Aumentar os recursos federais destinados à execução de ações estratégicas de vigilância sanitária.

201. Fomentar processos autogestionados nas comunidades, fortalecendo as redes solidárias locais, como estratégias de promoção da saúde com foco na determinação social articulada com a vigilância popular em saúde para superação da insegurança alimentar, nutricional e a extrema pobreza, a exemplo das experiências de cozinhas, hortas comunitárias e das ações de economia popular solidária.

202. Apoiar políticas públicas e ações transversais, incluindo a formação de profissionais especializados, visando a mitigação dos impactos das mudanças climáticas sobre a saúde das populações, no âmbito da vigilância, prevenção e tratamento das doenças negligenciadas, emergentes e reemergentes, em especial às populações em vulnerabilidade socioeconômica, povos da Amazônia e aqueles em extrema pobreza.

203. Investigar todos os casos de mortes e complicações pelos comitês de mortalidade dos serviços de urgências, com publicação das conclusões, para evitar a repetição de falhas.

204. Fiscalizar os grandes empreendimentos e indústrias para controle da poluição atmosférica, hídrica, sonora, dos solos e alimentos, desenvolvendo articulação intersetorial para mapear: locais de moradia, territórios vulnerabilizados a desastres ambientais e climáticos, locais com grande atividade industrial com emissão de efluentes, locais possíveis de inundações, áreas com mineração e contaminação por metais pesados, propondo políticas de combate ao racismo ambiental em suas diversas dimensões e de prevenção, mitigação e/ou reparação de danos, fortalecendo estrutura, integração e ações de vigilância em saúde e redução da subnotificação de agravos e doenças, incluindo situações resultantes de questões ambientais, incluindo acidentes de trabalho e intoxicações exógena, políticas públicas de rede proteção animal para seres vivos em vulnerabilidade, animais em risco de extinção, fim do tráfico de animais silvestres e da caça ilegal.

205. Fiscalizar os grandes empreendimentos e indústrias para controle da poluição atmosférica, hídrica, sonora, dos solos e alimentos, desenvolvendo articulação

intersetorial para mapear: locais de moradia, territórios vulnerabilizados a desastres ambientais e climáticos, locais com grande atividade industrial com emissão de efluentes, locais possíveis de inundações, áreas com mineração e contaminação por metais pesados, propondo políticas de combate ao racismo ambiental em suas diversas dimensões e de prevenção, mitigação e/ou reparação de danos, fortalecendo estrutura, integração e ações de vigilância em saúde e redução da subnotificação de agravos e doenças, incluindo situações resultantes de questões ambientais, incluindo acidentes de trabalho e intoxicações exógena, incluindo políticas públicas de rede proteção animal para seres vivos em vulnerabilidade, animais em extinção, fim do tráfico de animais silvestres e da caça ilegal.

206. Criar uma política voltada às zoonoses, com garantia de incentivo financeiro do Governo Federal para construção de Centros de Controle de Zoonoses, com ênfase na raiva, toxoplasmose, leishmaniose, assim como também no tratamento de animais em situação de abandono.

207. Fundamentar as pactuações regionalizadas na implantação de programas de saúde conforme o cadastro individual populacional presente no E-SUS e não com os dados do IBGE.

208. Regionalizar garantindo que a Rede de Atenção à Saúde proporcione todos os serviços de saúde nas regiões seguindo os princípios da Atenção Básica;

209. Extinguir a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) e de todas as formas de gestão privatistas e privatizantes da saúde, reorganizando a gestão SUS, para que seja concretamente interfederativa e regionalizada em 100% do território.

210. Retomar o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo (parcela repassada conforme a população) como mecanismo regular de transferência de recursos para financiamento da Atenção Básica de forma objetiva e concreta trazendo critérios de equidade para o sistema com correções regionais a partir da vulnerabilidade de cada localidade com PAB variável (repasse federal como mecanismo de indução) por tipologia de equipe e desempenho a partir de indicadores de qualidade.

211. Assegurar financiamento dos governos federal e municipais para a Atenção Básica em Saúde, na execução da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo Floresta e Águas, e, em especial, para as ações de atenção a pescadores artesanais relacionadas a saúde, ambiente e trabalho para a garantia de Infraestrutura de equipamentos, insumos, vacinas (principalmente tétano) e antídotos para acidentes com animais peçonhentos (para o niquim, por exemplo), Unidades e Equipes da Atenção Básica com garantia de suprimento suficiente, em tempo hábil e de forma resolutiva; pesquisas e práticas populares de cuidado; assegurar o acesso e a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme recomendado em Nota Informativa nº 5 do Ministério da Saúde (chapéu, óculos de sol, protetor solar, camisa de proteção UV, repelente, sapatilha protetora, etc).

212. Fortalecer a Política Nacional Integral LGBTQIA+, instituindo mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, ampliando o acesso da população LGBTQIA+, qualificando a rede de serviços, garantindo os direitos e reduzindo os problemas relacionados a saúde mental, uso de drogas, alcoolismo, depressão e suicídio.

213. Garantir o financiamento e a elaboração de estratégias nos instrumentos de planejamento governamental, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA), assim como nos instrumentos de planejamento e gestão, como o Plano Nacional de Saúde, Programações Anuais de Saúde (PAS) e Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão, visando a efetivação da Política Nacional de saúde da Pessoa com Deficiência; inclusive, mas não somente, pela efetivação e ampliação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão.

214. Excluir saúde e educação dos parâmetros de controle de gastos do novo arcabouço fiscal proposto pelo governo e garantir o compromisso de que os pisos da saúde e educação não sejam retirados da constituição ou minorados nos seus valores vigentes atualmente.

215. Garantir o gasto total em saúde para no mínimo 60%, através da recomposição do pacto federativo na Saúde, recuperando e ampliando a participação da União no gasto público.

216. Recuperar os R$ 70,4 bilhões perdidos com a Emenda Constitucional nº 95/2016.

217. Arquivar o Projeto de Emenda Constitucional - PEC 32/2020 (reforma administrativa).

218. Promover a universalidade com efetiva ampliação da oferta redefinindo parâmetros nas relações interfederativas da gestão do SUS baseadas no tamanho, distância, população, condição de saúde, demandas, necessidades e oferta de serviços.

219. Taxar lucros e dividendos dos planos privados de saúde com investimento do valor arrecadado na saúde pública nacionalmente.

220. Não implementar o novo arcabouço fiscal, o qual representa a continuidade da política de limitação de investimentos sociais.

221. Instituir a definição legal e econômico-financeira de recursos e orçamentos públicos para a saúde como investimentos e não gastos.

222. Efetivar as propostas do Saúde +10.

223. Estabelecer cooperação financeira, técnica e operacional da União para com os estados e dos estados para com os municípios para sustentar a Rede de Escolas de Saúde Pública e a Rede de Escolas Técnicas do SUS, que deverão constituir atuação unitária e/ou integrada, com a disseminação da implantação do mestrado profissional em saúde coletiva/saúde pública, e o oferecimento por esta rede do projeto Caminhos do Cuidado, a implantação com oferta regular e contínua dos cursos técnicos de interesse ao Sistema Único de Saúde, com especial prioridade aos cursos de Técnico em Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate às Endemias, Enfermagem e Saúde Bucal.

224. Regionalizar o atendimento com pacto Interfederativo de atribuições e cofinanciamento do SUS e SUAS, possibilitando a criação de consórcios intermunicipais regionalizados ou de aquisição de vagas em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) para ampliar o número de vagas institucionais públicas, e garantir o acesso a ILPI para pessoa cidadã de municípios que não contam com este equipamento, assegurando a presença de equipe de saúde nas ILPI.

225. Revisar o financiamento da saúde pública, garantindo a atualização acima da inflação da tabela de valores de procedimentos no rol do SUS, com maior participação do orçamento federal e com o aumento do percentual do repasse dos estados e União para os municípios.

226. Revogar a Emenda Constitucional nº 95/2016 que congelou os investimentos da saúde, educação e outras áreas sociais até 2036.

227. Revogar a reforma da previdência.

228. Revogar a reforma trabalhista.

229. Garantir um SUS 100% público, estatal, universal e de qualidade, com valorização do serviço público e da gestão direta pelo Estado.

EIXO 4: AMANHÃ VAI SER OUTRO DIA PARA TODAS AS PESSOAS

DIRETRIZES

1. Qualificar, fortalecer e garantir o acesso da Atenção Básica do SUS como ordenadora de toda a rede de atendimentos em saúde, com maior aporte de recursos, priorizando a base populacional e ampliando o número de equipes da saúde da família e núcleos de apoio ao programa saúda da família (NASF).

2. Ampliar a articulação da rede de atendimentos da Atenção Básica promovendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incluindo a rede de atenção à saúde mental, álcool e drogas, com incentivo à capacitação profissional para o atendimento mais qualificado e humanizado, com a ampliação das equipes de saúde da família e apoio à rede de saúde mental.

3. Ampliar o acesso da população quilombola à saúde nos três níveis de atenção, com foco prioritário à Atenção Básica de base territorial adentrando as comunidades quilombolas e respeitando seus saberes e práticas de saúde ancestrais e tradicionais da medicina quilombola, com um novo modelo de saúde que seja antirracista e considere as especificidades da saúde quilombola, estabelecendo arranjos de políticas públicas intersetoriais e transversais, voltados para o cuidado integral das pessoas afetadas pela pandemia, reconhecendo e atuando na sobreposição de exclusões que incidiram sobre as populações quilombolas.

4. Fortalecer as políticas e programas intra e intersetoriais baseados em evidências e as parcerias entre o Ministério da Saúde, Secretarias estaduais e Secretarias Municipais, para aumentar o rastreio, prevenção e a educação permanente da população e profissionais de saúde para o desenvolvimento e implementação de modelos de cuidado integral da pessoa com diabetes e doenças cardiovasculares, garantindo o manejo adequado e o acesso à linha de cuidados, a fim de reduzir a morbimortalidade por essas duas condições.

5. Incentivar políticas públicas que fortaleçam a Atenção Básica às pessoas com demências, combatendo práticas asilares, de segregação social e de confinamento, com maior qualificação profissional para o cuidado dessas pessoas e de seus familiares e cuidadores.

6. Garantir que a alimentação e nutrição sejam temáticas transversais em todas as políticas do setor saúde e nos diversos espaços de formação, para o fomento à segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada aos diferentes grupos populacionais, respeitando a diversidade dos saberes e culturas, sem perder de vista sua articulação com demais setores e dimensões como educação, mobilidade urbana, meio ambiente, direito à terra, à moradia, à cidade, segurança, previdência, assistência social, cultura e lazer.

7. Garantir a intersetorialidade nas ações de saúde para o combate às desigualdades estruturais e históricas, com ampliação de políticas sociais e de transferência de renda, com a legalização do aborto e a legalização da maconha no Brasil.

8. Estabelecer arranjos de políticas públicas, intersetoriais e transversais, voltados para o cuidado humanizado e integral, reconhecendo e atuando na sobreposição de exclusões que incidem sobre as populações vulnerabilizadas negras, em situação de rua, mulheres, quilombolas, indígenas, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), populações do campo, das águas e da floresta, população de baixa renda, pessoas com deficiência, pessoas neurodivergentes, pessoas idosas, respeitando as especificidades das suas demandas e o princípio da equidade, em especial aquelas pessoas afetadas pela pandemia.

9. Considerar que os desafios da Saúde da Mulher perpassam a violência de gênero como um dos determinantes do adoecimento, e para seu enfrentamento deve haver combate permanente ao machismo, à misoginia, às desigualdades remuneratórias, dentre outros determinantes sociais do adoecimento e da morte prematura de mulheres, com o redesenho de políticas públicas de humanização para o atendimento multidisciplinar em todo o ciclo de vida feminino, incluindo o ciclo gravídico puerperal, com ampliação do acesso à profissional doula, e considerando as necessidades específicas daquelas que vivem em regiões remotas.

10. Integrar as medicinas tradicionais no SUS, compreendendo toda sua complexidade, seus tratamentos, diagnósticos, e buscando apoiar a qualificação profissional e as melhores condições para sua prática, como uma forma de reparação e de valorização dos povos originários.

11. Garantir a articulação entre serviços de saúde e a rede socioassistencial para equidade e dignidade no atendimento de pessoas idosas em Instituições de Longa Permanência, abordando percepções sobre sexualidade e envelhecimento, que expõem essas pessoas à maior vulnerabilidade social, assim como outros grupos minorizados: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), pessoas negras, povos originários, pessoas com deficiência, transtornos mentais e outros contextos de desigualdade social.

12. Fortalecer a vigilância em saúde no SUS pautada no conhecimento científico e tecnológico, por meio de sistemas integrados e do aprimoramento dos fluxos e ferramentas tecnológicas dos Sistemas de Informação em Saúde, para que a tomada

de decisões seja feita com base na inteligência epidemiológica, em tempo oportuno, nas três esferas de governo.

13. Garantir o financiamento adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do SUS, respeitando as diferenças regionais, o planejamento, o perfil epidemiológico, o demográfico e o socioeconômico, a partir do fortalecimento da Atenção Básica e do diagnóstico loco regional, a fim de induzir o planejamento, a regionalização e a construção de redes de atenção.

14. Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, para garantir o direito da população ao acesso a medicamentos, vacinas, equipamentos e produtos para a saúde, desenvolvendo políticas públicas voltadas à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção atendendo as necessidades do SUS, estabelecendo a cooperação técnica com universidades e centros de pesquisa, ampliando os laboratórios oficiais, promovendo educação continuada, pesquisa, produção e divulgação científica, desenvolvendo a competência tecnológica nacional.

15. Defender o SUS baseado na ciência como solução dos problemas de saúde da população brasileira, com a necessária autossuficiência nacional na produção de medicamentos e insumos, inclusive para doenças raras, estabelecendo novas medidas de apoio ao desenvolvimento de pesquisas, de serviços e de tecnologias de saúde, de forma a estimular a produção nacional e o fornecimento regular ao mercado interno e externo, assim como a consolidação e expansão do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) no país.

16. Garantir o financiamento tripartite adequado e descentralizado, para uma saúde pública integral, universal e equânime para todas as pessoas, com o fortalecimento da participação da sociedade e do controle social, da participação de acadêmicos da área da saúde, diante do desafio democrático da defesa do SUS, da vida e da democracia.

17. Fortalecer políticas de saúde e controle social como ferramenta para aquisição de equipamentos e insumos de segurança alimentar, nutricional e agroecológicos, com controle de agrotóxicos, assim enfrentando a fome, a miséria e a injustiça socioambiental que atingem pessoas em vulnerabilidade socioeconômica e socioambiental, institucionalizadas, em situação de rua, população negra, povos de matriz africana, indígena, cigana, quilombola, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), em sofrimento mental, com deficiência, refugiadas, profissionais do sexo, privadas de liberdade, mulheres, crianças, jovens, adolescentes, adultos e outras populações.

18. Avaliar, monitorar e reconhecer a atuação do Terceiro Setor na Saúde de forma inclusiva e diversa, respeitando as atribuições específicas de cada setor, estimulando a participação popular, a interface com os Movimentos Sociais, exercendo Controle Social ostensivo, fazendo valer o Direito constitucional, social e humano à Saúde a todas as pessoas.

19. Consolidar e fortalecer o apoio institucional no SUS, integrando as três esferas de gestão, como ferramenta de democratização das relações interfederativas e participativas, de qualificação e equidade das políticas de saúde e de horizontalização das relações intergovernamentais, em conformidade com os princípios organizativos e doutrinários do SUS.

20. Fortalecer o processo de regionalização por meio da qualificação das instâncias de governança regional, dos mecanismos de financiamento e do planejamento regional integrado, entre outros.

21. Garantir a qualidade de vida, o acesso aos recursos do Fundo Amazônico destinados a promoção da saúde no âmbito do território da Amazônia legal e a execução das iniciativas estatais de políticas públicas já existentes para os povos das águas, bem como a formação e preparação das pessoas trabalhadoras da saúde para lidarem com as especificidades destas populações.

22. Implementar a infraestrutura física e o aparelhamento dos pontos de atenção em benefícios das condições de trabalho, acolhimento, tratamento e recuperação da saúde da população.

23. Romper com o subfinaciamento e fortalecer o papel do estado na implementação de ações de saúde, educação permanente e valorização das pessoas trabalhadoras rurais.

24. Valorizar a enfermagem e a formação presencial para o bem viver.

25. Promover a incorporação do referencial da Educação Popular em Saúde na formação no e para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo ensino, pesquisa e extensão, nos cursos de formação técnica, na graduação e na pós-graduação, como estratégia para a promoção da territorialidade dos serviços de saúde e ampliação e fortalecimento das políticas/programas/ações de reorientação da formação interprofissional e interdisciplinar na perspectiva da integração ensino-serviço-comunidade.

26. Financiar adequadamente para responder às necessidades da população com políticas públicas efetivas, com investimentos públicos em larga escala como processo de expansão da economia nacional e fator de desenvolvimento nacional, rompendo com o subfinanciamento e a política de austeridade neoliberal, assim como a revogação da Emenda Constitucional nº 95.

27. Aumentar o financiamento da Atenção Básica até atingir níveis adequados e suficientes.

28. Garantir equidade nas ações para que todas as pessoas afetadas pelos combustíveis fósseis sejam identificadas, através de mecanismos específicos e com financiamento pelo petróleo, aprovado em 2017 pela câmara dos deputados, os quais serviriam além do financiamento da saúde para o tratamento das doenças provocadas por combustíveis fósseis especificamente.

29. Construir, implantar e implementar uma Política Nacional de Auditoria do SUS (PNAS), como garantidora de mecanismos de apoio, incentivo e financiamento das ações do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA-SUS), nas três esferas de governo, consolidando as atividades de auditoria interna governamental, enquanto função de controle, governança e de aperfeiçoamento da gestão do SUS.

30. Ampliar a educação permanente e a valorização do trabalho, bem como estabelecer o piso salarial para as categorias profissionais da saúde, com concursos públicos e sem terceirização e desmonte do SUS, visando satisfação e vínculo, além de investir mais em incentivos para a educação em saúde e em ciência e tecnologia, criando o SUSPEC on-line (prontuário eletrônico), nos três níveis de atenção.

31. Garantir o acesso da população a serviços públicos de qualidade, com equidade, atendendo às necessidades de saúde, considerando os determinantes sociais, implementando a Política de Atenção Básica e criando a Política de Atenção Especializada com o fortalecimento da rede de atenção à saúde, de forma regionalizada, com ênfase nas ações de promoção e prevenção.

32. Garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde como direito fundamental ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de Atenção Básica, as vigilâncias em saúde, a atenção especializada em todos os ciclos geracionais, e garantido o acesso a medicamentos e insumos estratégicos no âmbito do SUS.

33. Defender o SUS público, universal, integral, equânime, descentralizado, regionalizado, hierarquizado, plural, humanizado, como direito de todas as pessoas, com financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, em conformidade com o perfil epidemiológico e as especificidades territoriais, para promoção, proteção e cuidado da população, de forma a concretizar os princípios da equidade, universalidade, integralidade garantindo o direito à saúde nos diversos níveis de atenção.

34. Descentralizar a gestão do trabalho na saúde com unicidade política de princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde, centrada nas necessidades sanitárias dos territórios, valorizando o protagonismo das pessoas trabalhadoras e as tecnologias relacionais para a produção do cuidado das pessoas usuárias, assegurando trabalho decente, digno, seguro, humanizado e democrático, além da manutenção de diálogo nacional e internacional que qualifique a gestão e regulação da força de trabalho na saúde.

35. Valorizar as residências em área profissional da saúde como parte das políticas inclusivas, seja pela garantia de acesso e permanência de residentes por sistema de reserva de vagas, seja pelo enriquecimento curricular segundo incorporação das políticas de saúde de enfrentamento das iniquidades e de respeito à diversidade humana, assim como claramente assumindo a formação por meio das residências como parte da carreira no sistema sanitário nacional e na construção de respostas à resolutividade assistencial, acolhimento universal e cidadania em saúde.

36. Garantir a todas as pessoas políticas públicas sociais e econômicas que garantam o direito e o acesso da população negligenciada, vulnerabilizada e de minorias, com políticas de integração social, equidade, comunicação e fortalecimento das redes de atenção à saúde, efetivando a qualificação profissional e valorização das pessoas trabalhadoras do SUS.

37. Pensar a política Integral da população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+) contemplando os diversos corpos, práticas e existências, entendendo as questões classe, raça, etnia, identidade de gênero, orientação sexual e deficiência de forma interseccional e transversal, garantindo acesso e acompanhamento da hormonioterapia em populações de pessoas travestis e transgêneros.

38. Sensibilizar e mobilizar entes dos poderes executivo, legislativo e judiciário, sobre possibilidades e campos de atuação dos fonoaudiólogos, considerando o acesso em diferentes níveis de atenção, redes temáticas e linhas de cuidado, garantindo a inclusão, ampliação e permanência do Fonoaudiólogo de acordo com as diretrizes do SUS de forma organizada e participativa, fortalecendo o papel do fonoaudiólogo na gestão, fomentando a comunicação entre os pontos de rede com foco na política humanizada, integração entre serviços, redes, políticas e pessoas.

39. Criar em até 4 anos, indicadores de saúde que contemplem os determinantes sociais considerando o relacionamento sustentável entre comunidades humanas e o ambiente, e estratégias de promoção de alimentos diversos e saudáveis, a agricultura urbana e periurbana e hortos agroflorestais medicinais de base agroecológica pela segurança alimentar e nutricional.

40. Mobilizar e articular movimentos da sociedade civil para uma construção nacional que reestabeleça pactos sociais e federativos rompidos, que implemente políticas públicas que atendam às necessidades do povo brasileiro considerando as diferenças e especificidades para ampliar a qualidade de vida de todas as pessoas.

41. Defesa da humanização do atendimento durante todo o ciclo gravídico-puerperal às mulheres e pessoas que gestam, com garantia da oferta de equipe de atenção multidisciplinar ao parto, incluindo a ampliação do acesso à profissional doula por meio da regulamentação e aprovação do Projeto de Lei nº 3946/2021 e garantia de sua atuação.

42. Combater o idadismo estrutural, a violência contra a pessoa idosa, as desigualdades, a invisibilidade dos segmentos mais vulnerabilizados e promover a intergeracionalidade, visando garantir o direito a envelhecer para todas as pessoas.

43. Garantir os direitos da população Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+) em todos os ciclos geracionais por meio de uma política de saúde integral dessa população, contemplando os diversos corpos, práticas e existências, entendendo as questões de classe, raça, etnia, gênero, identidades de gênero, orientação sexual e deficiência de forma interseccional e transversal.

44. Aprimorar a qualificação da rede de assistência para melhorar a qualidade de vida da população, com a implementação de testes rápidos para diagnósticos e tratamentos de doenças, incluindo a hanseníase.

45. Cuidar da Saúde de todas a pessoas em todos os lugares em todas as suas necessidades, de modo a garantir acesso à uma política de inclusão para as mulheres que passaram por situação de violência, população negra, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), Pessoas com Deficiência, população privada de liberdade e pessoas em situação de rua, e implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos para garantir o acesso aos serviços de saúde de forma humanizada, sem discriminação de qualquer tipo, inclusive nas ações de tomadas de decisão em conferências e conselhos.

46. Implementar e efetivar uma Política da Segurança e Saúde no Trabalho (PSST) articulada a demais política públicas para dar materialidade a prevenção de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e proteger a integridade física e mental da trabalhadora e do trabalhador.

47. Garantir recursos para pesquisa, formação e capacitação de profissionais homeopatas no SUS, bem como disponibilizar recursos para a divulgação da homeopatia às demais pessoas profissionais, gestoras e usuárias, garantindo a assistência integral à saúde.

48. Inserir a Cannabis Sativa nas Políticas Nacionais de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS), com adoção de práticas de educação popular sobre seus usos tradicionais e religiosos.

49. Fortalecer as ações e serviços de saúde, assegurando o atendimento aos ciclos de vida com equidade.

50. Defender o SUS como política social que radicaliza na defesa da vida, democracia, cidadania e justiça social, voltada à redução de desigualdades e o combate a todas as formas de exclusão, com compromisso de reparação histórica, e considera que a vida de cada pessoa tem exatamente o mesmo valor e reconhece as especificidades de saúde para um cuidado integral, universal e equânime de toda a população brasileira, sem distinção de raça, cor, gênero e classe social, alinhado a um modelo de formação em saúde voltado para as necessidades e diversidades do povo.

51. Orientar o SUS por paradigmas multiculturais desde a Atenção Básica, considerando a diversidade, as especificidades e as desigualdades que mantém grupos populacionais mais vulnerabilizados excluídos de seu direito à saúde, contemplando a pluralidade da população negra brasileira e reconhecendo suas dimensões de gênero, sexualidades, deficiência e implementando dispositivos concretos de indução da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) com ações macropolíticas (financiamento, regulação, monitoramento e avaliação) e micropolíticas (educação/formação, comunicação e mobilização).

52. 52 - Garantir o desenvolvimento econômico que aumente e redistribua a riqueza do País, assegure trabalho e emprego e promova políticas sociais que reduzam as iniquidades sociais, a fome e a pobreza, considerando que a saúde, em seu conceito constitucional ampliado, tem seus pilares fundados em determinantes sociais e econômicos e não há saúde sem trabalho, renda, casa, comida, transporte, educação e vida digna.

53. Qualificar uma política nacional de comunicação do SUS visando a tomada de decisões estratégicas e a ampliação dos mecanismos permanentes de diálogo com a sociedade em torno das diretrizes do SUS, considerando a diversidade e especificidade territorial e humana, como meio de ampliar a participação e o controle social para melhor atender as demandas de organizações, movimentos sociais e conselhos, buscando que a ciberestrutura pública se mantenha articulada com universidades e outras fontes de informação, utilizando softwares livres e que garantam a preservação da força de trabalho.

54. Criar a Carreira Única Interfederativa, com financiamento tripartite, piso salarial nacional para todas as categorias profissionais e implantação dos planos de cargos, carreiras e salários com contratação exclusiva por concurso público, combate à terceirização, valorização das pessoas trabalhadoras da saúde e priorização das que trabalham no território, ampliação das políticas de educação permanente, atendendo as reais necessidades da população brasileira.

55. Garantir e efetivar a construção de uma agenda de implementação, avaliação e articulação interministerial de políticas públicas afirmativas de Estado para o enfrentamento das desigualdades sociais, étnico-raciais, de gênero e regionais - como mecanismos mitigadores dos determinantes sociais do adoecimento psíquico - em conformidade com os princípios do SUS, dos direitos humanos e por uma sociedade plural, justa e livre, para a construção de um país justo, democrático e soberano.

56. Estruturar de forma transversal as políticas de saúde, reconhecendo a interseccionalidade dos Determinantes Sociais de Saúde, com especial atenção à raça, identidade de gênero, intergeracionalidade, sexualidade, classe social, povos indígenas e comunidades tradicionais, pessoas com deficiência, populações do

campo, florestas, água, cerrado e cidades, que impactam desigualmente em seus nos modos de vida e trabalho, como orientadora das políticas, estratégias, ações e serviços do SUS, tendo como princípios a defesa da democracia, da sustentabilidade do ambiente e da equidade.

PROPOSTAS

1. Atualizar a Política Nacional de Atenção Básica a partir do desenvolvimento de outro modelo de cuidado que efetivamente considere o recorte geracional e de gênero, a diversidade, especificidades e singularidades dos territórios do campo, floresta e águas, com atenção às práticas, instrumentos e insumos do cuidado.

2. Informatizar e digitalizar 100% das Unidades Básicas de Saúde em um período de quatro anos com atenção as zonas rurais e isoladas, proporcionar uso adequado do prontuário eletrônico e demais recursos, garantir equipamentos necessários a partir de 2024 disponibilizando registro eletrônico em saúde com informações dos diversos sistemas, permitindo deslocamento entre postos assistenciais sem barreiras de informação.

3. Garantir o provimento pelo governo federal de médicos para a Atenção Básica nos municípios, conforme especificidade de cada região, por 4 anos, prorrogáveis por igual período.

4. Ampliar as equipes mínimas com a inclusão do Psicólogo e do Assistente Social e garantir a obrigatoriedade de gerente nas Unidades Básicas de Saúde.

5. Ampliar a atuação clínico-assistencial de todas as categorias profissionais das equipes de Atenção Básica, com a utilização de protocolos multiprofissionais baseados na melhor evidência científica disponível.

6. Revogar a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e o Programa PREVINE Brasil; retomar discussão sobre a Política Nacional de Atenção Básica, suas diretrizes, modelo de financiamento tripartite, controle social e Atenção Básica como ordenadora do cuidado; estruturar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e fortalecer a Estratégia de Saúde de Família garantindo a cobertura de saúde da família, saúde bucal e multi (incorporando profissionais que realizam práticas integrativas em saúde), conforme perfil epidemiológico da população, enfrentando vazios assistenciais, baixa cobertura e acesso, garantindo acessibilidade nos serviços e nos transportes, fornecendo a estrutura física e ambiência adequada para o funcionamento das equipes, com vistas à saúde integral de toda a população, em especial dos grupos prioritários e em situação de vulnerabilidade.

7. Barrar a gestão privada dos serviços públicos de Atenção Básica, expandir redes e serviços de cuidado do SUS, com a Atenção Básica de base territorial, multiprofissional e ordenadora do acesso, com organização, distribuição territorial e financiamento determinados pelas necessidades e diversidade da população, com atenção aos grupos vulnerabilizados, com maior investimento nas ações de promoção e prevenção a saúde, reafirmando a luta pelos princípios do SUS.

8. Ampliar e otimizar o rastreio, diagnóstico e monitoramento das condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), equipando a Atenção Básica, fazendo uso de marcadores metabólicos, dados antropométricos e sinais vitais que permitam o cálculo do risco cardiovascular de acordo com Diretrizes Nacionais, desenvolvendo e implementando programas e políticas de saúde, educação, esporte e planejamento urbano que melhorem a prevenção primária e secundária, ampliem a efetividades dos tratamentos e promovam a equidade da atenção

9. Fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada aos serviços, fomentar a intersetorialidade com equipes de saúde da família multiprofissionais nos moldes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e capacitadas para acolher e combater situações de racismo e outras formas de discriminação.

10. Promover e fortalecer as Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) na atenção à saúde dos migrantes, em especial na Atenção Básica, estimulando a interação intercultural entre migrantes e a população local, que implique a formação e contratação de mediadores interculturais migrantes, treinamento em

relação ao funcionamento e ao direito de acesso ao SUS, observância das questões étnico-raciais e de gênero, priorização da Atenção Básica e nos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas áreas de maior concentração de uma população.

11. Oferecer serviço de Atenção Básica específico para os migrantes indígenas, inclusive indígenas não aldeados e indígenas em contexto urbano, pela atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), em coordenação com a Atenção Básica e, em situações emergenciais, pela adaptação do Consultório na Rua, do SUS, com orientação do DSEI, fomentando a contratação de lideranças espirituais/medicinais nos serviços de atenção em saúde para viabilizar o cuidado intercultural, com criação de um Conselho de Sabedorias Indígenas em Saúde, além de Casas de Medicina Tradicional Indígena no âmbito da rede de atenção básica do SUS, com a garantia de repasse de verbas do Ministério da Saúde para a SESAI, voltado especificamente para indígenas migrantes e refugiados, considerando o contexto dos deslocamentos para áreas urbanas, a necessidade de uma perspectiva intercultural, da proteção à infância, da saúde sexual e reprodutiva e da saúde mental indígena.

12. Fortalecer o papel da Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no cuidado à saúde da população LGBTIAPN+, inclusive crianças em diversidade de gênero, adolescentes, gestantes e pessoas idosas, por meio da criação de grupos voltados à população LGBTIAPN+, incluindo arteterapia, psicoterapia e terapia ocupacional, como forma de redução de danos e prevenção ao suicídio, garantindo a formação continuada de profissionais de saúde.

13. Reduzir a desigualdade no acesso a serviços de saúde através da ampliação da Atenção Básica para 100% da população, implantando programas de proteção e promoção da saúde que considere as diferenças, vulnerabilidades e a participação ativa das várias populações do território e comunidade de adscrição aos serviços, reafirmando e fortalecendo políticas públicas no SUS destinadas a grupos vulneráveis, como a Política Nacional de Saúde Integral a População Negra (PNSIPN), Política Nacional de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (PNSLGBTQIA+), Política Nacional de Saúde da População em Situação de Rua, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), emigrantes, entre outros, e que os contemplem em seus aspectos biopsicossociais, como estratégia de melhoria do SUS.

14. Incluir agentes redutores de danos na Política Nacional de Atenção Básica para atuar nas cenas de uso e nos territórios de saúde com concentração de alto risco social e vulnerabilização.

15. Criar Comissões de Saúde Mental dentro dos Conselhos de Saúde municipais e estaduais.

16. Traduzir e disponibilizar o Guia Original de Gestão Autônoma da Medicação na Rede de Atenção Psicossocial, na atenção básica, na atenção hospitalar e criar grupos que fomentem a autonomia de usuários da Rede de Atenção Psicossocial na relação médico-paciente e nos processos de desmedicalização.

17. Criar e implementar centros de cuidado temporário, centros-dia e centros de convivência vinculados a assistência social que contemple a admissão de pessoas em todas as fases da demência.

18. Articular, em conjunto com órgãos do ministério público, da defensoria pública e do judiciário, estratégias de assistência jurídica especializada, incluindo a criação de incentivos fiscais e de subsídios para pessoas com demência e seus familiares, cuidadores e cuidadoras e/ou responsáveis por elas.

19. Desenvolver e fortalecer os serviços de acompanhamento e ação integral biopsicossocial para familiares, cuidadores, cuidadoras e responsáveis, com equipe multidisciplinar, articulação com a Estratégia de Saúde da Família e abordagem assistencial competente a partir do primeiro atendimento, referenciada em protocolo modelo em demência.

20. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, raça, de orientação sexual e identidade de gênero na atenção às mulheres com sofrimento psíquico, com a integração com setores não-governamentais,

fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres com sofrimento psíquico em sua diversidade.

21. Certificar o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos, manicômios e Comunidades Terapêuticas, públicas e privadas com cofinanciamento de recursos públicos e conveniados do Sistema Único de Saúde e no Sistema Único de Assistência Social.

22. Fiscalizar as Comunidades Terapêuticas periodicamente, com vistas ao retorno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares/Psiquiatria e o fechamento de leitos psiquiátricos em serviços asilares.

23. Implantar o Centro Estadual de Atenção Psicossocial e Infanto-Juvenil (Caps IJ) e Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS ad) em todos os munícipios segundo critérios epidemiológicos.

24. Investir na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não terceirizada que priorize ações inovadoras de potencialização da criatividade, emancipação e diversidade, financiar os Centros de Convivência Arte, Cultura e Economia Solidária; criar uma agência pública interministerial de estímulo à produção e difusão de arte, cultura e ciência dos frequentadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); regulamentar o cooperativismo e associativismo social para retomar editais e fomento para os projetos de arte, cultura, ciência e economia solidária; e fortalecer projetos de geração de renda através da economia solidária ou de cooperativas.

25. Implementar o atendimento à saúde mental em todos os níveis de atenção do SUS cumprindo a determinação do princípio da integralidade.

26. Implementar leitos de saúde mental em hospitais e equipes especializadas para reduzir o estigma de pessoas com transtornos mentais; aumentar a transparência da prática em saúde mental e aumentar a atenção sobre a saúde física dos usuários.

27. Financiar e apoiar a rede de saúde mental e o cuidado às pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, com criação e ampliação da equipe de saúde mental, inclusão de neurologistas nas equipes de atendimento a crianças e adolescentes, com ênfase na Atenção Básica para pessoas com autismo, pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, Pessoas com Transtorno de Oposição Desafiante, Pessoas com Síndrome de Down e outras síndromes.

28. Revisar o Programa Melhor em Casa e redefinir a quantidade de Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar, Equipes Multiprofissionais de Apoio e equipes de Centro de Atenção Psicossocial, de modo a contemplar a realidade de localidades quanto ao critério populacional.

29. Implementar a Política de Saúde Mental nas bases da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, antirracista e anticapitalista, na perspectiva de fortalecer e expandir a Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva da preservação dos direitos humanos e do cuidado centrado na construção da autonomia, liberdade e direito à cidade pela pessoa usuária dos serviços, da política de redução de danos, da construção de estratégias antiproibicionistas e de defesa da descriminalização do uso de drogas, exclusão das Comunidades Terapêuticas da Rede de Atenção Psicossocial, extinção progressiva das Comunidades Terapêuticas e do "Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas" com garantia da continuidade da assistência, Destinação dos recursos das Comunidades Terapêuticas para o custeio e qualificação de Centros de Atenção Psicossocial, e fim do financiamento público para hospitais psiquiátricos e instituições religiosas.

30. Garantir a participação qualificada, o protagonismo e a autonomia das pessoas usuárias da Rede de Atenção Psicossocial nas Conferências de Saúde Mental e de Saúde, com apoio técnico, legal e psicológico, garantia de condições de organização e de realização de Conferências Livres através da disponibilidade de acesso facilitado à tecnologia em polos com computador e Internet, salas, auditórios e a meios de comunicação e divulgação, de modo a englobar campanhas de conscientização e mobilização sobre a importância da participação dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos espaços de disputa e construção de políticas públicas de saúde mental, no controle social.

31. Favorecer a Formação local de diferentes profissionais de Saúde com propriedade sobre as especificidades do território e suas características, promovendo a Educação

Básica sobre meio ambiente e cuidados em saúde, com diálogo e intercâmbio de saberes, nas comunidades com difícil acesso, buscando solucionar questões dos territórios, combatendo a falta de informação e o preconceito com investigações aprofundadas sobre os problemas e as terapias tradicionais, locais garantindo acesso a rede de atenção e a adequação da mesma, e garantir o financiamento para realização do VER-SUS nos diferentes territórios brasileiros, em caráter de imersão, considerando saberes locais e ancestrais para discussão do bem viver nos territórios com orientação teórica e metodológica da educação popular.

32. Priorizar e ampliar os cuidados paliativos nos programas de atenção à saúde para grupos de vulnerabilização biopsicossocial, como a população com deficiência física e mental, pessoas em situação de rua, privada de liberdade, mulheres, população negra, povos originários, LGBTQIA+, dentre outras, garantindo a integração do cuidado, equidade no acesso e dignidade para todas as pessoas.

33. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com equipe multidisciplinar e com garantia de financiamento, integrada às redes de atenção à saúde e como componente de cuidados na Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

34. Implementar a educação permanente em cuidados paliativos (CP) em todos os eixos formativos (graduação, pós-graduação, pesquisa e extensão) dirigida aos profissionais, usuários, gestores e prestadores de serviço, realizadas por instituições de Ensino reconhecidas pelo MEC e/ou Centros de Excelência e estabelecer cuidados paliativos como direito humano a partir do diagnóstico de doença grave, visando o acesso e o cuidado dos pacientes e famílias até o fim da vida, por equipes multidisciplinares, nos diversos níveis de atenção garantindo a integralidade e humanização, envolvendo a capacitação de equipes em CP desde a Atenção Básica, Secundária, Hospitalar e Domiciliar, fortalecendo o matriciamento da Atenção Básica e o trabalho conjunto com a comunidade, além de incluir manejo paliativista das patologias, aspectos éticos da paliação, comunicação de notícias difíceis, manejo, controle e alívio dos sintomas, abordagem espiritual/religiosa, luto, cuidados no fim de vida e estratégias de CP comunitários.

35. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com a garantia de financiamento, integrando RAS (Rede de Atenção à Saúde), através da Estratégia de Saúde da Família e subsidiar o fornecimento de insumos, como fraldas descartáveis, dieta industrial, suplementos e coberturas especiais para curativos aos usuários em acompanhamento terapêutico em Cuidados Paliativos, incluindo aqueles atendidos pelo programa Melhor em Casa, através da identificação da demanda social de Cuidados Paliativos com uso dos insumos mencionados, ramificação do Programa Melhor em Casa para que o Cuidado Paliativo seja uma das medidas base do serviço público e não exceção, promoção da conscientização sobre o benefício do Cuidado Paliativo e criação de um fundo de reserva para custear fraldas, curativos, medicações e demais itens necessários para o cuidado em casa, que já não estejam previstos no orçamento anual da Saúde, com o fornecimento garantido pela Política Nacional de Cuidados Paliativos.

36. Implantação e ampliação do Programa Farmácia Viva em Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde em territórios quilombolas, de modo a garantir a promoção dos modos de cuidado ancestral e tradicional da medicina quilombola incluindo a participação de raizeiros, benzedeiras, parteiras, rezadeiras e demais mestres e mestras da medicina quilombola junto ao programa, bem como a inclusão de tais saberes na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e seu adequado financiamento.

37. Criar linhas de cuidado para a continuidade do cuidado à saúde de pessoas de comunidades quilombolas, de modo a promover e garantir a transversalidade do cuidado à saúde das populações quilombolas na baixa, média e alta complexidade, respeitando os saberes e práticas de saúde ancestral e tradicional, considerando suas especificidades em saúde e promovendo a integralidade e equidade em saúde de forma intersetorial.

38. Criar o “Programa Mais Saúde nos Quilombos” em nível nacional, estadual e municipal para executar iniciativas intersetoriais de promoção da saúde e dos direitos sociais quilombolas, por meio da: proteção e demarcação dos territórios quilombolas, promoção da saúde mental, saúde bucal e saúde funcional, garantia de acesso a saneamento básico, promoção da autonomia e soberania territorial, prevenção do

uso de agrotóxicos e alimentos ultraprocessados, promoção da segurança alimentar, preservação da cultura tradicional quilombola, garantia de acesso à educação, esporte e lazer em todas as comunidades quilombolas autodeclarados, sejam eles rurais ou urbanos.

39. Garantir o fornecimento contínuo dos medicamentos que fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), revisando os processos administrativos e facilitando o acesso ao tratamento para diabetes, doenças cardiovasculares (DCV) e outras condições crônicas não transmissíveis (CCNTs) no Brasil; mudança da dispensação dos análogos de insulina, da atorvastatina , por exemplo, das Farmácias de nível especializado para a Atenção Básica permitiriam o ganho de capilaridade necessário para garantir que esses tratamentos cheguem a todos àquelas que deles necessitam.

40. Desenvolver, implementar e atualizar periodicamente programas nacionais de educação para a prevenção e autocuidado de pessoas com diabetes, doenças cardiovasculares e outras condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), inclusive no ambiente escolar.

41. Criar uma política de identificação e apoio financeiro às pessoas vulnerabilizadas que vivem com demência, reconhecer o cuidado não remunerado de familiar da pessoa com demência para fins de aposentadoria e articular estratégias de assistência jurídica especializada, incentivos fiscais e subsídios para pessoas com demência, familiares e cuidadores, em articulação com Ministério Público, Defensoria Pública e Judiciário.

42. Criar e implementar programas de telessaúde gratuitos que englobem educação, avaliação e suporte de cuidados específicos às pessoas com demência e seus familiares e responsáveis, com linhas diretas de apoio vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, a utilização de medidas de desfecho pré e pós-internação e com a participação de entidades que atuam diretamente com pessoas que vivem com demências.

43. Promover políticas regulatórias e fiscais mais rígidas para reduzir o consumo de produtos não saudáveis, álcool, tabaco e alimentos ultraprocessados.

44. Fortalecer espaços que articulem a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a Política Nacional de Promoção à Saúde e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com espaço e escuta atenta a todas as pessoas, propondo juntamente com a comunidade a solução para os problemas dos seus territórios; garantir e ampliar espaços comunitários que possibilitem o exercício da cidadania a partir da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, como cozinhas comunitárias com manutenção da estrutura, hortas comunitárias, feiras agroecológicas, pontos de cultura e arte.

45. Implantar triagem de risco de insegurança alimentar (TRIA) no prontuário eletrônico do e-sus e construir estratégia nacional de integração entre SUS, Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) como contribuição do setor saúde para a erradicação da fome; desenvolver estratégias de atenção nutricional para as populações vulnerabilizadas.

46. Promover a inserção da Educação Alimentar e Nutricional com base agroecológica no SUS, aprofundando conhecimentos em sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis, contemplando conceitos de veganismo, alimentação biodiversa, tradicionalidade e diversidades das identidades culturais.

47. Ampliar restaurantes populares tendo como base a agricultura familiar como forma de combate às desigualdades históricas e sociais, enfrentamento à insegurança alimentar e à fome, com interligação dos serviços de saúde e assistência social para garantia de acesso adequado à alimentação.

48. Criar programa de suplementação e alimentação enteral/parenteral no SUS, nos moldes da Farmácia Básica, financiado por repasse federal/estadual para os municípios, para garantir a suplementação e dietas enterais/parenterais em toda a rede de Atenção Básica A e Atenção especializada.

49. Promover o fortalecimento, financiamento adequado e controle social no Sistema Único de Saúde, com ênfase para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e ações e políticas do Sistema Único de Assistência Social, educação,

saúde e assistência social, de maneira multidisciplinar, com garantia de recursos orçamentários para as ações de alimentação e nutrição vinculando à apresentação de uma agenda de saúde comprometida a combater a inércia política, alinhada com a Agenda 2030 e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

50. Legalizar o aborto no Brasil e regulamentação adequada no SUS (combatendo a mortalidade materna em clínicas clandestinas), com políticas integradas de educação sexual nas escolas e amplificação da distribuição de métodos contraceptivos.

51. Legalizar a maconha no Brasil como forma de combate ao genocídio e encarceramento da juventude negra, aos efeitos atuais gerados pela criminalização enquanto determinante social de violência e preconceito nos serviços de saúde no país.

52. Assegurar o acesso das pessoas em situação de rua aos direitos sexuais e reprodutivos, com informação sobre contracepção, saúde sexual e aborto legal, acesso a métodos contraceptivos, inclusive implantes subcutâneos, informações e insumos para prevenção às ISTs, busca ativa para exames e tratamentos ginecológicos e urológicos, inclusive com educação por pares e parcerias com movimentos sociais em todo o território nacional.

53. Garantir a realização do Censo Nacional da Pessoa em Situação de Rua (PSR) e os meios legais para assegurar sua permanência e periodicidade, considerando que o levantamento dos dados e indicadores acerca da realidade nas ruas, são centrais para a construção, implementação e qualificação da política pública de saúde para e com a PSR.

54. Instituir um sistema de proteção e promoção da saúde com a criação de coordenadorias/departamentos voltados para a saúde de populações em situação de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de rua, Pessoas com Deficiência, imigrantes, refugiados, povos indígenas e comunidades tradicionais, com a inclusão de serviços de saúde integrados e medidas de inclusão social, priorizando essas populações no acesso aos serviços de saúde nos três níveis de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com orçamento e financiamento, no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação e inserção das 15 categorias profissionais de saúde para o trabalho em equipe multidisciplinar, em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS.

55. Garantir assistência e acesso da população de rua aos serviços de saúde, desburocratizando e garantindo seu fluxo, respeitando suas peculiaridades, oportunizando imunização e atendimentos em saúde e testagens rápidas, sem perder de vista a população em assentamentos, indígenas e agricultores, bem como à população privada de liberdade, com vistas à continuidade do cuidado, garantindo referências e contra referências, com o fortalecimento da corresponsabilização de todos os programas, estratégias e equipamentos de saúde para com as demandas dessas populações, a partir da efetivação da Política Nacional de Humanização, visando o acolhimento digno e o atendimento qualificado em todo e qualquer serviço de saúde.

56. Garantir direitos da população vulnerabilizada e prevenir violências, racismo, lgbtfobia, capacitismo e outras, na perspectiva de uma sociedade inclusiva, no respeito às especificidades, no acolhimento e na integração de saberes que estão pelo território na memória viva de pajés, babalorixás, gurus, de modo a integrar em prática coletiva voltada para a redução de crimes de ódio e intolerância, a articulação de cosmopoéticas circulares e dos saberes da população negra e nativa na proposição de uma transformação ecológica e bem viver, especialmente nas favelas e periferias do país, incluindo, deste modo, vozes que foram cronicamente subalternizadas pelo Estado na produção de políticas públicas de saúde e de saúde mental.

57. Fortalecer e ampliar as políticas de saúde voltadas aos grupos mais vulnerabilizados, fortalecendo as políticas públicas já criadas para esses grupos populacionais, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a Política Nacional de Educação Popular (PNEP), Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNACC), da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (PNSILGBTQIA+), Política Nacional de Saúde de Pessoa com Deficiência, Política Nacional de HIV/AIDS e Infecções Sexuais Transmissíveis (ISTs), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICS), Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no

Sistema Prisional (PNAISP) e os comitês específicos existentes, criando diretrizes e estratégias que envolvam as principais linhas de cuidado da Atenção Básica, com valorização dos profissionais de saúde.

58. Recriar a Secretaria de Gestão estratégica e participativa/MS a fim de fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de equidade, entre elas, atenção integral à saúde das mulheres e promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher.

59. Desenvolver programas de formação continuada com praticantes das práticas tradicionais das parteiras, dos saberes ancestrais de povos indígenas e das comunidades tradicionais, oferecendo-lhes condições dignas para o exercício de seu trabalho em suas comunidades e territórios, incluindo-as como prática em saúde no programa nacional de Saúde da Família e em toda a rede de atenção em saúde do SUS.

60. Qualificar profissionais de saúde para o atendimento às mulheres em situação de violência nas unidades de saúde.

61. Usar indicadores de monitoramento contínuo da realidade cotidiana de saúde-doença da mãe, para efetivação de direitos de manutenção da saúde e de preservação da vida.

62. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para pessoas que vivem com HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, e reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina, além de organizar em redes de referência e contrarreferência a prevenção, diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama.

63. Fortalecer a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

64. Criar linha específica de crédito dentro da saúde para organização e regulamentação da Medicina Tradicional Africana e dos Povos Tradicionais Africanos para que os Povos

Tradicionais de Matriz Africana (POTMA), que constituem a forma desta medicina, sejam inclusos no SUS buscando a construção de protocolo de ações pensado com e a partir dos POTMA e de acordo com as instancias internacionais da ONU um processo que deve ser acompanhado diretamente pela agencia internacional de saúde, através de consulta pública, como prevê a convenção 169.

65. Revogar o artigo nº 284 do Código Penal, descriminalizar as práticas das tradições de matriz africana e reconhecer os terreiros como espaços sagrados de promoção e cuidado em saúde e seus praticantes e demais povos tradicionais como detentores de saberes e práticas terapêuticas não hegemônicas.

66. Criar no Organograma do Ministério da Saúde o Espaço Exclusivo das PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde)

67. Reconhecer, mapear e divulgar as possibilidades de medicina tradicional, valorizando a cultura popular e nesta as práticas religiosas de cuidado, em todos os municípios como espaços terapêuticos e de acolhimento de assistência integral nas redes de saúde. Incluindo na formação acadêmica profissional esta temática em todos os níveis técnicos, de graduação, pós-graduação, em saúde lato e stricto sensu (incluindo as residências médicas e multiprofissionais) e fortalecer as produções acadêmicas e pesquisas científicas nestas áreas, com formação ampla dos profissionais de Saúde em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

68. Fortalecer as práticas tradicionais das parteiras tradicionais e indígenas para garantir uma maior assistência às gestantes nos partos de baixo risco nas áreas mais distantes dos centros de saúde, assim como incluir as referidas práticas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e permitir a tais pessoas trabalhadoras o acesso à inserção de dados de procedimentos realizados no cartão pré-natal.

69. Fomentar, estimular, financiar e divulgar pesquisas para aprofundar as questões relacionadas ao acesso de pessoas idosas que pertencem a grupos minoritários às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), sobre suas condições de saúde, a fim de estruturar e implantar políticas específicas que garantam a equidade de acesso dessas pessoas a esses serviços.

70. Promover ações para o fortalecimento de memórias e vivências nas relações afetivas, românticas e sexuais através de oficinas de memórias, workshops e atividades interativas sobre diversidade sexual em ambiente de interação e convivência de pessoas idosas, com a participação de especialistas para promover a ambientação para troca de experiências comparativas sobre as experiências intergeracionais, passado e presente, e a finalidade de identificar as dificuldades, limites e desafios para uma interação saudável.

71. Criação de uma linha de atenção especializada à saúde mental das pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com suporte adequado e foco no convívio social e familiar, na prevenção da violência, no combate ao preconceito e discriminação, e favorecimento de um ambiente acolhedor, inclusivo e digno.

72. Reestruturar os indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, de modo a retirar os anos pandêmicos e epidêmicos da série histórica no cálculo das metas e substituir o indicador lira por coberturas dos imóveis, garantindo que 100% dos recursos sejam repassados para as pessoas servidoras da Vigilância em Saúde.

73. Articular constituição da Rede Nacional de Inovação, Pesquisa e Ensino em Tecnologias Digitais para o SUS (Rede IPE-Digital), composta por universidades públicas em parceria com o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; o que otimiza investimentos no SUS e nas Universidades ao produzir saberes e práticas em conjunto com ações e demandas do SUS vis à vis avanços da C&T; as universidades públicas serão apoiadas na organização de Laboratórios/Núcleos de Inovação com tripla função: produzir inovação em SD sob a égide da Ciência Aberta, Creative Commons e Software Livre; formação das equipes de saúde do SUS em SD e ofertar com agilidade o suporte necessário a demandas complexas e estratégicas para o SUS; atuará a depender da necessidade: demanda por projeto – quando a solução necessária se caracterizar por um recorte (semi) estruturável vertical ou horizontal; e demanda por problema – quando a questão a ser enfrentada for de recorte transversal, não estruturável e repercussões multi e pluridimensionais.

74. Utilizar Software Livre como estratégia emancipadora do SUS.

75. Aprimorar e avaliar continuamente as bases de dados administrativos do governo com inclusão de variáveis, tais como “nacionalidade”, “idiomas”, “etnia indígena” e com a garantia que os sistemas aceitem a inserção de formato relacionados aos diversos documentos de migração; além do compartilhamento entre bases de informações que contemplem as especificidades de gênero, raça e etnia das populações migrantes e refugiadas, observando as melhores práticas de gestão da informação, a proteção de dados e as diretrizes de direitos humanos.

76. Garantir a padronização das informações coletadas, com definição de conceitos e variáveis previstas, utilizando sistemas seguros, com capacidade de interoperabilidade e inclusão de informações sobre vulnerabilidade socioeconômica, exposição humana e ambienta e a formação e capacitação de profissionais envolvidos na análise e coleta de dados; garantindo atualizações em tempos oportunos, melhor definição e direcionamento das estratégias de enfrentamento das doenças, detecção precoce de riscos e agravos.

77. Vedar o compartilhamento de dados de saúde para usos secundários (diferentes dos propósitos para os quais foram coletados) afeitos a finalidades estranhas à realização da saúde pública por entidades públicas ou que impliquem uma estratégia de expansão de negócios por meio dos dados em saúde do SUS; elaborar diretrizes de explicabilidade sobre as decisões tomadas por ferramentas de inteligência artificial envolvidas no contexto da saúde pública; banir tecnologias de reconhecimento facial para fins de monitoramento e acesso a espaços do SUS em todas as unidades federativas, tendo em vista implicações racistas e discriminatórias dessa tecnologia.

78. Reorientar e reorganizar as ações de vigilância de forma interdisciplinar, integrada, intersetorial e territorializada, considerando as vulnerabilidades socioeconômicas, ambientais, promovendo ações de educação permanente para os profissionais de Saúde, em especial os de Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Gestão.

79. Construir um Plano Estratégico em Vigilância em Saúde e Ambiente & Inovação que fortaleça a Política Nacional de Vigilância em Saúde (Resolução CNS nº 588/2018),

incluindo os aspectos da vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

80. Fomentar a implementação do sistema integrado nacional de informações de saúde (SIS) mediante financiamento compartilhado e equânime entre os três entes federativos, tornando-as acessíveis, transparente e que inclua a gestão de assistência farmacêutica.

81. Reorientar e reorganizar as ações de vigilâncias em saúde para integrar as práticas de vigilância epidemiológica, ambiental, do trabalhador e sanitária, em conjunto com a Atenção Básica em saúde e o respeito às especificidades de cada território.

82. Ampliar e garantir o repasse de recursos financeiros da união, estados e municípios destinados aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todos os níveis de atenção, com: previsão de construção de sedes próprias para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ampliação das equipes de Atenção Básica incluindo profissionais de Saúde mental; qualificação e ampliação de leitos de Saúde mental em hospitais gerais e outros dispositivos de atenção à crise; fomentar a formação de profissionais, a educação permanente e o matriciamento na perspectiva da clínica ampliada, fortalecimento das políticas de saúde transversais para mulheres, crianças, adolescentes, população negra, indígena, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), pessoa com deficiência e situação de rua, imigrantes, entre outros.

83. Instituir financiamento para Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) em todos os níveis (federal, estadual e municipal), e implantar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional.

84. Ampliar o financiamento para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) efetivar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em todas as regiões de saúde, incluindo transporte aéreo de urgência e emergência para cobertura de toda região de saúde, inclusive toda a zona rural, superando prontamente qualquer tipo de dificuldade de acesso.

85. Garantir o financiamento nas três esferas de governo para melhoria da oferta de consultas, exames, procedimentos especializados e cirurgias dos serviços de média e alta complexidade, criando centro de especialidade médica nos municípios (cardiologista, endócrino, gastrologista, urologista, ortopedista, reumatologista, dermatologista, geriatra, neurologista, neuropediatra, otorrino, pneumologista, oftalmologista e proctologista); ampliando os hospitais regionais com maior ofertas de leitos de UTI, aquisição de equipamentos, adequação da estrutura física, contratação de profissionais; melhorando as pactuações, licitações e contratos; fortalecendo o suporte aos municípios e diminuindo as filas de espera da regulação.

86. Garantir a institucionalização de uma política integrada voltada para a qualidade do SUS através do financiamento tripartite ao funcionamento das Ouvidorias.

87. Atualizar com urgência e proceder a revisão anual tanto dos quantitativos, de acordo com a dinâmica demográfica, epidemiológica e socioeconômica dos estados, quanto dos valores da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS (Tabela SUS), considerando os índices inflacionários e os valores de mercado, para reestabelecer o equilíbrio econômico-financeiro nas relações contratuais sistêmicas da rede pública, estabelecidas por repasses, convênios e contratos; bem como, revisar a PGASS (Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde), antiga PPI.

88. Transferir recursos de acordo com os critérios de rateio da LC nº 141/2012, em detrimento das emendas parlamentares e outras formas de interferência política; e ainda, desenvolver e instituir critérios e mecanismos sistêmicos que sejam estratégico-situacionais, republicanos, federativos, transparentes, úteis e justo, a fim de diminuir a interferência federal na administração pública municipal, estadual e do Distrito Federal.

89. Criar fundos federal e estaduais para ressarcimento de municípios no caso de custeio de atendimento de pacientes de elevada complexidade, cuja competência no SUS, caberia aos estados ou à União.

90. Aumentar os valores do financiamento federal para a Vigilância em Saúde e teto estabelecido de Agente de Combate às Endemias e Agente Comunitário de Saúde

nos municípios de acordo com as especificidades de cada região, em especial a amazônica.

91. Alcançar um mínimo de 10% do Produto Interno Bruto (PIB) no financiamento público da Saúde, assegurando mínimos orçamentários para o SUS correspondentes às receitas totais federal (10%), estadual (15%) e municipal (15%), revogando todo tipo de teto, como a EC95, e gatilho fiscais em todos os níveis do ordenamento jurídico brasileiro, com o objetivo de redistribuir a riqueza e sustentar os serviços públicos de qualidade para todas as pessoas.

92. Garantir o financiamento do medicamento para tratamento da esporotricose humana e animal e definir, em protocolo, as diretrizes de vigilância e controle da esporotricose em animais errantes.

93. Defender, no Congresso Nacional, o projeto de Lei nº 5591/2020 que visa a garantir medicamentos a preços justos para a população brasileira por meio de, entre outros: maior participação social na Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), garantia de transparência dos gastos de pesquisa e desenvolvimento dos medicamentos e do cálculo de seus preços finais e permissão de reajustes negativos dos preços de medicamentos.

94. Construir a autonomia estratégica para a segurança e soberania sanitária, reduzindo a dependência externa de insumos e tecnologias com aumento da capacidade nacional para o desenvolvimento, produção e distribuição, regulando as relações entre os setores público e privado, com base no interesse público, para inibir o fluxo predatório de recursos públicos ao setor privado.

95. Estabelecer critérios transparentes de avaliação de medicamentos indicados para doenças raras e ultrarraras, a fim de que as questões éticas presentes nos processos sejam adequadamente apreciadas, por meio de juízos de equidade democraticamente estabelecidos, com especial atenção para os aspectos éticos das análises de evidência de eficácia e das métricas de qualidade de vida utilizadas em estudos econômicos.

96. Fortalecer e ampliar políticas de assistência farmacêutica que sejam críticas ao excesso de medicalização e que incentivem o uso racional dos medicamentos; descriminalizar o aborto e garantir o acesso seguro ao aborto no SUS; combater a violência obstétrica e estimular o parto natural e humanizado, em contraposição ao uso de ocitocina e hormônios.

97. Promover, inclusive com a participação dos setores produtivos e de serviços, a formação e educação continuada dos diferentes atores envolvidos no desenvolvimento de tecnologias de saúde, considerando a prática interdisciplinar e interprofissional, além de incentivar pesquisas e desenvolvimento com Institutos de Ciência e Tecnologias Brasileiros (ICTs) e demais instituições públicas e privadas, com vistas a melhorar a capacidade de pesquisa e desenvolvimento tecnológico do país, reter talentos e gerar indicadores em saúde.

98. Admitir a participação da sociedade civil em todas as etapas dos processos de avaliação de tecnologias em saúde, inclusive nas fases mais remotas, nas quais são confeccionados os pareceres técnicos preliminares, pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias (NATs), na elaboração do planejamento de políticas públicas de saúde nos múltiplos territórios e com acesso as esferas públicas e níveis de especialização e complexidade.

99. Qualificar as áreas técnicas envolvidas nos processos de avaliação de tecnologias em saúde no comprometimento de todos com os aspectos éticos dos processos de avaliação de tecnologias indicadas para doenças raras.

100. Garantir que os produtos imateriais resultantes das pesquisas em saúde financiadas com dinheiro público estejam amplamente disponíveis, favorecendo a circulação do conhecimento para avançar a pesquisa e o desenvolvimento de tecnologias em saúde essenciais. Artigos, livros etc. devem estar preferencialmente publicados em acesso aberto; patentes devem ser licenciadas na modalidade não exclusiva, evitando monopólios sobre as tecnologias em saúde.

101. Defender a produção Nacional de imunobiológicos, insumos, medicamentos e concessão de licença compulsória para as tecnologias utilizadas para enfrentamento

nas emergências de saúde pública de qualquer natureza, implementando a política de promoção e prevenção através da vigilância em saúde, envolvendo ciência e tecnologia na produção.

102. Pactuar entre as três esferas de governo a aquisição de transportes terrestres, fluviais e aéreos que atendam a zona rural, auxiliando nos comandos médicos, campanhas de vacinas, ações de combate a endemias e hemodiálise.

103. Formular a política de tratamento fora de domicílio e transporte sanitário baseada nas necessidades de saúde da população, na equidade e na responsabilidade interfederativa.

104. Criar um comitê interministerial e interinstitucional para coordenar esforços e garantir a articulação entre diferentes setores e instituições envolvidas na promoção da saúde e imunização, alinhado com os princípios da integralidade e equidade do SUS, para desenvolver um plano nacional de comunicação e educação em vacinação, associado ao Programa Nacional de Imunização (PNI), promovendo o conhecimento sobre imunizações e o engajamento da população, com uma plataforma de informações e interação social sobre as condições de vida e situação vacinal da população local, desenvolvendo e incentivando ações de vigilância e disponibilizando informações sobre locais de vacinação, além de incluir a vacina contra a dengue no PNI a partir do ano de 2024.

105. Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, para garantir o direito da população ao acesso a medicamentos, soros, vacinas, insumos, equipamentos e produtos para a saúde, desenvolvendo políticas públicas voltadas à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção, atendendo as necessidades do SUS, estabelecendo a cooperação técnica com as universidades e os centros de pesquisa, ampliando os laboratórios oficiais, a fim de promover a educação continuada, a pesquisa, a produção e a divulgação científica, desenvolvendo a competência tecnológica nacional.

106. Fortalecer e implementar a Agenda Ambiental intersetorial buscando soluções sustentáveis para minimizar o impacto das Mudanças Climáticas para a Saúde Global, estimulando a criação de fóruns populares para ampliar a discussão sobre o tema e a participação na busca de soluções locais para alcançar o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável nº 13.

107. Reafirmar o caráter essencial da saúde, bem como a importância estratégica de seu abastecimento e funcionamento regular para a segurança, soberania e desenvolvimento econômico-social nacional; implementar no Arcabouço Fiscal e em todos os outros instrumentos fiscais do ordenamento jurídico, regime tributário diferenciado e favorecido para bens, produtos e serviços da saúde, zerando a carga tributária nas cadeias produtivas do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS); criar na federação, ambiente regulatório e tributário concorrencialmente isonômico, inclusive para com o mercado internacional.

108. Fortalecer o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) articulado ao Sistema Nacional de Inovação (SNI), com uma agenda de prioridades em pesquisa e desenvolvimento para superação das desigualdades regionais, ampliando o acesso e a soberania nacional da saúde; sendo uma agenda integrada e estratégica nos planos nacional e internacional, para criar ambientes de estímulo à inovação que possibilitem a indução de Redes de Cooperação em Pesquisa & DTI, e maior acesso a tecnologias necessárias que sejam benéficas para a saúde do usuário, de forma ética, inclusiva e responsiva para o SUS, incluindo as abordagens relativas aos temas de propriedade intelectual.

109. Investir em pesquisas para o desenvolvimento tecnológico e inovação para fomentar o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) para ampliar a produção de Insumos Farmacêuticos Ativos (IFA), de imunobiológicos, hemoderivados, vacinas, equipamentos biomédicos e de proteção individual, medicamentos, ingredientes farmacêuticos ativos, intermediários de síntese estratégicos no Brasil; assim como de tecnologias para a saúde e da maior parte dos medicamentos ofertados no SUS, inclusive através do incentivo a transferência e internalização de tecnologia, redução da dependência externa de insumos e outros equipamentos necessários.

110. Estabelecer um ambiente legal e regulatório seguro, estável, alinhado com as boas práticas internacionais, célere e tempestivo para a realização de inovação e de

pesquisas clínicas no país, permitindo maior acesso dos pacientes às tecnologias inovadoras, com segurança, eficácia, efetividade e ampliando o rol de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica.

111. Garantir o direito e a legalidade das ligas acadêmicas da área da saúde, devidamente registradas por um órgão/departamento atrelado à saúde pública, sendo o mesmo responsável pela permissão e fiscalização, para que, dessa forma, as pessoas acadêmicas possam atuar em espaços públicos de saúde com a permissão legal.

112. Incentivo e garantia do Controle Social e pessoas conselheiras de saúde em todos os âmbitos de atenção em saúde, principalmente junto aos territórios, garantindo a participação no colegiado gestor das unidades de saúde envolvendo pessoas usuárias e as equipes de saúde da família, promovendo junto à população a conscientização da importância do SUS e aproximando pessoas trabalhadoras e usuárias; com ampla formação na fiscalização de contratos, convênios administrativos, termos de colaboração, parcerias com associações e participação em pesquisa.

113. Estabelecer integração, cooperação técnica e cogestão, mediante mecanismos de governança, incluindo a programação de ações integradas de fiscalização em parceria com o Ministério Público, os Tribunais de Contas dos Estados e da União, Conselhos de Saúde e demais órgãos de controle, visando à eficiência dos serviços de saúde.

114. Criação de mecanismos de controle social das entidades de classe da saúde, dos quais participem, além de representantes da categoria, representantes do Ministério da Saúde, de Universidades públicas e institutos de pesquisa, de pessoas usuárias e trabalhadoras da saúde de diferentes formações e participação de sindicatos e movimentos sociais da saúde em todos os debates e espaços de decisão relativos às políticas de recursos humanos do SUS.

115. Reconstruir a política ambiental pautada na garantia das condições de vida digna dos povos originários e respeito à sua cultura, no fim do autolicenciamento e da autorregulação de produtos, processos e fontes poluidoras e dos projetos de mineração danosos à saúde e ao meio ambiente, assim como na proibição do uso de agrotóxicos, do desmatamento, do garimpo ilegal.

116. Fortalecer a agricultura familiar e orgânica e implementar a Política Nacional e Estaduais de Controle de Agrotóxicos nas culturas, com foco na pessoa trabalhadora e na população exposta aos defensivos agrícolas, incentivo às pesquisas acerca dos danos provenientes do uso dos agrotóxicos e alimentos transgênicos, criação de políticas públicas e campanhas que desestimulem o uso de agrotóxicos em face da contaminação da água, do solo e do ar.

117. Construir plataforma digital de cooperação e promoção da Integralidade, Universalidade, Participação Popular e Controle social, articulada à gestão e ao trabalho no SUS.

118. Mapear, de forma concreta, o Terceiro Setor na Saúde, por Estado e considerando os sujeitos dos SUS envolvidos, quanto a atuação no Território.

119. Constituir Grupo de Trabalho Tripartite do apoio institucional do SUS, sob a coordenação do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (DGIP/SE/MS), com participação das instâncias desconcentradas do Ministério da Saúde nos estados, a fim de se discutir necessidades de formação (educação permanente e popular), ferramentas de trabalho, métodos de cogestão e gestão participativa, identificação de temas prioritários e peculiaridades regionais no apoio ao desenvolvimento do SUS.

120. Estabelecer espaços de formação (educação permanente e popular) para qualificação da atuação do apoio institucional no SUS no território.

121. Qualificar o banco de dados gerados no sistema OuvidorSUS, observando o efetivo cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados e Lei de Acesso à Informação, integrado a outros sistemas, a partir das manifestações dos cidadãos, em seu direito de cidadania, exercendo controle social, produzindo dados qualitativos e quantitativos, subsidiando as pessoas gestoras do SUS em melhorias nos serviços.

122. Intensificar ações junto às pessoas gestoras do SUS, visando ampliar e fortalecer a rede de Ouvidorias e desenvolver estratégias para que a mesma se efetive como instrumento de Gestão.

123. Assegurar investimentos, fortalecer os Serviços de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP/SEMS) nos estados e Distrito Federal, seu papel estratégico no apoio à implementação de ações técnico-institucionais junto aos entes federados e aperfeiçoamento da capacidade de gestão do SUS no território de saúde nos processos de planejamento, regionalização, pactuação e contratualização interfederativa, estabelecendo-se espaços de atuação no que se refere às atribuições regimentais e atividades voltadas aos SEINP/SEMS.

124. Orientar estratégico-situacionalmente as práticas das equipes da Atenção Básica para a atenção integral e resolutiva à saúde, com modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde das pessoas e as singularidades territoriais na perspectiva da regionalização.

125. Reconhecer e considerar as complexas especificidades da Amazônia Legal, cabendo às três esferas de governo fortalecer o SUS ampliando e garantir o financiamento adequado e necessário ao alto custo operacional; investindo desde a atenção básica à construção de modernos Hospitais Universitários em todos os estados da região, melhorando a oferta de serviços, insumos, medicamentos, equipamentos e especialmente, força de trabalho em saúde.

126. Incluir na formação dos agentes de saúde, em todos os níveis de conhecimento, saberes de prevenção e promoção dos povos presentes nos territórios, controle social e estímulo a exercê-los.

127. Garantir e reconhecer os microscopistas como Agentes de Combate às Endemias, com isonomia salarial em relação aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Comunitários de Endemias.

128. Destinar recursos de investimento para a gestão da Rede de Atenção de Saúde (RAS), objetivando o aprimoramento da conectividade, capacitação dos profissionais e ampliação da infraestrutura; inclusive com aquisição de equipamentos de análise laboratorial, salas de coletas de amostras/exames em unidades de saúde da família e pontos de apoio rurais.

129. Garantir o piso salarial da enfermagem e estabelecer a Política Nacional de Valorização dos Profissionais de Saúde e a Política Nacional de Piso Salarial para profissionais de saúde para instituir um piso salarial nacional e igualitário todos os profissionais da saúde com correção financeira por valores adequados a realidade da tabela de profissionais do Sistema Único de Saúde, garantia da estrutura necessária, jornadas de trabalho e ambiente digno, concursos públicos para ampliar as equipes de saúde, Planos de Cargos, Carreiras e Vencimentos com garantia de isonomia salarial por nível de formação entre os serviços nas três esferas de governo, garantia de direitos e valorização dos servidores públicos por meio da ascensão funcional, diminuição da rotatividade de profissionais e oferta de programas de capacitação permanente para as pessoas trabalhadoras do Sistema Único de Saúde.

130. Promover Cursos de Especialização lato sensu em educação popular em saúde identificados com a cultura e os modos de vida regionalizados, bem como inserir ou fortalecer a Educação Popular em Saúde no referencial político pedagógico dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, assegurando a educação popular nos processos formativos e comunicativos voltados para pessoas trabalhadoras da saúde e estudantes, ancorados na saúde comunitária, com base na ancestralidade e na interculturalidade, na perspectiva de desconstrução da herança dos modelos capitalista, biomédico, racista e patriarcal

131. Promover a educação popular em saúde na extensão universitária, resgatando e fortalecendo dispositivos como as Vivências Estágios nas Realidades do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS) e Vivência Estágio em Educação Popular em Saúde (Vepop-SUS), e Estágios Rurais Interprofissionais (ERIP), promovendo maior interação entre os estudantes, professores, trabalhadores e movimentos sociais e populares, conhecendo e assumindo pautas e demandas das populações locais e seus respectivos territórios.

132. Garantir a presencialidade como fundamental para qualidade da formação em enfermagem, assegurando o uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC), suspendendo a autorização de novos cursos na modalidade à distância (EaD) e assegurando a inserção de estudantes nos cenários de práticas desde o primeiro semestre de curso, como estratégia pedagógica para uma formação em saúde centrada nas necessidades de saúde, ampliando o papel regulador do Estado brasileiro, com protagonismo do Ministério da Saúde, no que tange a formação em saúde, prática profissional e educação permanente, garantindo a construção e elaboração de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) centradas na formação de pessoas trabalhadoras para o SUS e fundamentadas nas necessidades de saúde, assegurando discussão no Conselho Nacional de Saúde articulado com o Conselho Nacional de Educação.

133. Garantir que os órgãos de acompanhamento das escolas médicas, tais como Ministério da Educação, Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de Escolas Médicas, dentre outros, priorizem as inovações pedagógicas, tecnologias e práticas de gestão coerentes com o reconhecimento e enfrentamento a violência na educação médica, assim como a expansão de acesso, inclusão e segurança alimentar nas instituições de ensino e prática, além da garantia de manutenção e permanência de estudantes com vulnerabilidade sociais, pessoas com deficiência e doenças limitantes aplicando as políticas nacionais de atenção às população negra, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+) e Pessoas com Deficiência.

134. Valorizar academicamente o VERSUS para todas pessoas profissionais da saúde, implementando valor de pontuação da vivência em concursos profissionais e formativos, como as residências, e/ou processos seletivos da área da saúde ou afins.

135. Buscar maior articulação entre as instituições de ensino (ou secretárias de educação) junto a secretária de saúde e a Atenção Básica para que possam ser criados fluxos assistenciais de atendimento para os estudantes.

136. Incluir e ampliar os componentes curriculares nos cursos de saúde que tenham como foco central a implementação das políticas de equidade no SUS, visando a formação de futuros profissionais de saúde comprometidos com essas pautas.

137. Incluir nas políticas de extensão das Instituições de Ensino Superior, em especial dos cursos da área da saúde, o fomento à projetos que propiciem experiências de imersão na realidade do SUS, nas comunidades tracionais e nos movimentos sociais.

138. Desenvolver processos formativos e o desenvolvimento de um laboratório de inovações em ouvidoria que contemplem as questões formação-ação, pesquisa, ações locais e regionais, com comunicação e informação, com formação para profissionais do SUS em modelos extensão, livre, stricto e lato sensu, e de sensibilização dos usuários do SUS sobre a participação e controle social, por meio de parcerias com instituições de ensino para o desenvolvimento de projetos de ensino e pesquisa junto das Ouvidoria do SUS.

139. Atualizar as diretrizes curriculares das profissões de saúde na perspectiva dos Direitos Humanos, das políticas públicas, da territorialidade e do SUS, além de promover processos de educação popular permanente para a participação e o controle social (pessoas trabalhadoras, usuárias, gestoras e prestadoras), entidades e movimentos sociais, originários e tradicionais com a garantia de recursos, incorporando nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação da Área da Saúde a Educação Popular em Saúde e fortalecendo os projetos político-pedagógicos dos cursos com princípios e práticas de educação popular em saúde.

140. Incorporar o referencial da Educação Popular em Saúde na formação técnica em saúde, em especial na formação de técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias.

141. Garantir recursos financeiros extrasetoriais para implantação da política de saneamento básico (água, esgoto, lixo, etc) em todo o território nacional, solucionando em definitivo, inclusive a destinação correta e legal de resíduos sólidos.

142. Promover, monitorar e avaliar a qualidade da atuação das equipes de Atenção Básica, quanto a princípios, atributos, diretrizes, objetivos, metas e resultados.

143. Assegurar a aplicação dos recursos do SUS com base nas necessidades da totalidade das populações e dos territórios a partir do planejamento regional integrado e

ascendente, mediante planos anuais e plurianuais setoriais de saúde (federal, estaduais, municipais, intra e interfederativos), orientados às necessidades sociais em saúde e às de qualidade de vida; abandonando aceleradamente o modelo de planejamento orçamentário atual em Saúde que reproduz e acentua anualmente as desigualdades históricas da estrutura de oferta nacional construídas sob critérios outros, clientelistas, particularistas e não republicanos; reivindicar os investimentos públicos, inclusive em bancos de desenvolvimento (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social e BRICS – grupo formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul).

144. Romper com o histórico subfinanciamento do sistema que se aprofundou no desfinanciamento, para garantir a efetivação das provisões constitucionais e legais do SUS; agir contra a privatização da gestão e a financeirização das políticas sociais, o rentismo da dívida e seus juros, auditando-a e anulando o que for indevido; reivindicar o SUS do tamanho do Povo Brasileiro e potencial seu país, como parte da expansão da economia e de desenvolvimento nacional.

145. Revogar o modelo de financiamento do custeio da Atenção Básica denominado Programa Previne Brasil, Portaria 2.979/19; retomar e ampliar o financiamento vinculado à base populacional, planejado, progressivo e ajustado equitativamente por fatores regionais, demográficos, epidemiológicos, determinantes e marcadores sociais, assegurando os enfrentamentos às desigualdades, financiando o cuidado centrado no território e na Estratégia Saúde da Família.

146. Instalar painéis informativos sobre o nível de poluição e contaminação nas regiões próxima aos postos de combustíveis e indústrias e criação de uma comissão formada por Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, Agência Nacional do Petróleo, conselhos regionais de engenharia e área de vigilância em saúde com o objetivo de fiscalizar a vida útil dos postos de combustíveis em todo o país.

147. Monitorar, as condições de saúde das pessoas que moram ao redor dos postos de combustíveis, mantendo essa vigilância semestral.

148. Garantir financiamento para o tratamento de intoxicações, doenças e sequelas causadas pela exposição direta e indireta, laboral ou ambiental, a produtos químicos e poluentes derivados da produção e queima de combustíveis fósseis; mediante criação de imposto sobre exploração, refino e comercialização de combustíveis fosseis.

149. Instituir, com a participação de representantes de componentes das três esferas de gestão, os Colegiados do Sistema de Auditoria em cada estado, bem como o Fórum Colegiado de Auditoria com representações das cinco regiões do país, ambos com a finalidade de deliberar, executar e avaliar estratégias e planos para o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS.

150. Fortalecer e promover o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS nas esferas municipal, estadual e nacional, por meio da elaboração, aprovação e implementação de uma Política Nacional de Auditoria do SUS (PNAS), com o plano de carreiras, cargos e piso salarial dos servidores desse sistema, e com a criação da carreira de auditor interno do SUS, com incentivos financeiros para diminuir a evasão e garantir a permanência do auditor na auditoria, reforçando a prerrogativa legal do SNA como órgão de avaliação técnica, financeira, contábil e patrimonial do SUS, visando à ampliação e fortalecimento da realização de auditorias operacionais ou de desempenho, com foco na melhoria de processos e adoção de boas práticas gerenciais, financeiras, operacionais, entre outras, em todas as áreas do SUS.

151. Promover educação continuada sobre zoonoses, acidentes causados por animais peçonhentos e s agentes causadores de intoxicação e/ou envenenamento, com destaque para os agrotóxicos.

152. Promover a educação permanente de servidores públicos do SUS sobre migração, atendimento culturalmente sensível, acolhimento de diferentes manifestações culturais e narrativas de experiências individuais, observando questões étnico-raciais e de gênero, com a participação social de migrantes nas atividades de qualificação das equipes de saúde, visando à horizontalidade da transmissão e da valoração dos saberes e sensibilizando os conselhos de classe das profissões da rede de atenção à saúde para a necessidade da mediação intercultural por meio

de mediadores interculturais migrantes nos encontros de saúde, levando em conta questões étnico-raciais e de gênero.

153. Realizar ações de capacitação para docentes do ensino superior, bem como para profissionais de saúde que atuam na rede SUS, no âmbito da Atenção Básica e da rede hospitalar, e técnico da área de saúde, para que desenvolvam habilidades técnico-científicas sobre os métodos contraceptivos naturais e inserir conteúdos relacionados à aprendizagem desse métodos naturais nos cursos de graduação e nos cursos técnicos da área de saúde, na perspectiva de promover esses conhecimentos a futuros profissionais de saúde.

154. Fomentar a Educação Permanente em Saúde (EPS) compreendendo a formação para o trabalho em saúde com abordagem antirracista; o acolhimento amplo às pessoas usuárias negras, bem como às pessoas trabalhadoras negras; capacitação para adequada coleta do quesito raça/cor e demais dados sociodemográficos.

155. Fortalecer as equipes de saúde para garantir um atendimento de qualidade, ágil e acessível, com a valorização de profissionais, a melhoria das condições de trabalho e a oferta de capacitação constante, bem como disponibilizar recursos adequados, como equipamentos, medicamentos e infraestrutura, para que as equipes possam desempenhar seu trabalho de forma eficaz, com a capacitação profissional contínua, alinhado com as melhores práticas e evidências científicas.

156. Fomentar processos de educação em saúde para profissionais da Atenção Básica atuarem conforme a realidade da população das águas em suas múltiplas territorialidades (ribeirinhos, camponeses, urbanos, etc.), em especial nas áreas da saúde mental, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da trabalhadora e do trabalhador, valorizando e reconhecendo o conhecimento tradicional das comunidades, com a criação de curso de Educação Popular em Saúde para os povos das águas, nos moldes do Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde - EdpopSUS , mas também trabalhar a formação de nível superior da Atenção Básica, das equipes do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

157. Promover treinamentos contínuos de bioética e valorização da humanização do atendimento, pois o SUS deve proteger, reconhecer e respeitar a importância dos valores éticos e morais de profissionais da saúde, para que possam atender dignamente o paciente, em suas necessidades particulares como indivíduo.

158. Integrar aos serviços de saúde ações de formação, educação permanente, comunicação em saúde e participação social voltadas para profissionais que atuam junto aos movimentos e às populações nos territórios, com ênfase em raça, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, cursos de vida, classe social, deficiência, povos originários, do campo, floresta e águas, comunidades tradicionais e populações vulnerabilizadas.

159. Promover a formação humanizada e a educação permanente aos profissionais de saúde, fortalecendo as residências como política pública e padrão de excelência na formação para o SUS, e garantindo pontuação adicional em concursos públicos para profissionais especializados em residências uni e multiprofissionais, que devem ser lotados de preferência em serviços que tenham relação com a área de especialidade.

160. Valorizar a Ciência, os conhecimentos e a formação Interdisciplinar e interprofissional em Saúde, nos Currículos das Instituições de Ensino Superior em Saúde, com forte Integração e Educação Permanente das Equipes do SUS, nos serviços e nos territórios, e Incentivar a educação voltada para a saúde, com criação de projetos de educação alimentar, capacitação de profissionais e ações educativas com a população, impulsionando processos de educação permanente/saúde, visando saúde mental e acolhimento das pessoas gestoras e servidoras do SUS, bem como a valorização, do piso salarial para todas as categorias profissionais, custeados pela União, da área da saúde.

161. Implementar o prontuário eletrônico único da pessoa usuária do SUS, em todos os entes federativos e níveis de cuidado, com interface para todos os serviços complementares; que deve conter todas as informações pertinentes à pessoa usuária e equipes multiprofissionais, capacidade de estratificação de risco, com suporte para o desenvolvimento de telessaúde, com a garantia de aquisição de

equipamentos necessários e que ocorra a capacitação dos profissionais para manejo de tais ferramentas.

162. Implementar e ampliar a rede de transporte sanitário a pessoas com doenças graves e mobilidade reduzida, priorizando aqueles em vulnerabilidade, para garantia do acesso ao tratamento, em âmbito nacional, construindo um fluxo organizacional integrado às redes em atenção à saúde que regule a oferta do transporte dentro da necessidade do paciente e a possibilidade local, com qualidade e dignidade, a partir de dados epidemiológicos em cuidados paliativos.

163. Restringir a oferta de planos privados de saúde de baixa cobertura e limitar reajuste de preços aos índices gerais da economia.

164. Ampliar acesso a exames especializados e cirurgias eletivas, considerando as diferentes tecnologias e ferramentas de trabalho em redes regionalizadas.

165. Implantar/Implementar a Política Nacional de Pronto Atendimento Municipal para municípios de pequeno porte e menores que 20.000 habitantes, com garantia de infraestrutura básica para estabilização de pacientes críticos, oxigenoterapia e atendimento de urgências e emergências 24h; sobretudo, em período noturno e aos finais de semana.

166. Instituir, no âmbito do SUS, serviços especializados multiprofissionais para atendimento às crianças e adolescentes com deficiência, tais como pacientes com síndromes e outras deficiências, buscando oferecer apoio e cuidados para as famílias.

167. Regionalizar os centros de tratamento oncológicos nos complexos hospitalares em todos os estados do Brasil, para que pacientes sejam assistidos mais próximos de suas residências.

168. Implantar/Implementar a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) para financiamento de hospitais com até 30 leitos, garantindo equipe multiprofissional especializada para atender de forma integral os pacientes, incluindo a atenção materna e infantil.

169. Induzir e cooperar junto aos municípios para qualificação de sistemas de regulação efetivos e que contemplem a humanização do cuidado, o acesso à atenção à saúde em tempo oportuno e produção de dados e indicadores que contribuam para diagnóstico situacional e, consequentemente, o planejamento e formulação de estratégias.

170. Atualizar a Política Nacional de Regulação a partir de uma concepção de regulação produtora de cuidado com enfoque no papel regulador de todos os pontos de atenção da rede assistencial; implantar, financiar e manter equipes de regulação municipais em cidades de pequeno porte e em regiões de saúde com garantia de carga horária ampliada para médicos e enfermeiros reguladores.

171. Criar mecanismo no Sistema de Regulação (SISREG) que possibilite visualizar e proporcionar mais transparência na fila de espera, com classificação de solicitação na fila de espera e definição de tempo máximo aproximado de espera.

172. Regulamentar e regular as duplas portas de entrada em serviços de saúde, com exigência de compromissos com o SUS por parte de dirigentes e autoridades públicas.

173. Melhorar e modificar o sistema de regulação do SISREG/SER com vistas a diminuir o tempo de espera nas filas e melhorar a comunicação nas esferas municipal, estadual e federal, garantindo ao usuário maior transparência quanto a sua posição na fila de espera.

174. Contratar equipes multidisciplinares e capacitar, regularmente, para o atendimento às demandas específicas das crianças e adolescentes trans e seus familiares, pautado na premissa de despatologização e autodeterminação da identidade de gênero e com conhecimentos técnicos sobre questões de gênero e sensibilização para as práticas de redução de danos nas situações de automutilação e ideação suicida.

175. Superar o domínio do modelo biomédico e mercantilista no SUS, fortalecendo práticas integrais que ampliam a cobertura e melhoram a qualidade das ações de promoção à saúde e prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos;

investir em iniciativas mais custo-efetivas tais como os Serviços de Atenção Domiciliar, Unidades de Cuidados Integrados, Paliativos etc; criar rede integrada de serviços de Cuidados Intermediários de referência territorial, em todas as áreas com financiamento tripartite, para fortalecer a capacidade de resposta da Atenção Básica e reduzir gastos com internações desnecessárias e inadequadas.

176. Formular, estruturar e implementar políticas de equidade, promoção da cidadania e cuidado integral para populações vulnerabilizadas - negra, povos originários, ciganos, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), do campo, florestas e águas, refugiada, institucionalizada, pessoas com deficiência, em situação de rua, em privação de liberdade, neurodivergentes e mulheres que sofrem violências, de modo a combater a desigualdade, a misoginia, o capacitismo, o racismo, o etarismo e outras opressões; implementar as Políticas de Saúde Integral das populações negra e Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), ofertar hormônios e cirurgias de redesignação sexual no processo transexualizador; fomentar a prática da audiodescrição e de comunicação em libras; garantir pessoas trabalhadoras da saúde desses segmentos e ampliar a compreensão sobre sua saúde mental; fortalecer o cuidado a pessoas com doenças raras, com acesso a diagnóstico precoce e acompanhamento integral em centros de referência, protocolos e educação continuada; e implementar política de creche universal.

177. Ampliar as campanhas educacionais em saúde com base científica, utilizando estratégias de comunicação de amplo acesso como libras, incluindo temas pertinentes à população como práticas integrativas em saúde, orientações alimentares, Programa Nacional de Imunização (PNI), dentre outros temas em saúde nas diversas redes intersetoriais como escolas, universidades, instituições judiciárias e outras, garantindo, dessa maneira, a promoção e prevenção à saúde.

178. Formar um pacto federativo entre os setores da sociedade pela garantia ao direito Universal à Saúde, “SAÚDE SOS VIDAS” Saúde um Direito de todas, todos e todes.

179. Interromper o crescente processo de privatização do SUS nas três esferas de governo, retomando a administração direta dos estabelecimentos de saúde e garantindo que os equipamentos públicos sejam geridos e operados exclusivamente pelo poder público, sem a participação de Organizações Sociais (OS) ou outras entidades.

180. Assegurar a proteção social no trabalho, com atenção às pessoas trabalhadoras vinculados ao Sistema Único de Saúde pela administração indireta, e implantar estratégias para garantia do trabalho decente, digno, seguro, humanizado e democrático, estruturar uma agenda de saúde e segurança dos trabalhadores que integre a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência, reabilitação, biossegurança e saúde mental e normatização do trabalho e relações de trabalho no escopo da proteção à saúde das pessoas trabalhadoras da saúde.

181. Organizar o planejamento e o dimensionamento da força de trabalho em sistemas e serviços de saúde, definir estratégias para distribuição, atração, provimento, fixação, retenção e migração da força de trabalho, com enfoque na redução das desigualdades das pessoas trabalhadoras, em especial em áreas remotas e zonas rurais de difícil provimento, assim como interiorizar o trabalho com adicionais nas situações citadas e respeitar a diversidades dos povos e sistemas cuidadores dos povos indígenas, o olhar singularizado no espaço de acolhimento, educação permanente, escuta sensível dos saberes locais, garantindo a humanização nas políticas de saúde.

182. Sistematizar as informações relacionadas à Força de Trabalho na saúde, com a criação de um Sistema de Informações sobre a Gestão do Trabalho em Saúde, além de internacionalizar a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com articulação das agendas do trabalho e da educação na saúde, em especial com os países da região das Américas, Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

183. Retomar o processo de negociação coletiva permanente através das mesas de negociação, de modo a qualificar as relações de trabalho no Sistema Único de Saúde, fortalecer e potencializar a participação e o exercício do controle social de modo articulado à agenda dos trabalhadores da saúde, incorporar na agenda da Gestão do Trabalho na Saúde a Política Nacional de Educação Popular em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

184. Valorizar a abertura de programas de residência em área profissional da saúde destinados à saúde dos povos indígenas e à saúde da população do campo, da floresta e das águas, assim como programas em regiões e redes, mediante incentivo financeiro ao corpo docente-assistencial, discente e de coordenação, devendo a gestão local do sistema de saúde alocar os recursos essenciais de transporte, alimentação e estadia, de acordo com o contexto dos cenários de prática.

185. Valorizar as residências em saúde, colocando-as como formação exigida nos concursos públicos de docência e de assistência ou com pontuação expressiva em relação aos títulos de pesquisa e do stricto sensu.

186. Estimular a criação e a manutenção de uma agenda de pesquisa sobre a interface entre migração e saúde, com a criação de um Observatório sobre o tema; investir nos processos de formação em saúde com enfoque na saúde dos migrantes, tais como: residências multiprofissionais em saúde com enfoque na saúde dos migrantes, Programa de Educação pelo Trabalho para o SUS (PETs), demais especializações lato sensu e stricto sensu, PIBICs e extensão com enfoque nessa população.

187. Ampliar os programas de residência em saúde, em especial os voltados à populações excluídas, como à saúde dos povos indígenas e saúde da população do campo, da floresta e das águas, ribeirinhos, ciganos, pescadores, quilombolas, refugiados e população transexual, transgênero, travesti e pessoas não-binárias, mediante incentivo financeiro ao corpo docente-assistencial, discente e de coordenação, devendo os gestores locais do sistema de saúde alocar os recursos essenciais de transporte, alimentação e estadia, de acordo com o contexto dos cenários de prática, e valorizar essas residências em concursos públicos de docência e de assistência ou pontuando essa formação de forma expressivamente superior, mesmo em relação aos títulos de pesquisa e do stricto sensu, devido sua carga horária de 5.760 horas em serviço, o aprendizado do trabalho em equipe e da práxis interprofissional.

188. Ampliar e fortalecer, em todos os Programas de Residência em Área Profissional de Saúde, as ações afirmativas, de modo a garantir o ingresso e permanência de residentes a partir de critérios de promoção da equidade de gênero, raça e classe, priorizando as populações trans, negra, indígena e quilombola, as pessoas com deficiência e aquelas em vulnerabilidade socioeconômica, devendo a regulação, avaliação e supervisão da Política Nacional de Residências acompanhar e monitorar a implementação de estratégias de ingresso e permanência, assim como os Ministérios da Educação, da Saúde, da Igualdade Racial, das Mulheres, dos Direitos Humanos e Cidadania, dos Povos Indígenas e de Desenvolvimento Social, Assistência, Família e Combate à Fome apoiarem em medidas que se façam necessária, bem como promover o diálogo com o Ministério da Educação para instituir cotas, bolsas de estudo e políticas de inclusão e permanência para pessoas transgênro nos cursos da saúde no ensino superior.

189. Revogar a Lei Federal Complementar nº 173 de 2020, que trata da paralisação da contagem de tempo de contribuição, aposentadoria e demais benefícios do servidor público no período de maio de 2020 a dezembro de 2021.

190. Promover a intersetorialidade (Previdência Social, SUS e Trabalho) para garantir a produção e publicização das informações e a análise da situação de saúde da pessoa trabalhadora da pesca artesanal, nas três esferas de governo.

191. Atualizar a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+) com normatizações sobre o acesso à saúde por crianças e adolescentes em diversidades de gênero, incluindo o direito ao acesso do bloqueio puberal e da hormonização cruzada pelo SUS e assegurar, que em caso de resistência de responsáveis legais, o atendimento não seja inviabilizado.

192. Garantir o uso do nome social nos serviços de saúde, de acordo com a carta da pessoa usuária da saúde, inclusive para crianças e adolescentes de acordo com o Decreto 8.727/2016 e as diretrizes de atendimento a adolescentes existentes desde 2006, pelo Marco Teórico Referencial do Ministério da Saúde; nos casos em que houver resistência de responsáveis, isso não deve ser impeditivo para acesso ao serviço e uso do nome social, devendo prevalecer a vontade da criança e do adolescente, garantindo o respeito e uso do nome social, com programa de sensibilização para responsáveis.

193. Assegurar o direito de cirurgias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de transgenitalização, garantir o acesso e acompanhamento da hormonioterapia em população travesti e transgênero.

194. Viabilizar o acesso da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+) à hormonioterapia no SUS, inclusive para pessoas em situação de rua, bem como a redução de danos no uso de silicone industrial e de hormônios, com informação e insumos, buscando a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo Profilaxia Pré-exposição (PREP) ao HIV e Profilaxia Pós-exposição(PEP) ao HIV, e oportunizando o atendimento psicológico, inclusive com educação por pares, efetivando parcerias com movimentos sociais.

195. Criar mecanismos para que a comunicação entre pessoas usuárias, trabalhadoras, prestadoras e gestoras nos Conselhos Locais e Municipais de Saúde favoreçam o entendimento e o acesso aos atendimentos em fonoaudiologia, a fim de minimizar as desigualdades comunicativas de todas as pessoas, nos diferentes ciclos de vida, nos diversos níveis de atenção à saúde, conforme as necessidades regionais e específicas de cada população.

196. Contribuir para elaboração de leis federais, estaduais e municipais que favoreçam a inclusão do fonoaudiólogo nas equipes de saúde em todos os níveis de atenção à saúde, com garantia do ingresso do fonoaudiólogo nos serviços de saúde, prioridade de ingresso por concurso público, oferta e incentivo à participação nos processos de educação permanente na saúde, presenciais ou à distância por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVASUS).

197. Reativar o telessaúde, com teleconsultorias e telemedicina, fortalecendo a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, sob responsabilidade direta do Estado, para enfrentamento dos vazios assistenciais e apoio ao profissional; ampliar e organizar as estratégias de telessaúde, com abertura da consulta para profissionais ainda não contemplados para acesso à segunda opinião formativa, matriciamento e teleconsultas, atividades de educação permanente em saúde, definição de protocolos e telecondutas baseados em evidências.

198. Incluir o referencial da Educação Interprofissional nas graduações da saúde e áreas afins, bem como no ensino técnico e na educação permanente, fomentando as vivências no SUS, ampliando as práticas de integração ensino-serviço nas residências multiprofissionais em todas as profissões de saúde, ampliando investimentos na política de educação permanente dos trabalhadores da Atenção Básica e na formação e educação interprofissional nos currículos de ensino técnico, graduação e pós-graduação em todas as áreas da saúde, fortalecendo a residência multiprofissional como estratégia para qualificação do trabalho.

199. Estruturar equipes de políticas de equidade (saúde da população negra, ribeirinha, em situação de rua, povo indígenas, migrantes, pessoas idosas, comunidades tradicionais, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), pessoas com deficiência e demais populações), com orçamento e financiamento, no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação e inserção de todas as categorias profissionais de saúde no trabalho em equipe multidisciplinar, em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do SUS.

200. Fazer a inserção transversal da agroecologia em todas as linhas de cuidados e na Vigilância em Saúde, em defesa da vida e do meio ambiente e promover práticas alimentares que sejam pertinentes do ponto de vista econômico, social e cultural, e preservem os legados alimentares em sua diversidade e qualidade, com cuidado especial aos grupos que vivem em situação de (in)segurança alimentar e nutricional.

201. Retomar o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, no contexto do enfrentamento à fome e geração de renda para agricultura familiar no Brasil, diversificação por meio da agroecologia, integração social da agricultura familiar e preservação da saúde dos trabalhadores que estão expostos à intoxicação, trabalhos penosos e expostos às doenças como a Doença da Folha Verde do Tabaco como resultado do Sistema Integrado da Produção de Tabaco.

202. Fortalecer a luta contra a desigualdade social - gerada pela exploração do trabalho estrutural e as injustiças sociais -, combater o racismo, o capitalismo, o machismo

e a homofobia e defender a soberania alimentar e o papel da agricultura familiar.

203. Efetivar ações que promovam a humanização do nascimento e o direito de toda criança à vida e à saúde integral.

204. Qualificar as instituições e profissionais para o enfrentamento da violência institucional, obstétrica e o racismo religioso nos equipamentos de saúde, com estímulo à criação de frentes parlamentares de enfrentamento à violência obstétrica e ao racismo institucional, de fóruns perinatais, comitês de mortes maternas e neonatais, bem como a revisão e a reestruturação de práticas institucionais excludentes moldadas por ideais machistas, racistas, capacitistas, heteronormativas e cisnormativas que invisibilizam, desconsideram as demandas específicas de pessoas idosas, institucionalizadas e diversas populações vulnerabilizadas e impedem um atendimento adequado, inclusivo e respeitoso.

205. Expandir do número de casas de parto com atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes de maneira autônoma, no planejamento reprodutivo, no pré-natal e no parto.

206. Garantir a integralidade de atenção obstétrica e neonatal bem como da educação sobre a saúde sexual e reprodutiva considerando as especificidades das pessoas em todas as fases etárias, inclusive de gêneros, raças, etnias e pessoas com deficiência, com campanhas de amplo alcance sobre os direitos das mulheres na atenção obstétrica, incluindo o direito ao atendimento digno e respeitoso.

207. Ampliar legislação que permita a presença e atuação das doulas em instituições de saúde e fiscalizar os locais onde já há leis sancionadas, para que sejam efetivamente cumpridas; profissionalizar as doulas, ampliar a oferta dessa força de trabalho e incluí-a no SUS, atendendo a toda a população brasileira em equipes multidisciplinares, em todos os níveis de atenção.

208. Valorizar e promover o reconhecimento da importância das experiências, memórias e vivências das pessoas idosas, fortalecer a sua capacidade de ser ativa e engajada na sociedade e garantir condições de escolha sobre como e onde as pessoas idosas irão envelhecer com prioridade do lar, ambiente familiar e comunitário, se e quando houver acolhimento e afeto.

209. Promover a intergeracionalidade através da criação de programas educativos, que visem construir um novo olhar sobre o envelhecimento, romper com o olhar meramente clínico e negativo sobre a velhice e apontar as diversas formas possíveis de envelhecer, desde a educação básica até o ensino superior.

210. Identificar e denunciar o idadismo estrutural através de um conjunto de ações de comunicação, educação e fiscalização em diferentes âmbitos e da garantia de acessibilidade para as pessoas idosas, pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida.

211. Garantir a dignidade da pessoa idosa, por meio de políticas públicas que privilegiam prevenção e educação para o envelhecimento e intergeracionalidade, aprimorando os sistemas de denúncia, ouvidorias e fluxos para a abordagem das violências contra essas pessoas e sua resolutividade com criação de rede de serviços de acolhimento, bem como capacitando os profissionais do SUS e das diversas políticas públicas sobre as especificidades socioculturais e de saúde, a fim de se elaborar protocolos que atendam as demandas reais dessas pessoas, de forma digna e humanizada.

212. Criar e monitorar os indicadores de saúde de acesso à hormonioterapia.

213. Desenvolver e implementar uma campanha nacional de atenção à saúde mental e sofrimento emocional de crianças e adolescentes transexuais, por meio da inserção do tema em rodas de conversas, palestras e atividades que fomentem o respeito, acolhimento e abordem discussões sobre automutilação, ideação suicida, depressão juvenil, estigmas e traumas causados pela minimização das dores, desconhecimento, falta de informação, invisibilidade e dependência familiar, com o envolvimento das famílias em estratégias de identificação e prevenção das situações citadas.

214. Contratar equipes multidisciplinares e capacitar, regularmente, para o atendimento às demandas específicas das crianças e adolescentes trans e seus familiares, pautado

na premissa de despatologização e autodeterminação da identidade de gênero e com conhecimentos técnicos sobre questões de gênero e sensibilização para as práticas de redução de danos nas situações de automutilação e ideação suicida.

215. Implantar o cuidado interprofissional nas políticas de diversidade e inclusão, a fim de promover a equidade e qualidade nas ações de saúde, a redução das vulnerabilidades e melhor acolhimento da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), reativando a cooperação técnica que estabelece o protocolo de atendimento à saúde integral da população de lésbicas e mulheres bissexuais e garantindo a segurança à saúde para as pessoas travestis e transexuais, quanto ao direito a engravidar, fomentando e financiando a inseminação para as mulheres lésbicas e bissexuais que possam e desejam engravidar, assegurando e respeitando os direitos sexuais e direitos reprodutivos dessas pessoas.

216. Implementar testes rápidos, cruciais para agilizar o diagnóstico e tratamento de doenças, como a hanseníase, permitindo intervenções precoces e efetivas; isso contribui para reduzir o impacto negativo da doença na saúde dos indivíduos e na comunidade em geral; além disso, os testes rápidos proporcionam uma abordagem mais eficiente na saúde pública, permitindo uma resposta rápida e adequada às necessidades das pessoas pacientes.

217. Fortalecer os serviços de reabilitação e promoção da saúde por meio da implantação de Centros de Reabilitação Básica e Promoção da Saúde (CEREPS), ampliando o acesso a Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), aos serviços de reabilitação física, e de promoção de saúde física (dança, ginástica, músicas, exercícios terrestres e aquáticos) nas populações atendidas por equipes de saúde da família de áreas rurais.

218. Implantar a linha de cuidado da Pessoas com Autismo, Pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Pessoas com Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) com prioridade do acesso à saúde, financiamento tripartite e prioridade de recursos direcionados para serviços específicos para atender as necessidades desse público.

219. Incentivar e fomentar pesquisas, estudos e coleta de dados em unidades de atendimento primário, secundários e Ambulatórios Especializados a respeito da correlação Transgeneridade x Neurodivergência (Pessoas com Autismo, Pessoas com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Pessoas com Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), Pessoas com Dislexia, Pessoas com Síndrome de Tourette, Pessoas com Dispraxia, etc), visando ao entendimento, desenvolvimento do tema e capacitação de profissionais, buscando um atendimento integral a pessoas com essa intersecção; é de suma necessidade a coleta de informações, dados e práticas para formação de profissionais da saúde, que resultem em um atendimento multidisciplinar, pleno, especializado e qualificado; promover, fomentar e normatizar a criação de grupos de apoio/reuniões nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Saúde da Família (USF), com a presença de profissional técnico qualificado, abrindo vagas e espaços para reuniões frequentes, devidamente divulgados e agendados, voltados a familiares, crianças e adolescentes trans neurodivergentes.

220. Implantar a Política Nacional de Atenção à Pessoa com Autismo, com garantia de financiamento a rede de atenção integral à saúde como componente vertical de cuidado e apoio ao desenvolvimento.

221. Garantir o acesso em todos os níveis de complexidade para Pessoas com Deficiência e Pessoas com Autismo à oferta de recursos humanos especializados e multidisciplinares, visando a aplicabilidade da universalidade, equidade e integralidade do SUS, e investindo para que novas tecnologias assistivas sejam implementadas para essas populações, com atualização dos valores repassados e estímulo aos municípios para o desenvolvimento de programa que garanta a aquisição e concessão, em no máximo 2 meses, de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, com severas sanções aos que não promoverem esta forma de eliminação de barreiras; fortalecimento produtivo do complexo econômico industrial da saúde, criação por meio do BNDES e outros de fontes de financiamento para a pesquisa, desenvolvimento, produção e distribuição de equipamentos e dispositivos de tecnologias assistivas.

222. Promoção de cursos de capacitação pelo Ministério da Saúde voltados para profissionais da saúde, que trabalham no acolhimento e atendimento às pessoas

em adoecimento mental, com transtornos mentais, Pessoas com Autismo e Pessoas com Déficit de Atenção e Hiperatividade.

223. Apoiar a formação de trabalhadores de saúde para o cuidado da pessoa com deficiência a partir de: atualização das diretrizes curriculares de cursos da área da saúde para inclusão da perspectiva de direitos humanos, incluindo o modelo social da deficiência; desenvolvimento de diretrizes de atenção básica para o cuidado da pessoa com deficiência; atualização e disseminação dos cadernos de atenção básica, das linhas de cuidado, dos protocolos de assistência especializada, e demais protocolos do SUS, contemplando as especificidades das pessoas (pessoa idosa, mulher - saúde sexual e reprodutiva, criança, pessoa trans - que necessitem de cuidados relativos ao gênero anterior à transição, pessoas do campo, águas e florestas, negras, ciganas, indígenas, LGBTQIA+, etc); revisão de critérios para o diagnóstico de envelhecimento precoce de alguns estratos populacionais de modo a usufruírem dos direitos conquistados; reconhecimento e incentivo ao uso do cordão de girassóis no território nacional.

224. Garantir que toda a habilitação de serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) seja pactuada com a gestão municipal, estadual e federal, em acordo ao modelo de cuidado disposto na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, fortalecendo as estruturas regulatórias e estabelecendo fluxos na rede para garantir a integralidade da atenção, buscando estimular à constituição de grupos condutores estaduais específicos para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e, na situação em que já exista grupo condutor único para todas as redes, que seja constituído Grupo de Trabalho (GT) para a atenção à saúde da pessoa com deficiência, com a participação de pessoas usuárias com deficiência.

225. Ampliar a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, estabelecendo prioridades, incentivos à criação, ampliação de modalidades de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas em regiões de saúde ainda não contempladas, incluindo zonas rurais, respeitadas as normas de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, considerando que deficiência é prevalente em territórios precarizados e influenciada pela falta de acesso em tempo oportuno, hábitos insalubres, violência, dentre outros fatores, e garantindo acessibilidade dos equipamentos e dispositivos de saúde considerando toda a diversidade humana, facilitando, inclusive o acesso a acompanhantes e cães-guia.

226. Ampliar as políticas públicas para Pessoas com Doenças e Condições Crônicas e Pessoas com Doenças Raras, com capacitações para profissionais a fim de viabilizar o diagnóstico precoce assertivo, de forma humanizada e inclusiva para todas as Pessoas com Deficiência.

227. Implantar programas como Cuidar da Saúde das pessoas em todos os territórios e suas necessidades; MaisSaúde da Família e da Comunidade, Mais Especialidades, Saúde Mental Antimanicomial, Mais Assistência Farmacêutica, Mais Farmácia Popular, Mais Vigilância em Saúde, Mais SUS.

228. Implantar políticas públicas que tornem obrigatório ao menos uma pessoa profissional intérprete de Libras nos serviços de saúde (básica, média e alta complexidade), visando a acessibilidade da comunidade surda.

229. Garantir a acessibilidade dos conteúdos de campanha e informações do Ministério de Saúde com uso de LIBRAS, audiodescrição, linguagem simples, comunicação aumentativa e alternativa, e implantar políticas públicas que torne obrigatório ao menos uma pessoa profissional intérprete de Libras nos serviços de saúde na atenção básica, média e alta complexidade.

230. Incentivar, em articulação com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, que os acidentes e as doenças do trabalho sejam notificados à Previdência Social por meio da utilização da Comunicação de Acidente de Trabalho.

231. Firmar cooperação técnica com as Superintendências Estaduais de Saúde para qualificar pessoas trabalhadoras de saúde, monitorar e avaliar as estratégias relacionadas à saúde da trabalhadora e do trabalhador; implementar Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho para o desenvolvimento de ações técnicas, integradas às práticas de gestão de segurança, saúde e meio ambiente do trabalho; implementar ambulatórios inclusivos para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual

(LGBTQIA+) no SUS e o reconhecimento dos casais com união estável homoafetiva por planos de saúde familiares; implementar Política de Fixação das Trabalhadoras e dos Trabalhadores da Saúde; atuar de forma articulada com o Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência Social e outros para atender as necessidades de atenção integral à saúde dos trabalhadores com participação sindical e fiscalização efetiva, com aumento no quadro de auditores fiscais, através de concurso público.

232. Apoiar a realização de encontros científicos, fóruns linhas de pesquisa no SUS e redes de apoio com universidades, associações e governos para análise, promoção de editais e acompanhamento da implementação da homeopatia no SUS, ampliando a comunicação e divulgação de informações que facilitem a difusão da homeopatia entre pessoas profissionais, gestoras, comunidades e usuárias.

233. Estimular e garantir a formação em Homeopatia dos profissionais de saúde, com sua inclusão na graduação, especialização, pós-graduação e aperfeiçoamento dos programas de residência na área, bem como implementar programas de Educação Permanente em Saúde e promover cursos de capacitação em Homeopatia para os médicos de família e comunidade (MFC), Programa Mais Médicos e demais profissionais da saúde.

234. Inserir propostas de educação sobre plantas medicinais de uso tradicional e religioso, do ensino médio à universidade em instituições públicas e privadas.

235. Fortalecer e estimular pesquisas de produtos fitoterápicos da Farmacopeia no SUS, nas universidades e centros científicos, no âmbito das Práticas Integrativas e Complementares; acesso àqueles validados por evidências científicas incluindo a incorporação de medicamentos produzidos à base de maconha medicinal no SUS, além de debates com participação das associações canábicas e representantes da sociedade, bem como a revisão de legislação antidrogas para utilização medicinal/terapêutico da Cannabis Sativa.

236. Inserção da Cannabis Sativa nos Programas de Plantas Medicinais do Ministério da Saúde (Farmácia Viva/PICS), através da inclusão no formulário fitoterápico e na agricultura familiar/MDA e MAPA vigente, incentivando a produção de trabalhos e publicações científicas.

237. Investir na pesquisa e extensão para o melhoramento genético e extração de óleo da Cannabis Sativa para fins terapêuticos no contexto do Programa de Saúde da Família, nas universidades, e em articulação com associações de pessoas cultivadoras e usuárias, promovendo Educação Popular sobre a Cannabis Sativa e fornecendo informações precisas sobre seus usos tradicionais e religiosos, abordando os aspectos culturais, históricos e religiosos associados à planta, garantindo o respeito à diversidade cultural e religiosa.

238. Ampliar a cobertura e direitos da pessoa idosa no atendimento de especialidades gerais, incluindo consultas e mutirões de cirurgias e equipes multidisciplinares de saúde na atenção domiciliar, assegurado pelo artigo 15 da Lei nº 10.741/03.

239. Criar centros de referência da pessoa idosa de forma regionalizada com assistência integral à saúde e avaliação multidimensional, com atividades voltadas à educação em saúde, Práticas Integrativas Complementares em Saúde (PICS) e educação popular em saúde garantindo processos teórico-práticos, facilitados/promovidos por equipes multiprofissionais, fortalecendo assim a Política de Saúde para pessoas idosas.

240. Assegurar políticas públicas na área da saúde que garantam o direito de todas as pessoas a envelhecer, considerem que as diferentes velhices são atravessadas de maneira interseccional por marcadores de desigualdade, classe social, gênero, raça/cor, etnia, territórios, deficiência física e neurodivergências e enfrentem as consequências da desigualdade social, do racismo, do sexismo, da LGBTQIA+fobia, do capacitismo e das demais formas de discriminação.

241. Articular as áreas da Saúde, Desenvolvimento Social, Previdência Social e assistência social para implementar política de proteção social e compensação pecuniária às pessoas trabalhadores da saúde e demais setores contaminados por Covid-19 no trabalho e que apresentem sequelas e Covid Longa.

242. Criar Política Nacional de Saúde dos Pessoas Moradoras de comunidades/favelas, periferias e população em situação de rua para ampliar o cuidado e o acesso à saúde dessas populações, fomentando ações específicas para a população em situação de rua, tendo em vista seu crescente aumento, em especial no pós-covid.

243. Garantir o adequado acompanhamento das reabilitações pós-covid, bem como das condições de vida das famílias atingidas pela morte de um familiar, e, para isso, realizar articulação intersetorial e implantar em todos os municípios, os Centros de Reabilitação Pós-Covid, para adequado atendimento à população, com equipe multiprofissional ampla, contando com articulação entre Saúde e Assistência Social por meio da ação de Agentes Comunitários de Saúde, e com especial cuidado às populações negras em situação de vulnerabilidade em meio urbano e rural, comunidades tradicionais indígenas e quilombolas.

244. Estabelecer linha de financiamento para pesquisa e inovação científica e tecnológica sobre os riscos de novas emergências sanitárias e sobre Covid-19, analisando seus impactos em saúde, exclusão social, econômica, racial e de gênero.

245. Articular a aprovação do conjunto de projetos de lei e de lei complementar que tramitam no Congresso visando auxílio financeiro às crianças e adolescentes órfãos, viúvas, viúvos, pessoas com sequelas e seus familiares cuidadores, bem como a taxação dos super-ricos para o financiamento das políticas públicas destinadas ao atendimento das necessidades das vítimas e familiares de vítimas da Covid-19, como também para o fortalecimento geral dos serviços públicos.

246. Garantir que a Política de Atenção à População Negra seja parte obrigatória do currículo dos cursos de medicina, além da capacitação de pessoas usuárias e profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, através de formação continuada sobre esta política, abordando o combate ao racismo institucional e estrutural, tanto na saúde como em outras políticas, com ênfase na abordagem do preenchimento adequado do quesito raça e cor nos sistemas de informação, e doenças de maior prevalência na população negra.

247. Criar, nas três esferas de gestão, os Comitês Técnicos de Saúde da População Negra, para que haja a promoção da equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência e da participação da população negra no controle social no SUS, considerando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) , instituída em 2009, que tem por objetivo geral “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”.

248. Ampliar e valorizar as políticas nacionais de transferência de renda como forma de combate à miséria enquanto determinante social de adoecimento, buscando a consolidação de uma renda básica universal.

249. Revisar marco legal para concessão de rádios comunitárias.

250. 250 - Construir instrumentos de disseminação de conhecimento e direitos em saúde (observatórios, painéis) para profissionais da saúde, através do estabelecimento da aprendizagem em redes de prevenção, controle e cuidado, garantindo o acesso aberto de periódicos e financiamento público para publicações científicas, compreendendo a comunicação e informação em ciência como determinante social da saúde e o acesso à comunicação, como ferramenta estratégica para ampliar a discussão e promover a educação sobre temas emergenciais, como a importância coletiva da vacinação no contexto de recuperação das coberturas vacinais.

251. Adotar política de combate à desinformação e regulação de tecnologias de inteligência artificial e garantir os direitos digitais, incluindo o sigilo das informações de pessoas usuárias do SUS, em conformidade com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), assim como considerar e articular os vários observatórios de monitoramento de desinformação existentes no âmbito do SUS e da sociedade, e promoção de estudos e pesquisas.

252. Garantir o apoio a estados e municípios, inclusive com aporte financeiro, para a elaboração, divulgação e execução de Planos de Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário para Emergência de Saúde Pública e Desastres, com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, dentre outros.

253. Estimular a discussão sobre Comunicação de Risco e Engajamento Comunitário para Emergência de Saúde Pública e Desastres junto às organizações populares, especialmente aquelas que atuam no âmbito da Vigilância Popular em Saúde e com populações em situação de vulnerabilidade social, nas Câmaras Técnicas da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde.

254. Inserir a temática da comunicação e saúde, referenciada nos princípios do SUS, na matriz curricular do ensino universitário de comunicação, assim como nas formações em saúde, do nível médio à pós-graduação, e em capacitações de pessoas conselheiras de saúde.

255. Ampliar mecanismos de valorização das carreiras e condições de trabalho das equipes da Atenção Básica por meio da oferta de infraestrutura, insumos e equipamentos necessários para a execução de suas ações.

256. Realizar concursos públicos nos três níveis de governo para garantia de quadros para o desenvolvimento da saúde pública digital e garantir financiamento de pesquisas sobre o tema em universidades públicas, a partir do horizonte de revogação da Emenda Constitucional n.º 95/16 e de rechaço a propostas que impliquem novas medidas de austeridade, com a progressiva suspensão dos acordos e parcerias com a iniciativa privada; garantir financiamento para pesquisas coordenadas por universidades públicas para o desenvolvimento da saúde pública digital.

257. Criar um plano federal de cargos, carreira e salários para pessoas trabalhadoras do Sistema Único de Saúde, acessível mediante concurso público e construído conforme às necessidades epidemiológicas de cada região, e implantar um Plano Nacional de Valorização do Trabalho e da Trabalhadora e do Trabalhador do Sistema Único de Saúde.

258. Ampliar e fortalecer as equipes multi/interdisciplinares em cem por cento serviços de saúde, garantir carga horária, formação e qualificação adequada e continuada, ampliar e/ou instituir a presença mínima obrigatória de nutricionistas e demais profissionais da área da saúde, considerando o perfil sociocultural e epidemiológico do território.

259. Criar a Carreira de Estado do Sistema Único de Saúde que contemple o Plano de Carreira do SUS (Carreira SUS), com ascensão funcional, remunerações adequadas, pisos salariais isonômicos e mobilidade interfederativa como forma de combater a precarização do trabalho, a privatização da saúde e as reformas que afrontam à dignidade humana, promover a qualificação do SUS, a excelência da prestação de serviços e ações públicas em saúde, o vínculo com a população atendida, a ampliação da abertura de concursos públicos, a valorização de pessoas trabalhadoras, jornada decente, ambiente saudável, formação de qualidade e comprometida com a vida, autoridade compartilhada e proteções garantidas, construção da gestão e regulação do trabalho, do exercício profissional e das relações de trabalho que respeitem a dedicação exclusiva ao serviço público, aperfeiçoamento científico avançado e a capacidade de diálogo entre saberes profissionais, culturas ancestrais e populares.

260. Implantar a carreira única interfederativa no SUS, com Plano de Cargos, Carreiras e Salários – PCCS e contratação exclusiva por concurso público, inclusive para segundo e terceiro escalão.

261. Construir o Plano de Carreira do Sistema Único de Saúde (Carreira SUS), com plano de carreira interfederativo, público e estatal, garantindo pisos salariais isonômicos entre as categorias da saúde, mobilidade interfederativa sem prejuízo dos direitos funcionais e trabalhistas, construindo a gestão e regulação do trabalho, do exercício profissional e das relações de trabalho que respeitem a dedicação exclusiva ao serviço público, o crescimento profissional, o aperfeiçoamento científico avançado e a capacidade de diálogo entre saberes profissionais, das culturas ancestrais e populares.

262. Implementar ações afirmativas, para a colocação da pessoa negra nas três instâncias de gestão do SUS, garantindo repasse financeiro.

263. Definir estratégias de comunicação e parceria intra e interinstitucionais, no intuito de promover a integração das áreas finalísticas do Ministério da Saúde com as unidades desconcentradas do Ministério da Saúde nos estados, para o apoio à implementação de ações de planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde no território.

264. Proibir a realização de cirurgias genitais com fins estéticos em crianças intersexo e realizar campanhas contra a patologização e a invisibilidade de pessoas intersexo nos serviços de saúde e na sociedade em geral.

265. Criar uma Câmara Técnica com a participação de profissionais da área e sociedade civil organizada com objetivo de realizar ações de educação permanente e sensibilização para as equipes que atuam nos SAICAs (Sistemas de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes), nos Sistemas Sócio Educacionais, nas demais instituições de acolhimento, nos Conselhos Tutelares e órgãos de proteção de crianças e adolescentes sobre transgeneridade infantojuvenil e diversidade sexual na adolescência, garantindo o seu amplo desenvolvimento e melhores oportunidades na vida adulta, reforçando a prioridade no acompanhamento e assessoramento das famílias adotivas e acolhedoras de crianças e adolescentes trans.

266. Promover ações de educação nos diferente níveis educacionais, da educação infantil à Universidade, com docentes, em relação aos temas de diversidade sexual e variabilidade de gênero na infância e adolescência, no intuito de informar, educar e fomentar o respeito e a tolerância pelas diferenças individuais, bem como promover educação continuada às pessoas trabalhadoras com equipe multidisciplinar em todas as esferas do SUS com foco na inclusão da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), capacitando ACS - Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais da Atenção Básica para atenderem e prospectar pessoas travestis e transgêneros para adesão e acompanhamento da hormonioterapia.

267. Integrar os serviços de saúde nas redes locais e estaduais de proteção às mulheres em situação de violência, de modo a considerar sua diversidade.

268. Respeitar as especificidades, questões de classe, raça, etnia, gênero, identidade de gênero, orientação sexual e diversidade e os saberes e práticas locais no atendimento, distribuição de insumo e disponibilidade de especialidades médicas nos diferentes níveis de atenção, de modo a promover a integração comunitária e a inclusão das singularidades sem punitivismos, exclusões e restrições.

269. Promover justiça de transição com investimentos em saúde que considerem os impactos da política desenvolvimentista na saúde da população do campo, da floresta, do cerrado, das águas e da cidade, na direção da modificação do modelo de atenção à saúde e garantia de acesso das populações vulnerabilizadas de acordo com as suas necessidades, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e estratégias intersetoriais estruturantes, em especial com as políticas de educação, assistência social, segurança alimentar e nutricional, meio ambiente e desenvolvimento rural sustentável, entre outros e com equipes permanentes.

270. Implementar serviços especializados para acolhimento às mulheres em situação de violência sexual em todo o território nacional, efetivar medidas para a despatologização do atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar, promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual e efetivar o cumprimento de implementação da norma de atenção à saúde das mulheres vítimas de violência e a notificação compulsória de violência garantindo o direito das mulheres nas unidades de atenção básica e serviços especializados dos insumos e medicamentos de prevenção e tratamento.

271. Revogar o Projeto de Lei 490/2007 que institui o marco temporal para demarcação de terras indígenas, que perpetua o racismo ambiental e constitui retrocesso no acesso a saúde dos povos indígenas, do ponto de vista físico, mental e espiritual.

272. Criar e implementar estratégias para melhorar o acolhimento e o atendimento às populações de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+), indígena, rural, quilombolas, ribeirinhos, povos das florestas e demais populações vulneráveis, pelas equipes de saúde, incluindo as notificações num banco de dados nacional, e implementando as ações de Vigilância.

3.2 Moções

ANEXO III

Moções aprovadas na Plenária Deliberativa da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

APELO TOTAL (44)

MOÇÃO - 4

Pela revogação de todas as normativas de 2016 a 2022 que se contrapõem aos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Os delegados presentes na 17ª Conferência Nacional de Saúde apresentam uma Moção de Apoio à revogação imediata de todas as normativas aprovadas no período de 2016 a 2022, que se contrapõem aos princípios e normas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, tendo sido responsáveis pela desassistência, retrocesso, desfinanciamento, privatização e desmonte dos serviços substitutivos de atenção psicossocial brasileira, como as portarias do Ministério da Saúde, do Ministério da Cidadania, as portarias interministeriais, as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), os editais da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania (SENAPRED), os decretos presidenciais e as emendas constitucionais relativas a essa temática, entre outros.

MOÇÃO - 12

Pela implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos, integrada às redes de atenção à saúde, com garantia de financiamento, e como componente de cuidado na Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família.

Instituição destinatária: Poder Executivo.

Ementa: O envelhecimento populacional crescente no Brasil associa-se a maiores taxas de doenças crônicas como câncer, insuficiência renal, doenças cerebrovasculares, neurodegenerativas, pulmonares, hepáticas e cardíacas, HIV/AIDS e outras patologias infectocontagiosas, e as consequências da Covid-19.

MOÇÃO - 17

Pela regulamentação dos profissionais das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) de Arteterapia, Musicoterapia e Terapia Floral.

Instituições destinatárias: Congresso Nacional, Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Ementa: Regulamentação dos profissionais de PICS de Arteterapia, Musicoterapia e Terapia Floral que refletirá na formação dos seus respectivos profissionais, pautada na ética e na responsabilidade, assegurando a qualidade de cursos formadores no desenvolvimento de programas de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida, para todas as idades.

MOÇÃO - 21

Pela criação de Política Nacional de Atenção à Pessoa com Pé Torto Congênito, com a implementação do Método Ponseti.

Instituições destinatárias: Secretaria Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde.

Ementa: Promover a capacitação dos profissionais, tanto dos médicos responsáveis pelo diagnóstico das anomalias, como dos responsáveis pela transcrição desse diagnóstico para a Declaração de Nascido Vivo, no reconhecimento e descrição das anomalias congênitas; ampliar o acesso, promover a equidade da atenção e melhorar a cobertura do atendimento através da criação de centros de referência para tratamento do pé torto congênito, destinados ao atendimento de crianças, adolescentes e adultos com a anomalia, em todo o território nacional; criar a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Pé Torto Congênito, considerando referenciamento para a rede, pactuação financeira (Federal, Estadual e Municipal), incluindo tratamento e órteses; e validar a Rede de Atendimento SUS.

MOÇÃO - 22

Pela criação de Política Nacional de Atenção à Pessoa com Pé Torto Congênito, com apoio especializado por meio de cirurgias intrauterinas, atendimento pré-natal e cuidados paliativos perinatais.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Garantir à gestante e ao bebê com malformação, ambos usuários do SUS, serviços de cuidados paliativos perinatais, com intuito de proporcionar atenção integral durante todo o período pré-natal, parto e pós-parto.

MOÇÃO - 23

Pelo reconhecimento do Naturólogo no SUS com a sua inclusão na Resolução CNS nº 287 de 08 de outubro de 1998.

Instituição destinatária: Conselho Nacional da Saúde.

Ementa: Reconhecimento do Naturólogo enquanto profissional de saúde de nível superior para o SUS e para atuação junto ao Conselho Nacional de Saúde, visando a revisão e ampliação da Resolução CNS nº 287 de 08/10/1998.

MOÇÃO - 28

Pela visibilidade das consequências do feminicídio para os familiares, especialmente filhos e filhas, e políticas públicas voltadas ao tema.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: A violência doméstica produz vários órfãos, vítimas indiretas e invisíveis deste tipo de violência. Em razão disso, solicitamos ao Ministério da Saúde que dê visibilidade sobre a situação desses órfãos, quais sejam mães, irmãs, tias, sobrinhos, amigas, e, sobretudo as filhas e filhos que não aparecem nos debates sobre o tema. Este é um grave problema social que precisa ser enfrentado com políticas públicas que atenuem os efeitos maléficos de tal crime.

MOÇÃO - 32

Pela revisão e ampliação da Portaria GM/MS 635/2023 para incluir o Naturólogo nas equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Solicitamos ao Ministério da Saúde a revisão e ampliação da Portaria GM/MS 635/2023, incluindo o profissional de nível superior naturólogo nas modalidades de equipes multiprofissionais de Atenção Primária à Saúde.

MOÇÃO - 34

Pelo apoio à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Garantia do direito de acesso da população aos cuidados em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), de acordo com as diretrizes previstas na PNPIC, aprovada em 2006 e ampliada em 2017 e 2018.

MOÇÃO - 35

Pela efetivação da criação das Regiões de Saúde com a respectiva assinatura do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS) pelas referidas esferas das Comissões Intergestores.

Instituições destinatárias: Presidência da República e Ministério da Saúde, Congresso Nacional, Ministério Público Federal.

Ementa: O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, criando as Regiões de Saúde, as comissões intergestores (CIT, CIB e CIR - tripartite, bipartite e regional), representados pelo CONASS, CONASEMS e COSEMS, formalizando/assinando o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), um acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde, assim como pela efetivação deste pacto extensivo às três esferas de governo: Municipal, Estadual e Federal.

MOÇÃO - 37

Garantia das PIS em todo o território nacional em todas as Redes de Atenção no SUS e incorporação dos hortos agroflorestais medicinais biodinâmicos em todo o Brasil.

Instituições destinatárias: Presidência da República, Ministério da Saúde e Congresso Nacional.

Ementa: Incorporação dos Hortos Agroflorestais Medicinais Biodinâmicos pelo Sistema Único de Saúde, em todo o Brasil, como dispositivo técnico assistencial leve-duro, para promover, com equidade, saúde, cultura de paz, competência cultural e inovação tecnológica, de modo a garantir equipamentos de saúde como espaços seguros, saudáveis e sustentáveis que dialoguem com a defesa da saúde, da educação, do meio ambiente e, por meio da agroecologia, em prol da oferta de plantas medicinais e fitoterápicos, Plantas Alimentícias Não Convencionais (PANC), plantas aromáticas e condimentares capazes de atuar pela segurança alimentar e nutricional (SAN), pela soberania dos povos em defesa da diversidade, da democracia, das pessoas com deficiência e dos Povos Originários e Tradicionais de Matriz e Africana (POTMA).

MOÇÃO - 39

Apelo pela regulamentação do Naturólogo enquanto categoria profissional de saúde de nível superior para o SUS.

Instituições destinatárias: Presidência da República e Congresso Nacional.

Ementa: Regulamentação do Naturólogo enquanto profissional de saúde de nível superior para o SUS e para atuação em conjunto com as outras profissões regulamentadas da área da saúde.

MOÇÃO - 40

Apelo pela aprovação das Diretrizes Curriculares da Naturologia e abertura do curso de bacharelado em Naturologia em instituições públicas.

Instituições destinatárias: Conselho Nacional de Educação, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Educação e Universidades e Instituições de Ensino Superior Públicas Federais, Estaduais e Municipais.

Ementa: Solicita a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais de Naturologia e a abertura do bacharelado em Naturologia em instituições públicas de ensino superior.

MOÇÃO - 47

Pela inclusão da pessoa traqueostomizada na política nacional de atenção às pessoas ostomizadas e pela incorporação no SUS de adesivos, cânulas e filtros que podem e devem proteger esse ostomizado respiratório permanente.

Instituições destinatárias: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) do Ministério da Saúde.

Ementa: Apela para a necessidade de incluir a pessoa paciente traqueostomizada na política nacional de atenção às pessoas ostomizadas, de acordo com a Portaria 400/2009/SAS, incorporando os insumos necessários, adesivos, cânulas, filtros e adesivos.

MOÇÃO - 48

Pela superação da falta de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Falta de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), nos municípios brasileiros e nas regionais de saúde, sob as orientações supracitadas, a equipe técnica do CEREST, composta por médico, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, enfermeiro e terapeuta ocupacional, podem realizar inspeções em locais de trabalho que, porventura, estejam propiciando risco à saúde dos trabalhadores e emitir um parecer técnico.

MOÇÃO - 49

Pela criação e ampliação de centros de convivência, arte, cultural e economia solidária e de unidades de acolhimento, financiados pelo SUS em todo o território nacional, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: A 1ª Conferência Livre Nacional de Usuários da RAPS defende a despatologização da tristeza e luta por condições dignas e humanizadas de tratamento e cuidado em Saúde Mental. Grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), Centros de Convivência, Arte, Cultura e Economia Solidária, Unidades de Acolhimento, financiados pelo SUS, estratégias promotoras de saúde e de empoderamento psíquico, social e material precisam ser garantidos pelo Estado Brasileiro, particularmente às pessoas que vivem processos de sofrimento psíquico.

MOÇÃO - 51

Invisibilidade das pessoas afetadas por doenças negligenciadas.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Pela efetivação de ações garantidoras da visibilidade, da atenção e do cuidado às populações negligenciadas e excluídas, dentro do contexto da política de combate e enfrentamento às doenças negligenciadas.

MOÇÃO - 54

Pela suspensão imediata da privatização, pela valorização dos profissionais de saúde, pelo fortalecimento da gestão pública e pelo fortalecimento da APS, da transparência e do controle social.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: O objetivo desta moção é manifestar veementemente a oposição à privatização do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e combater a prática prejudicial à “pejotização” no setor da saúde. Buscamos preservar o caráter público, universal e igualitário do SUS, garantindo que o acesso aos serviços de saúde seja um direito de todos os cidadãos brasileiros. Nossa intenção é promover a qualidade e eficiência na prestação dos serviços de saúde, bem como valorizar e proteger os profissionais da área da saúde, assegurando a devida contratação e valorização de seus direitos trabalhistas.

MOÇÃO - 57

Pela oferta de hormônios e tratamento hormonal e pelo aumento do número de intervenções cirúrgicas para a população transexual e de mulheres travestis em todo o Brasil.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Cerca de 2% da população adulta brasileira são pessoas transexuais e não binárias, ou seja, se identificam com um gênero diferente daquele que lhes foi atribuído ao nascer, ou não se percebe como pertencentes exclusivamente ao gênero masculino ou feminino. É o que revela um levantamento pioneiro feito pela faculdade de medicina de Botucatu- FMB da Universidade Federal Paulista- UNESP, publicado na *Nature Scientific Reports* em 2021. Por isso, apelamos pela assistência à saúde da população transexual e de mulheres travestis em todo o Brasil.

MOÇÃO - 70

Pela inclusão de medicamentos para atrofia muscular espinhal tipo 3 e 4 na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e, consequente, disponibilização no SUS.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC).

Ementa: Assegurar a inclusão dos medicamentos RIDISPLAM / EVRYDIS e SPINRAZA / NUSINERSENA, indicados para Atrofia Muscular Espinhal (AME), tipo 3 e 4 no RENAME bem como disponibilizar no SUS.

MOÇÃO - 73

Pela garantia de condições necessárias para o funcionamento dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de gestão.

Instituições destinatárias: 17ª Conferência Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Saúde

Ementa: Defesa dos direitos de atuação do controle social do SUS, previstos na Lei nº 8.142/1990. Tendo em vista a negação das condições necessárias para o funcionamento dos Conselhos de Saúde, seja nas atividades locais, regionais e nacionais.

MOÇÃO - 75

Pelo piso salarial das pessoas assistentes sociais, apoiando o Projeto de Lei nº 1.827/2019.

Instituições destinatárias: 17ª Conferência Nacional de Saúde, Poder Executivo, Supremo Tribunal Federal, Congresso Nacional, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Federal de Assistência Social.

Ementa: Solicitamos a definição do Piso Salarial dos Assistentes Sociais, que também são profissionais de saúde, integrantes da equipe multidisciplinar do SUS, por meio do Projeto de Lei n° 1.827/2019.

MOÇÃO - 77

Pela inserção da fonoaudiologia em todos os pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir acesso universal, equânime e integral em todas as modalidades de atenção à saúde, possibilitando o cuidado da pessoa em todos os ciclos de vida.

Instituição destinatária: 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Ementa: Solicitamos o encaminhamento ao Ministério da Saúde, do apelo de inserção da Fonoaudiologia em todos os postos de atenção no âmbito do SUS, para garantir acesso universal, equânime e integral em todas as modalidades de atenção à saúde, possibilitando o cuidado da pessoa em todos os ciclos de vida.

MOÇÃO - 78

Pelo fortalecimento da triagem auditiva neonatal nas maternidades públicas, no território nacional, e acompanhamento e reabilitação das crianças no Centros Especializados de Reabilitação (CERs).

Instituição destinatária: 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Ementa: Solicitar ao Ministério da Saúde o fortalecimento da Triagem Auditiva Neonatal nas maternidades públicas no território neonatal e o acompanhamento das crianças como indicadores de risco, assim como, assegurar a reabilitação nos Centros Especializados e Centros de Reabilitação.

MOÇÃO - 83

Pela criação e pelo financiamento de centros de referência, em todo o território nacional de atendimento a crianças com transtornos, incluindo transtornos alimentares.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Pela criação e pelo financiamento de centros de referência, em todo o território nacional, para crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Desafiador Opositor (TOD), com serviços especializados, incluindo, entre outros, diagnóstico precoce, acesso a alimentos específicos para crianças, acompanhamentos interdisciplinares e multiprofissionais de cunho psicossocial e familiar.

MOÇÃO - 85

Atualização do modelo de cuidados à pessoa com câncer: prevenção, acesso e melhoria da atenção oncológica no SUS.

Instituições destinatárias: Coordenadoria-geral da Política de Combate ao Câncer (CGCAN/MS), Secretaria de Atenção Especializada do Ministério da Saúde (SAES/MS), Ministério da Saúde e Congresso Nacional.

Ementa: O câncer é uma doença que afeta milhares de pessoas em nosso país, causando grande impacto na vida dos pacientes e de seus familiares. No entanto, constatamos que existem inúmeras barreiras que dificultam o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos relacionados ao câncer. Diante disso, o TJCC e as pessoas que subscrevem a presente moção requerem comprometimento dos Poderes da República com as ações relativas à atenção oncológica elencadas na referida moção.

MOÇÃO - 89

Pela criação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência.

Instituições destinatárias: Congresso Nacional, Ministério do Planejamento e Ministério da Saúde.

Ementa: Violência como sintoma social é uma questão de saúde pública e demanda estrutura, financiamento e diretrizes de Estado para o seu enfrentamento.

MOÇÃO - 94

Pela regulamentação e valorização dos profissionais da vigilância sanitária, conforme previsto no PL 1126/2021, em tramitação na Câmara dos Deputados.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde e Congresso Nacional.

Ementa: Regulamentação e Valorização dos Profissionais da Vigilância Sanitária nos municípios brasileiros. Pelo reconhecimento dos Fiscais de Vigilância Sanitária como Profissionais do SUS pelo Ministério da Saúde. Conforme o Projeto de Lei 1126/2021, em tramitação na Câmara dos Deputados, pedimos que o PL tenha tramitação em tempo razoável nas comissões da Câmara dos Deputados e que o Ministério da Saúde reconheça nossa categoria e a regulamentação dos profissionais de vigilância sanitária nos municípios.

MOÇÃO - 96

Pela criação de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) no Rio Grande do Norte e efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas no Rio Grande do Norte e em todo território nacional.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde Indígena (SESAI-MS).

Ementa: Vimos por meio desta moção pedir o apoio e colaboração de toda plenária da 17ª CNS para juntos aprovarmos esta moção de apelo, e dar visibilidade a luta dos mais de 10.600 indígenas que vivem nas 17 aldeias/comunidades indígenas, localizadas na zona rural, em 10 municípios das quatro regiões do Estado do Rio Grande do Norte, conforme consta no Censo do IBGE 2022. Desde a criação da SESAI em 2010, que os povos indígenas do Rio Grande do Norte: Potiguara, Tapuia Paiacu, Tapuia Tarairiu e Caboclos do Assú, clamam pela criação de um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI- RN), e a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), no Estado do Rio Grande do Norte, que continua sendo negada a esses povos até os dias atuais pela SESAI-MS.

MOÇÃO - 97

Pela implantação de ações de vigilância e controle de zoonoses em comunidades indígenas e tradicionais.

Instituições destinatárias: Poder Executivo e Ministério da Saúde.

Ementa: Implantação de ações de Vigilância e Controle de Zoonoses e Saúde Única em comunidades tradicionais, com equipe multiprofissional, principalmente médico veterinário, desta forma garantindo efetiva promoção e prevenção na saúde dos indígenas e nas comunidades tradicionais.

MOÇÃO - 105

Revogação dos artigos 124 e 128 do Código Penal, com a descriminalização do aborto, dados os altos índices de mortes de mulheres, em sua grande maioria mulheres pretas, pobres e periféricas, ao passarem por um processo de interrupção voluntaria da gravidez indesejada.

Instituições destinatárias: Poder Executivo e Legislativo.

Ementa: Mulheres morrem, mulheres pretas, pobres e periféricas, morrem ao passarem por um processo de interrupção voluntária de uma gravidez indesejada, sem acompanhamento médico, tornando o procedimento um risco de morte. Assim esse fato deve ser tratado como um direito à saúde da mulher e não como um crime tipificado pelo Código Penal.

MOÇÃO - 106

Desigualdade de direitos remuneratórios entre Residência Médica e Residência Multiprofissional.

Instituições destinatárias: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Congresso Nacional, Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, Hospitais Universitários, Instituições de Ensino Superior.

Ementa: Extensão dos Direitos remuneratórios dos Médicos Residentes (Auxílio Moradia, Alimentação e Licença Maternidade), para todos os Residentes da Residência Multiprofissional (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), trabalhadores do SUS lotados nas Unidades de Saúde públicas e privadas. Muitas pessoas deixam suas cidades e estados de origem para trabalhar como Residentes, após passar na prova de Residência e não tem ajuda de custo para se estabelecer na nova cidade e nem auxílio moradia, tendo que arcar com todos os custos.

MOÇÃO - 113

Criação de instituto para o atendimento integral às vítimas com sequelas da Covid-19 a nível federal com implantação de centro de referência em todos os Estados e no Distrito Federal.

Instituições destinatárias: Sem destinação registrada.

Ementa: Criação de um instituto para o atendimento integral às vítimas sequeladas da Covid-19 a nível federal com a implantação de Centro de Referência em todos os Estados e no Distrito Federal; garantindo atendimento integral a todos os pacientes, após alta hospitalar onde estiveram internados, devendo ser atendidos em todas as especialidades que se fizerem necessárias. Hoje estes pacientes perambulam de um lado para outro em uma verdadeira *via crucis* sem nenhum atendimento, evoluindo assim o seu agravamento até a sua morte.

MOÇÃO - 114

Pelo fortalecimento e viabilização das diretrizes da homeopatia no SUS, contidas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e não plenamente implementadas.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde e Congresso Nacional.

Ementa: Propomos garantir que a homeopatia, como especialidade reconhecida por vários Conselhos de Saúde, seja incluída nas grades curriculares de graduação em ensino superior, gerando a formação de profissionais bem informados, capacitados para essa ampliação, que possam contribuir com a redução das formas de preconceito e subutilização geradas pelo desconhecimento da homeopatia.

MOÇÃO - 115

Fortalecer o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua, garantindo melhor estrutura, formação, ampliação de equipe e inclusão de trabalhadoras e trabalhadores com trajetória de rua.

Instituições destinatárias: Poder Executivo e Poder Legislativo.

Ementa: O cuidado integral à saúde da população em situação de rua necessita fortalecer o processo de trabalho das equipes de Consultório na Rua, garantindo melhor estrutura, formação, ampliação de equipes e inclusão de trabalhadoras/os com trajetória de rua.

MOÇÃO - 116

Suspensão imediata de abertura de novos cursos na modalidade à distância e de atividades remotas em cursos presenciais, na área da saúde; revogação da Portaria MEC 2.117/2019; constituição de grupo de trabalho para avaliação dos cursos ativos, e análise da força de trabalho e necessidades de formação e regulação.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Educação.

Ementa: As pessoas estudantes, profissionais e docentes do campo da enfermagem apresentam moção de recomendação aos destinatários acima descritos no sentido de suspender a abertura de novos cursos e vagas na modalidade EaD e atividades remotas em cursos presenciais. Assim, recomendamos a suspensão imediata da abertura de novos cursos na modalidade EaD e atividades remotas em cursos presenciais; revogação da portaria MEC 2.117 de 6 de dezembro de 2019; a constituição de grupo de trabalho para avaliação dos cursos ativos e análise da força de trabalho e necessidades de formação e regulação.

MOÇÃO - 121

Pela inserção do profissional optometrista em todas as políticas e programas da saúde visual, em parceria com o Ministério da Educação.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: O Ministério da Saúde aponta que mais de 1/3 da população nunca teve acesso a uma consulta voltada à saúde visual e ocular. Já vivemos uma epidemia de miopia que, somada a outros problemas retrativos, é responsável por mais de 80% dos casos de cegueira evitável, males que, dentre outros, poderiam ser solucionados ou muito amenizados ainda na atenção primária.

MOÇÃO - 122

Pela aprovação do Projeto de Lei 504/2021, que estabelece a Política Nacional de Residências em Saúde.

Instituições destinatárias: Conselho Nacional de Saúde, Congresso Nacional e Ministério da Saúde.

Ementa: O Movimento Nacional de Residências em Saúde (Fórum de Residentes, Fórum de Coordenadores, Fórum de Preceptores e Tutores e Apoiadores) apresenta a Moção de Apoio à Aprovação do Projeto de Lei 504/2021, que estabelece a Política Nacional de Residências em Saúde.

MOÇÃO - 124

Pelo licenciamento compulsório do Dolutegravir e pela garantia de acesso ao seu respectivo medicamento genérico.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: É fundamental adotar o licenciamento compulsório como estratégia para proteger a saúde pública, promover a sustentabilidade do SUS e garantir a soberania em saúde. Apelamos, portanto, que o Ministério da Saúde declare a licença compulsória por interesse público do Dolutegravir, medicamento utilizado diariamente por cerca de 500 mil pessoas no Brasil para tratar o HIV. Essa medida visa reduzir o preço, diminuir o risco de desabastecimento e coordenar políticas públicas de saúde, além de seguir o exemplo da Colômbia, que iniciou o processo de licenciamento compulsório por meio da declaração de interesse público para o Dolutegravir.

MOÇÃO - 125

Revogação da Portaria n° 07/2021 e recomposição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com a inclusão paritária dos fóruns de residência.

Instituições destinatárias: Conselho Nacional de Saúde, Congresso Nacional e Ministério da Saúde.

Ementa: O Movimento Nacional de Residências em Saúde (Fórum de Residentes, Fórum de Coordenadores, Fórum de Preceptores e Tutores e Apoiadores) apresenta Moção de Apoio à Revogação da Portaria n° 07/2021 Recomposição da Comissão Nacional de Residências Multiprofissional em Saúde com Inclusão Paritária dos Fóruns de Residência.

MOÇÃO - 126

Retomar a anuência prévia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) no processo de análise dos requisitos de patentes do setor farmacêutico.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde, Congresso Nacional, Presidência da República e Ministério do Desenvolvimento, Indústria, Comércio e Serviços.

Ementa: A retomada da anuência prévia da Anvisa no processo de análise dos pedidos de patentes do setor farmacêutico como uma medida de proteção da saúde pública para prevenir a concessão de monopólios indevidos por meio de patentes, o aumento do preço e a diminuição do acesso a medicamentos. Assim, demandamos que seja restabelecido o trabalho conjunto entre a Anvisa e o Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) para garantir os melhores padrões técnicos no processo de análise do cumprimento dos requisitos de patenteabilidade de patentes farmacêuticas.

MOÇÃO - 132

Aprovação do piso salarial dos auxiliares e técnicos de odontologia em todo território nacional, previsto no Projeto de Lei 2.504/2019.

Instituição destinatária: Poder Legislativo.

Ementa: Nos manifestamos pela valorização e garantia do piso salarial dos auxiliares e técnicos de saúde bucal, da aprovação salarial dos auxiliares e do PL 2504/2019 para estes profissionais, bem como profissionais de prótese dentária e auxiliares em prótese dentária, além da garantia de condições de trabalho dignas e contratação por concurso público.

MOÇÃO - 135

Inserir as fissuras labiopalatinas e anomalias craniofaciais na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência para garantir a linha de cuidado, incluindo procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais.

Instituições destinatárias: Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde

Ementa: Inserir a fissura labiopalatina e as anomalias craniofaciais na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, para garantir a linha de cuidado, incluindo os procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais para a total reabilitação, assegurando a dignidade da pessoa humana e a total inclusão da pessoa com deficiência.

MOÇÃO - 140

Garantir maior agilidade e acesso nas consultas e exames, na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e nos cuidados paliativos aos pacientes oncológicos no SUS.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Nós do grupo unido de apoio a pacientes oncológicos (GUAPO), apelamos ao Ministério da Saúde o olhar e aprovação desta moção à necessidade de garantir maior agilidade e acesso nas consultas e exames, na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos aos pacientes oncológicos pelo SUS.

APOIO TOTAL (30)

MOÇÃO - 1

Apoio à Proposta de Emenda à Constituição (PEC) ao Art. 75, que propõe eleições diretas para as pessoas Conselheiras de Tribunais de Contas Estaduais.

Instituições destinatárias: Presidência da República, Deputados Federais e Senadores da República.

Ementa: O conselheiro de Tribunal de Contas fiscaliza o gestor municipal de saúde e o gestor estadual de saúde; Atualmente o cargo de conselheiro de Tribunal de Contas é nomeado ou eleito indiretamente; Considerando a importância de eleições diretas para o cargo de conselheiro do Tribunal de Contas Estadual, com mandato de 4 anos, encaminhamos essa Moção à Presidência da República e aos parlamentares do Congresso Nacional, na qual manifestamos apoio à Proposta de Emenda Constitucional no Art. 75 para nela inserir a previsão de eleição direta, pelo povo, das pessoas Conselheiras de Tribunais de Contas Estaduais.

MOÇÃO - 2

Apoio à tramitação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal do Projeto de Lei 1821/2021, cujo objeto é a regulamentação da atividade profissional de sanitarista.

Instituição destinatária: Senado Federal.

Ementa: Apoio à aprovação do Projeto de Lei 1821/2021, que está em tramitação no Senado Federal, considerando a relevância histórica do Profissional Sanitarista à gestão da saúde pública e suplementar. Ademais, no Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011), foi aprovada, por ampla maioria do plenário, uma moção de apoio ao reconhecimento da profissão de sanitarista. Portanto, é fundamental e urgente a regulação e regulamentação da profissão de Sanitarista no Brasil.

MOÇÃO - 5

Apoio à Resolução n° 487 do Conselho Nacional de Justiça, que institui a Política Antimanicomial.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: A mencionada resolução respeita os princípios estabelecidos pela Lei nº. 10.216/2001 e tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil é signatário e apenas exige que o Estado os cumpra, de modo que o tratamento de saúde de pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei seja especializado e realizado em rede, no território e tendo a internação como última medida. A política estabelecida não altera o cumprimento de pena de pessoas condenadas por crimes graves, estabelecendo apenas que àqueles que não tenham condições psíquicas de entender a prática de um ato considerado criminoso seja atribuído um cuidado em saúde, o que hoje não ocorre nos manicômios judiciários.

MOÇÃO - 8

Taxação de alimentos ultraprocessados e reforma tributária saudável, como contribuição para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda e Congresso Nacional.

Ementa: Apelo aos governantes e parlamentares para que institua imediatamente

os tributos saudáveis, contribuindo para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável, conforme prevê a Constituição Federal de 1988.

MOÇÃO - 14

Inclusão no PPA de Monitoramento de estratificação de Risco Cardiovascular para os próximos 4 anos.

Instituição destinatária: Poder Executivo.

Ementa: Necessidade de atualizar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), incluindo dislipidemia (colesterol LDL) como um fator de risco para as DCVs e garantir recursos para a realização anual de exame de Lipidograma completo, que inclui a dosagem do Colesterol total, a dosagem de LDL-C, HDL-c e VLDL-c na população de risco. Fomentar a adesão da população para a realização desses exames e capacitar profissionais da saúde garantindo a implementação da estratificação do risco CDV e o monitoramento do LDL-C associado a tratamentos adequados.

MOÇÃO - 15

Reconhecimento da rede de Ouvidorias do SUS pela Comissão Intergestores Tripartite, por meio de articulação intersetorial que contemple os diversos grupos sociais.

Instituições destinatárias: Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde.

Ementa: É imprescindível o reconhecimento da rede de Ouvidorias do SUS pela Comissão Intergestores Tripartite para fortalecimento da participação, controle social e gestão do SUS, bem como o financiamento e fortalecimento da política de informação/educação permanente e popular para as Ouvidorias do SUS, por meio de uma articulação intersetorial que contemple os diversos grupos sociais - mulheres, negros, idosos, juventude, comunidades tradicionais, povo originários, LGBTQIAPN+, pessoas com deficiências, população em situação de risco, vulnerabilidade, comunidade atingida por mineração e por barragem, ribeirinhos, quilombolas, população do campo, da floresta das águas e outros.

MOÇÃO - 18

Ampliação do investimento na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, bem como no Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/SASI-SUS.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde, Ministério da Igualdade Racial e Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania.

Ementa: Fortalecer a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (bem como o SASI-SUS) através da destinação de recursos, bem como estimulando seu debate nos conselhos de saúde, nas estratégias de educação em saúde nos territórios, nos ambientes acadêmicos e nas comissões intergestores (regional, bipartite e tripartite).

MOÇÃO - 26

Apoio ao retorno da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), no âmbito do Ministério da Saúde.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Ementa: Apoio ao retorno da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) no âmbito do Ministério da Saúde. Efetivação de práticas humanizadas na gestão

e na atenção, reafirmação da política como instrumento ético que defende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção e atenção à saúde: pessoas usuárias, trabalhadoras e gestoras.

MOÇÃO - 27

Apoio à atualização e revisão anual dos valores das tabelas do SUS de repasse de recursos aos estados e municípios, pelos índices inflacionários.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Desatualização e enorme defasagem entre os custos e valores repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, o que impõe a necessidade de revisar a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PASS). Nesse sentido, solicita-se que o Ministério da Saúde providencie a revisão anual dos valores das tabelas de procedimentos.

MOÇÃO - 31

Instalação de hospitais federais 100% SUS, articulados com as Redes de Atenção à Saúde, em regiões de fronteira com vulnerabilidades assistenciais.

Instituições destinatárias: Presidência da República, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Comunicação Social.

Ementa: A distância geográfica entre os centros de tratamento de média e alta complexidade dos municípios localizados em regiões de fronteira do Brasil, somado a vulnerabilidades diversas, são lacunas assistenciais no SUS. O não cumprimento do princípio da descentralização do SUS, fragiliza a saúde em regiões como essa, que formam profissionais de saúde em universidades públicas, mas que ainda não possuem hospital universitário. Nesse sentido, solicita-se a instalação de Hospitais Federais 100% SUS, articulados com as Redes de Saúde em regiões de fronteira com vulnerabilidades assistenciais.

MOÇÃO - 38

Garantia das PIS em todo o território nacional em todas as redes de atenção no SUS.

Instituições destinatárias: Presidência da República, Ministério da Saúde e Congresso Nacional.

Ementa: Ratificamos o nosso apoio à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), à Política e ao Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que promovem o acesso a racionalidades médicas e a recursos terapêuticos que ampliam o escopo do setor saúde e a capacidade de promover a integralidade pelo Sistema Único de Saúde, promovendo a democracia e garantindo os direitos exigidos pela população em todas as conferências nacionais de saúde.

MOÇÃO - 41

Ratificação da Convenção 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) pelo fim da violência e assédio no mundo do trabalho.

Instituições destinatárias: Presidência da República, Ministério da Saúde e Congresso Nacional.

Ementa: Infelizmente temos um avanço sistemático dos casos de violência e assédio moral e sexual no trabalho, segundo o Tribunal Superior do Trabalho, uma vez que, entre 2019 e 2021 foram contabilizados 3.049 processos de assédio sexual e 52.936 de assédio moral nas varas do trabalho no Brasil. Por isso, é importante que o país assuma o compromisso com a ratificação da convenção 190 da Organização Internacional do Trabalho, já que a convenção 190 da OIT, aprovada em 2019, reconhece que a violência e o assédio moral ou sexual no mundo do trabalho agridem e violam os direitos humanos e limitam a busca pela igualdade de oportunidades.

MOÇÃO - 42

Necessidade de aprimoramento e estratégias para efetivação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, na perspectiva do modelo social da deficiência em oposição ao modelo médico.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Ementa: Precisamos de planejamento das políticas e ações de saúde voltadas para a justiça social e que o Estado brasileiro se comprometa à efetivação dos direitos das pessoas com deficiência. Por isto, entendemos que a convocação da 1ª Conferência Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é uma importante sinalização nesse sentido.

MOÇÃO - 43

Criação da ficha de notificação dos Distúrbios de Voz relacionados ao Trabalho (DVRT) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Instituição destinatária: Poder Executivo.

Ementa: Na sociedade atual, aproximadamente um terço das profissões tem a voz como ferramenta básica de trabalho (VILKMAN, 2004), ou seja, grande parte da nossa força laboral é composta por trabalhadores que utilizam a comunicação no seu processo de trabalho. Estimativas populacionais de profissionais que utilizam a voz como instrumento de trabalho, considerando grandes grupos ocupacionais, mostram que, de 2002 a 2015, houve aumento progressivo do número destes, passando de 39.971.000 para 53.780.000, crescimento de 34,5%.

MOÇÃO - 55

Ampliar as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), em especial às Vigilância aos Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT), como forma de promoção e prevenção da saúde das pessoas trabalhadoras.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde, Presidência da República, Congresso Nacional.

Ementa: Apoiamos o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, especialmente no que se refere às ações de Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT), que visa promover melhores condições de trabalho e saúde para todas as pessoas trabalhadoras, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.

MOÇÃO - 62

Criar política de assistência em rede baseada no Centro de Referência Multidisciplinar para atendimento aos transtornos do neurodesenvolvimento, com financiamento pelo SUS na garantia dos direitos dos autistas e demais deficiências invisíveis.

Instituições destinatárias: Presidência da República, Ministério Público Federal e Ministério da Saúde.

Ementa: Criar uma política de assistência em rede baseada no Centro de Referência Multidisciplinar para atendimento aos transtornos do neurodesenvolvimento e financiá-la através do SUS, com acessibilidade física e de equipamentos voltada para as pessoas com transtornos do neurodesenvolvimento. Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor Desafiador (TOD), Deficiência Intelectual (DI), entre outros, voltada para o diagnóstico e assistência especializada e integralizada com equipe multiprofissional qualificada.

MOÇÃO - 63

Cumprimento do piso salarial de todos os profissionais da odontologia em todo o território nacional.

Instituições destinatárias: Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Ementa: Aprovação do PL 13365/2022 tendo como base a Lei nº 3.999/1961 e aprovação do PL 2504/2019 para técnicos em saúde bucal, auxiliares em prótese dentária, estabelecendo vínculos trabalhistas estáveis no âmbito do SUS, contratação por concurso, plano de cargos de salários e carreiras, índices de adicionais e gratificações, conforme atuação, garantindo o direito a saúde bucal do povo brasileiro.

MOÇÃO - 69

Reconhecimento da categoria dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), cujas atribuições são semelhantes às desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN).

Instituição destinatária: Congresso Nacional.

Pelo reconhecimento da categoria dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), cujas atribuições são semelhantes às desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e pelos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), pedimos a aprovação do PL 3514/2019.

MOÇÃO - 74

Pela criação da Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Alzheimer e outras Demências e aprovação do Projeto de Lei 4.364/2020, que tramita na Câmara dos Deputados.

Instituições destinatárias: Presidência da República, Ministério da Saúde, Presidência da Câmara dos Deputados, Presidência da Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, Presidência da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

Ementa: Questão de saúde pública invisibilizada, que afeta, principalmente, pessoas idosas, carregada de preconceitos, em especial o etarismo. A Doença de Alzheimer e doenças relacionadas afetam todas as pessoas brasileiras, sejam as acometidas pela doença ou aquelas que cuidam de uma. Nesse sentido, esta moção propõe a discussão sobre uma política nacional de demências, conforme disposto em seu texto integral.

MOÇÃO - 79

Apoio à incorporação da temática trans infanto-juvenil no relatório final da 17° Conferência Nacional de Saúde.

Instituições destinatárias: Conselho Nacional de Saúde.

Ementa: Apoio à incorporação das propostas da temática trans infanto-juvenil no relatório final da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

MOÇÃO - 81

Apoio ao combate à discriminação por idade (idadismo) no setor saúde e na sociedade em geral.

Instituições destinatárias: 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Ementa: Combate à discriminação por idade (idadismo) no setor saúde e na sociedade em geral. Criar um grupo de trabalho para monitorar e produzir evidências sobre o etarismo no setor de saúde e propor ações necessárias no seu enfrentamento, garantindo a ratificação e efetivação da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas pela “década do envelhecimento saudável 2021-2030”, proposto pela Organização Mundial da Saúde.

MOÇÃO - 84

Inclusão das doulas no Sistema Único de Saúde como ferramenta para uma experiência positiva de parto e nascimento.

Instituições destinatárias: 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Ementa: Apoio às doulas no SUS, como ferramentas para uma experiência positiva de parto e nascimento, propiciam suporte contínuo da atenção básica à hospitalar, ampliando o acesso de pessoas gestantes à saúde sexual e reprodutiva e informação/ educação perinatal.

MOÇÃO - 95

Fortalecer os direitos, a inclusão, a igualdade, o respeito e o atendimento na atenção primária e atenção especializada para todas as pessoas com autismo dos Estados e Municípios, incluindo treinamento aos profissionais de saúde.

Instituição destinatária: Poder Legislativo.

Ementa: Nós, familiares de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), delegadas nacionais pela Associação Brasileira de Autismo (ABRA), através da 17ª Conferência Nacional de Saúde, queremos: direitos, inclusão, igualdade, respeito e atendimento para todas as pessoas com autismo dos Estados e Municípios e em residências terapêuticas protegidas.

MOÇÃO - 98

Republicação imediata da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT).

Instituição destinatária: Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde.

Ementa: As pessoas delegadas e entidades representantes da classe trabalhadora manifestam-se e reivindicam a republicação imediata da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) em sua edição na íntegra, em defesa de um trabalho digno, seguro e saudável para todas e todos.

MOÇÃO - 100

Apoiar a auditoria do Sistema Único de Saúde descentralizada entre os três entes federativos com vistas à melhoria do controle dos recursos públicos e da qualidade dos serviços em saúde prestados à população brasileira.

Instituições destinatárias: Presidência da República e Presidência do Congresso Nacional.

Ementa: Apoiar a Auditoria do SUS com vistas à melhoria do controle dos recursos públicos e da qualidade dos serviços em saúde prestados à população brasileira, sob o lema do fortalecimento da Auditoria e o fortalecimento do SUS.

MOÇÃO - 101

Fragmentação dos sistemas de informatização, fragmentação, conectividade e necessidade de introdução de todas as soluções de saúde digital e de inteligência artificial no Sistema Único de Saúde.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Ante à existência de um quadro de sistemas de informação em saúde marcado por fragilidades quanto à fragmentação, conectividade e avanço da participação do setor privado no Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário promover ações para o reforço da implementação dos princípios que regem o SUS.

MOÇÃO - 102

Aprovação do Projeto de Lei 1.922/2022, que altera a Lei de Saneamento Básico para garantir acesso à água potável e esgotamento sanitário como direitos humanos, com vistas a implementação efetiva do Programa Nacional de Saneamento Rural, que tramita na Câmara dos Deputados.

Instituição destinatária: Poder Legislativo.

Ementa: As diversas instituições, movimentos sociais e pessoas presentes na 17ª Conferência Nacional de Saúde manifestam o seu apoio à aprovação do Projeto de Lei 1.922/2022, que tramita na Câmara dos Deputados e à implementação efetiva do Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR).

MOÇÃO - 103

Retomada do financiamento do projeto de vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e pela sua inclusão na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Instituição destinatária: Poder Legislativo.

Ementa: Pela retomada do financiamento do Projeto VER - SUS e pela inclusão na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a fim de garantir sua sustentabilidade.

MOÇÃO - 109

Apoio aos povos indígenas em contexto urbano, para que os Estados e Municípios implementem atenção especializada.

Instituições destinatárias: Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais da Saúde.

Ementa: Que Estados, Municípios e Governo Federal implementem atenção diferenciada e específica de cada povo conforme as realidades socioculturais, garantindo financiamento e contratação de equipes multidisciplinares nas UBS/UBSI e hospitais de média e alta complexidade, manutenção das mesmas por meio de políticas compartilhadas com os municípios, estados e Governo Federal, conforme a PNSAPI/254/2022 e o Decreto nº 7.508/2011, que estabelece que os municípios, estado e governos federal "devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena".

MOÇÃO - 131

Considerado a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a importância que esta política seja implantada nacionalmente para que o racismo estrutural não continue impactando na saúde do povo negro brasileiro.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde.

Ementa: Tornar obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor em todos os sistemas de informação em saúde, que tenha obrigatoriedade de inclusão na formação dos profissionais de saúde na graduação, e Pós-Graduação das questões étnico-raciais; fortalecer produções científicas e acadêmicas na área da saúde com recorte racial; implementar linha de cuidado em doença falciforme na Atenção Básica; e que a saúde mental tenha um recorte transversal étnico racial com olhar para pessoas em situação de rua, privadas de liberdade, população migrante e LGBTQIA+.

REPÚDIO TOTAL (7)

MOÇÃO - 6

Repúdio às comunidades terapêuticas de acolhimento atuantes em álcool e drogas. A mudança do nome do antes denominado Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas, que em nada mudam seu papel de privação de liberdade e violação de direitos de pessoas com sofrimento mental.

Instituições destinatárias: Ministério da Saúde, Ministério da Cidadania.

Ementa: Para nós, o nome não é o que define o manicômio, mas sim suas práticas e seu objetivo de alijar da cidadania e do campo dos direitos dos sujeitos que encarcera. Tenta-se esconder, assim, de maneira vã, o astronômico investimento destinado a tais instituições, cerca de 300 milhões somente pelo governo federal, e seu coordenador nefasto: Sâmio Falcão Mendes, alinhado com os setores mais fascistas do bolsonarismo. Repudiamos qualquer investimento público de qualquer origem às comunidades terapêuticas e instituições afins, qualquer departamento que institucionalize a violência institucional enquanto “acolhimento” ou “tratamento” e, principalmente, exigimos: Fora Sâmio!

MOÇÃO - 13

Não aprovação da Emenda Constitucional nº 10 de 2022 pelo Senado Federal.

Instituição destinatária: Congresso Nacional.

Ementa: Repúdio ao Projeto de Emenda à Constituição (PEC) 10/2022, que “altera o Art. 199 sobre as condições e os requisitos para a coleta e o processamento de plasma humano” propondo a redação de: “a lei disporá sobre as condições e os requisitos para coleta e processamento de plasma humano pela iniciativa pública e privada para fins de desenvolvimento de novas tecnologias e de produção de biofármacos destinados a prover o SUS”.

MOÇÃO - 64

Criação de mecanismo que impeça outras decisões semelhantes à do Tribunal de Contas da União (TCU), que alterou a distribuição dos valores aos municípios, o que causou prejuízo financeiro aos municípios.

Instituições destinatárias: Supremo Tribunal Federal e Congresso Nacional.

Ementa: Em 16 de janeiro de 2023 a Assembleia Legislativa da Bahia e o PCdoB alegaram que a decisão do TCU causaria prejuízo aos municípios, pois o critério estipulado para a distribuição dos valores não contemplaria toda a população. Também apontaram uma possível perda de R$3 bilhões para 702 municípios, conforme cálculo da Confederação Nacional de Municípios (CNM). Infelizmente tal decisão trouxe prejuízo a outros municípios que teriam direito a um reajuste positivo do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Criação de mecanismo que impeça outras decisões semelhantes que causem prejuízo financeiro aos municípios.

MOÇÃO - 65

Pelo fortalecimento do Sistema de Saneamento Básico e Edificações (SESANI) na Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), tendo em vista a aprovação da Medida Provisória 1.154/2023, que retira responsabilidades da SESAI em relação ao saneamento básico.

Instituição destinatária: Congresso Nacional.

Ementa: Reivindicamos que somem esforços em defender a saúde indígena de qualidade, específica e diferenciada do subsistema do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS).

MOÇÃO - 104

Moção de Repúdio contra o Marco Temporal previsto no Projeto de Lei 2.903/2023.

Instituições destinatárias: Presidência da República, Supremo Tribunal Federal, Congresso Nacional, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas.

Ementa: O Projeto pretende transformar a tese jurídica do Marco Temporal em lei para afirmar que os povos indígenas só teriam direito à demarcação das terras se estivessem em sua posse no dia 5 de outubro de 1988, data da promulgação da Constituição Federal. Esse "PL da morte" significa genocídio dos povos indígenas, pois a invasão já em curso afeta diretamente os nossos territórios, saúde, cultura, comprometendo o futuro do meio ambiente e da população indígena no Brasil.

MOÇÃO - 129

Repúdio ao prefeito de Natal/RN e todos os prefeitos de municípios brasileiros que se negaram a autorizar a concessão de ajuda aos delegados do segmento de pessoas usuárias e trabalhadoras em saúde, que foram eleitos e convidados para participar da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: Nós pessoas delegadas eleitas para a 17ª CNS residentes no município de Natal/RN, representantes do segmento de pessoas usuárias e do segmento de pessoas trabalhadoras em saúde repudiamos a atitude do prefeito de Natal (Álvaro Dias) e de todos os prefeitos de municípios brasileiros que se negaram a autorizar a concessão de ajuda de custo às pessoas delegadas do segmento de pessoas usuárias e trabalhadoras em saúde que foram eleitas e convidadas para participar da 17ª CNS.

MOÇÃO - 137

Reverter os processos de privatização do Sistema Único de Saúde em curso nas três esferas de gestão.

Instituições destinatárias: Poder Executivo, Conselho Nacional de Saúde, Congresso Nacional.

Ementa: Desprivatizar o SUS, extinguindo os modelos privatizantes de gestão, como Organizações Sociais (OS), Fundações Estatais de Direito Privado, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), serviços sociais autônomos e Parcerias Público-Privadas (PPP). O SUS não pode ser submetido a lógica mercantil e aos interesses do empresariado presentes nos modelos privatizantes de gestão.

SOLIDARIEDADE TOTAL (2)

MOÇÃO - 19

A Associação Mãos de Mães de Pessoas com Esquizofrenia (AMME), solicita uma audiência pública com a presença da Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde

Instituição destinatária: Ministério da Saúde.

Ementa: A Associação Mãos de Mães de Pessoas com Esquizofrenia (AMME), solicita uma audiência pública com a presença da Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde, diretora Sônia Barros, para que possamos apresentar as demandas que nós, cuidadores de pessoas com transtornos mentais, enfrentamos diariamente, na certeza de que teremos uma resposta positiva, unindo forças, faremos juntos e a mudança que almejamos.

MOÇÃO - 60

Solidariedade às deputadas federais Célia Xakriabá (PSOL-MG), Érika Kokay (PT-DF), Fernanda Melchionna (PSOL-RS), Juliana Cardoso (PT-SP), Sâmia Bomfim (PSOL-SP) e Talíria Petrone (PSOL-RJ), vítimas de perseguição machista.

Instituições destinatárias: 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Ementa: Manifestação de solidariedade às deputadas e repúdio ao pedido de punição protocolado na comissão de ética da Câmara de Deputados que evidenciam perseguição ideológica e machista às deputadas.

3.3 Orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

RESOLUÇÃO Nº 715, DE 20 DE JULHO DE 2023.

Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quadragésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 19 e 20 de julho de 2023, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que a Constituição Federal de 1988 estabelece a "saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação";

Considerando que a Lei Federal nº 8.080/1990 define, em seu Art. 2º, §1º, que o "dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação";

Considerando que as Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS) que implementam a diretriz constitucional da participação social na gestão da saúde, conforme Art. 198, inciso III;

Considerando que o Art. 1º, §1º, da Lei Federal nº 8.142/1990 define que cabe à Conferência de Saúde "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes";

Considerando que, com base no §2° do Art. 1° da Lei nº 8.142/1990, compete ao Conselho Nacional de Saúde formular estratégias e controlar a execução da política nacional de saúde "inclusive nos aspectos econômicos e financeiros", tendo como referência as diretrizes aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde, cujos instrumentos para esse fim são o Plano Nacional de Saúde e a Programação Anual de Saúde, bem como as respectivas prioridades e programações que devem constar no Plano Plurianual, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e na Lei Orçamentária Anual da União.

Considerando que o CNS tem por finalidade atuar, entre outras coisas, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 - Regimento Interno do CNS);

Considerando que compete ao Plenário do CNS dar operacionalidade às competências descritas no Art. 10 do seu Regimento, como previsto no Art. 11, I da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008 (Regimento Interno);

Considerando que é atribuição do CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (Art. 10, IX do Regimento Interno do CNS) e o processo de articulação entre os conselhos de saúde;

Considerando o disposto no Art. 1º, incisos I a VI da Resolução CNS nº 680, de 05 de agosto de 2022, segundo os quais os objetivos da 17ª Conferência Nacional de Saúde foram: "I - Debater o tema da Conferência com enfoque na garantia dos direitos e na defesa do SUS, da vida e da democracia; II - Reafirmar e efetivar os princípios e diretrizes do SUS, da universalidade, integralidade e equidade para garantia da saúde como direito humano, com a definição de políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; III - Mobilizar e estabelecer diálogos diretos com a sociedade brasileira acerca da saúde como um direito constitucional e da defesa do SUS; IV - Garantir a devida relevância à participação popular e ao controle social no SUS, com seus devidos aspectos legais de formulação, fiscalização e deliberação acerca das políticas públicas de saúde por meio de ampla representação da sociedade, em todas as etapas da 17ª CNS; V - Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas que atendam às necessidades de saúde do povo brasileiro e definir as diretrizes que devem ser incorporadas na elaboração dos Planos Plurianuais de Saúde, Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), e revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025; e VI - Construir uma mobilização permanente das forças da sociedade, que parte do monitoramento das deliberações da 17ª CNS, para garantia de direitos sociais e democratização do Estado, em especial, as que incidem sobre o setor saúde";

Considerando o processo ascendente da 17ª Conferência Nacional de Saúde, com etapas municipais, estaduais, conferências livres e etapa nacional, com o Relatório Final expressando o resultado dos debates nas diferentes etapas e as diretrizes e propostas aprovadas na Plenária Deliberativa; e

Considerando a Resolução CNS nº 710, de 16 de março de 2023, que dispõe sobre a definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que integrarão a Programação Anual de Saúde, o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Projeto de Lei Orçamentária da União para 2024.

Resolve

Art. 1º Publicar as orientações estratégicas para o Plano Plurianual (PPA) e para o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2024-2027, formuladas a partir das diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde e das prioridades para as ações e serviços públicos de saúde pelo CNS, com vistas a contribuir com o processo democrático e constitucional de formulação da política nacional de saúde, baseados nos Anexos I e II desta Resolução.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 715, de 20 de julho de 2023, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde

ANEXO I

Para novos amanhãs, é necessário construir novas manhãs. A sustentabilidade da saúde das pessoas e coletividades, de forma integral, descentralizada e com participação social, requer ações de inclusão e avanços permanentes. O SUS que o Brasil quer e precisa, necessita de ações concretas e cotidianas de inovação e avanços, como novas manhãs que fazem possível os amanhãs. Com essa ideia, derivada do tema da 17ª Conferência Nacional de Saúde, e com base nas formulações das 27 Conferências Estaduais e do Distrito Federal e das 99 Conferências Livres Nacionais, após a intensa discussão na dinâmica da Conferência, as diretrizes e propostas aprovadas traduzem que a saúde não é viável sem democracia e sem democracia não há saúde, nas condições da nossa Constituição e da legislação brasileira. Portanto, os recursos aplicados na saúde são investimentos no desenvolvimento político e social do país.

As discussões da 17ª Conferência Nacional de Saúde foram fortemente marcadas pela ideia de que sem a participação ampla, democrática e inclusiva da população como um todo, não há possibilidade de alcançar a saúde que o Brasil quer e precisa. Respeitar e fortalecer a participação social são ações que devem ser fomentadas pelo poder público e pelas instituições.

O financiamento estável, adequado, suficiente e permanente da saúde também foi tema transversal das deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde, devendo o poder público prover os recursos e a população acompanhar sua execução. Portanto, a lógica ultraneoliberal derrotada nas eleições de 2022, que legou freios, tanto à política macroeconômica, quanto aos instrumentos de Estado que induzem o desenvolvimento e a garantia de direitos, o Direito à Saúde, principal dever do Estado inscrito na Constituição, deve ser um dos principais instrumentos para garantir a retomada do papel e fortalecimento do Estado.

Nesse contexto, a revogação das regras fiscais constitucionais e legais que restringem o financiamento das políticas sociais foi reiterada, especialmente as que estabelecem tetos de despesas para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde, na perspectiva de que saúde não é gasto, mas sim investimento. Não há economia sem vida, e não há vida sem garantia de saúde para toda a população como um direito humano.

A reestruturação do modelo de saúde para que a atenção básica seja a ordenadora de toda a rede de cuidados, bem como a necessidade da construção da soberania sanitária, especialmente para proteção da população diante das pandemias, exige não somente a ampliação de recursos para o SUS, mas também que a alocação desses recursos priorize essa reestruturação do modelo de saúde, o que somente pode ocorrer com o aumento da participação do gasto público em saúde para que seja mais da metade do gasto total, como ocorre em outros países com sistemas universais de saúde.

Nessa perspectiva, é preciso uma reforma tributária justa, social e saudável, que desonere a produção e o consumo, ampliando a taxação sobre renda, patrimônio e riqueza de modo que respeite a capacidade contributiva baseada em tributar mais quem tiver mais patrimônio, renda, riqueza e ampliando a taxação de produtos nocivos à saúde. Isso será mais um fator decisivo para o crescimento e desenvolvimento econômico e social e para mitigar as externalidades causadas ao SUS.

ANEXO II

ORIENTAÇÕES PARA O PLANO PLURIANUAL 2024-2027 E PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2024-2027 A PARTIR DAS DIRETRIZES APROVADAS NA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DE 02 A 05 DE JULHO DE 2023

1. Defender o Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública, com financiamento adequado e suficiente para as ações e os serviços de saúde, fortalecendo a gestão compartilhada nas regiões de saúde, em conformidade com o perfil epidemiológico e as especificidades territoriais, inserida num projeto de nação, que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento do Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda pessoa cidadã, sem distinção, e os princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada.

2. Garantir o modelo de atenção integral a saúde, público, com financiamento adequado à população negra, às mulheres, homens, LGBTIA+, à pessoa idosa, adolescentes, crianças, pessoas com deficiência, com patologias, doenças crônicas, doenças raras, comunidades e povos tradicionais e população em situação de rua, por meio de ações intra e intersetoriais para promoção, prevenção, reabilitação, considerando as questões geográficas e territoriais.

3. Estruturar Redes de Atenção à Saúde integrais e resolutivas por Regiões de Saúde, ordenadas pela Atenção Básica (AB) em saúde e aos diferentes grupos populacionais em suas demandas e necessidades de saúde, com financiamento tripartite, qualificação do acesso e Educação Permanente, monitoradas pelo controle social em todos os níveis para a garantia dos direitos, da vida e da democracia.

4. Fortalecer o Estado Democrático de Direito e efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) universal e equânime, garantindo a execução do matriciamento eficaz e regular em toda a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ampliação da participação direta das pessoas usuárias da RAPS e construção de políticas públicas de saúde mental - no âmbito do Controle Social - sob as bases da ética do cuidado humano compartilhado em liberdade e da transparência do Estado, prezando pelo Bem-Viver e pela dignidade do povo brasileiro, em particular pela emancipação das pessoas em processo de sofrimento psíquico, e a inserção e valorização de profissionais das referidas áreas.

5. Orientar o SUS por paradigmas multiculturais desde a Atenção Básica, considerando a diversidade, as especificidades e as desigualdades que mantém grupos populacionais mais vulnerabilizados excluídos de seu direito à saúde, contemplando a pluralidade da população negra brasileira e reconhecendo suas dimensões de gênero, sexualidade, geração, patologia e deficiência, e implementando dispositivos concretos de indução da Política Nacional de Saúde da População Negra com ações macropolíticas (financiamento, regulação, monitoramento e avaliação) e micropolíticas (educação/formação, comunicação e mobilização).

6. Ampliar as formas de acesso à Atenção Básica (AB) em saúde e alcance das equipes desse nível de atenção, com AB protagonista, fortalecida e integrada à vigilância em saúde e à política de saúde bucal, com acesso não-presencial e horário estendido, por meio da incorporação de ferramentas digitais para comunicação não-presencial entre equipe e pessoas, fortalecimento da equipe multiprofissional, além do acesso facilitado e oportuno à vacinação em todos os ciclos de vida, e ações que promovam a comunicação e educação em saúde de modo intersetorial para o combate à desinformação e o incentivo à vacinação, para recuperar as altas coberturas vacinais.

7. Implementar a Política Nacional de Cuidados Paliativos, com garantia de financiamento, integrada à Rede de Atenção à Saúde, e como componente de cuidado na Atenção Básica em saúde, através da Estratégia de Saúde da Família.

8. Ampliar a articulação da rede de atendimentos da Atenção Básica promovendo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, incluindo a rede de atenção à saúde mental, álcool e drogas, com incentivo à capacitação profissional para o atendimento mais qualificado e humanizado, com a ampliação das equipes de saúde da família e apoio à rede de saúde mental.

9. Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde, para garantir o direito da população ao acesso a medicamentos, vacinas, equipamentos e produtos para a saúde, desenvolvendo políticas públicas voltadas à pesquisa, ao desenvolvimento e à produção, atendendo as necessidades do SUS, estabelecendo a cooperação técnica com universidades e centros de pesquisa, ampliando os laboratórios oficiais, promovendo educação continuada, pesquisa, produção, divulgação científica, desenvolvendo a competência tecnológica nacional, com a inserção e valorização de profissionais da área, além da equipe multiprofissional.

10. Aprimorar a Atenção e Vigilância em Saúde através de mecanismos de financiamento, implementação, monitoramento das ações e serviços de saúde com foco multidisciplinar ao usuário, considerando a diversidade de gênero, raça, deficiência, intergeracionalidade e as especificidades territoriais, visando a plena cobertura; fortalecer a vigilância em saúde com a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) visando a atuação oportuna e integrada na perspectiva da saúde única.

11. Garantir atenção em saúde às pessoas com sequelas e familiares de vítimas de Covid-19, com planejamento e destinação de recursos.

12. Considerar que os desafios da Saúde da Mulher perpassam a violência de gênero como um dos determinantes do adoecimento, e para seu enfrentamento deve haver combate permanente ao racismo, ao machismo, à misoginia, às desigualdades remuneratórias, dentre outros determinantes sociais do adoecimento e da morte prematura de mulheres, com o redesenho de políticas públicas de humanização para o atendimento multidisciplinar de todo o ciclo de vida feminino, incluindo o ciclo gravídico puerperal, com ampliação do acesso à profissional doula, e considerando as necessidades específicas daquelas que vivem em regiões remotas.

13. Resgatar o protagonismo do país na agenda sanitária internacional, na defesa da solidariedade e da equidade entre os povos e com foco na cooperação Sul-Sul, fortalecendo a integração das políticas e sistemas de vigilância em saúde, ambiente e trabalho dos países das Américas, considerando os processos de preparação e resposta às emergências em saúde pública (epidemiológicas, desastres e desassistência) e os impactos dos riscos ambientais e sociais à saúde.

14. Implementar o SUS através de serviços e servidores públicos, superando todas as formas de privatização na saúde (OS, OSCIP, PP, FEDP, EBSERH), com instituição de cronograma de ações para esse fim.

15. Valorizar e intensificar ações em defesa do SUS, do exercício pleno da democracia, da vida, da diversidade de realidades e da livre determinação das pessoas usuárias, através da mobilização social, combatendo qualquer iniciativa de privatização, terceirização e monetarização das ações e serviços públicos de saúde.

16. Garantir o fortalecimento da rede socioassistencial, a partir da integração entre os Sistemas SUS e SUAS, de forma integral, intersetorial, em articulação com os movimentos sociais, por meio de políticas sociais e econômicas, com infraestrutura assistencial em 100% de acesso e cobertura da AB, assistência social básica, gestão pública direta, humanização do cuidado, acolhimento e escuta qualificada.

17. Estruturação de uma Política Nacional de Comunicação Pública do Sistema Único de Saúde, consolidando-a como política de Estado, e inclusão no Plano Nacional de Saúde.

18. Fortalecer a comunicação estratégica, acessível, transversal, interfederativa e intersetorial com utilização de todos os meios de comunicação e mídias sociais para a difusão de informações sobre as práticas, serviços e políticas de saúde com linguagem acessível e estratégias políticas de disputa de narrativas construídas com base na educação popular em saúde, valorização da ciência e dos saberes tradicionais.

19. Resgatar a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), reinstalando a equipe técnica da Coordenação Geral de apoio

à Educação Popular em Saúde (EPS) no Ministério da Saúde, assim como o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde com composição atualizada e ampliada, a fim de garantir a participação da diversidade de movimentos e instituições que desenvolvem a práxis da educação popular no país.

20. Fortalecer as políticas públicas de imunização e investir em financiamento, recursos e sistemas de informação, para que o sistema de saúde brasileiro possa oferecer serviços de qualidade e acesso universal à saúde. Garantir a execução da integração das políticas e práticas da Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

21. Garantir o acesso à saúde integral da População em Situação de Rua a partir da expansão de equipes de Consultório na Rua e do atendimento humanizado e de qualidade em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária, com financiamento da saúde pública e estatal e capacitação de todas as pessoas trabalhadoras da saúde em atenção à saúde integral da população em situação de rua.

22. Instalar e implementar ouvidorias do SUS, com infraestrutura física, financeira, humana e tecnológica adequada, no âmbito dos serviços de saúde públicos e privados conveniados ao SUS.

23. Fortalecer o Controle Social do SUS, garantindo Educação Permanente, Educação Continuada e Educação Popular em Saúde, com designação orçamentária nas três esferas de governo.

24. Financiar e promover campanha educativa permanente dirigida a pessoas gestoras, trabalhadoras e usuárias do SUS, de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral LGBTIA+ em conformidade com a legislação vigente.

25. Desenvolver a capacitação profissional e expansão das unidades públicas de saúde da administração direta com o fortalecimento das pactuações regionais assegurando o financiamento do SUS de forma a alcançar sua sustentabilidade e fortalecer os processos de transparência no uso dos recursos públicos.

26. Reorganizar o SUS com planejamento intersetorial e ações transparentes, mapeando e qualificando a força de trabalho, promovendo a redução de déficits profissionais, ampliando o acesso aos serviços de saúde com qualidade e com critérios técnicos, com financiamento adequado nas três esferas de governo, promovendo acesso à assistência para todas as pessoas, com a capacidade de absorção em todos os níveis de atenção.

27. Garantir o financiamento adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do SUS, respeitando as diferenças regionais, o planejamento, o perfil epidemiológico, o demográfico e o socioeconômico, a partir do fortalecimento da Atenção Básica (AB) em saúde e do diagnóstico loco regional, a fim de induzir o planejamento, a regionalização, a construção de redes de atenção.

28. Revogar as regras fiscais que estabelecem teto das despesas primárias, especialmente desvinculando as despesas com ações e serviços públicos de saúde do teto de gastos da União, revisar o pacto federativo, garantindo e regulamentando critérios de transferências federais do Fundo Nacional de Saúde, que garanta maior parcela aos municípios, nos termos da LC 141/2012, inclusive para regulamentar a atualização dos valores e parâmetros de habilitação de novos serviços e reajustes periódicos da tabela SUS, com a ruptura com o subfinanciamento e a política de austeridade neoliberal, para responder às necessidades da população.

29. Aumentar o orçamento do SUS, duplicando os recursos com a soma dos investimentos de União, Estados e Municípios para totalizar o equivalente à 6% do Produto Interno Bruno (PIB) para a saúde pública, por meio da instituição de uma Política Econômica e Política Fiscal que promova a redução da taxa de juros, eleve o piso mínimo federal para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), progressivamente, inicialmente até o ano de 2027, para R$ 1.000,00 (um mil reais) per capita (a preços de 2021), levando em consideração as necessidades sociais em saúde, que eleve os tributos de produtos nocivos à saúde, de modo a possibilitar o crescimento e a retomada do desenvolvimento com justiça social e o fortalecimento das políticas sociais, em especial da seguridade social no país.

30. Realizar a reforma tributária que inclua a taxação equânime da renda, patrimônio e riqueza, e taxação de produtos nocivos à saúde, para fortalecer o SUS e também a Seguridade Social com fontes específicas de financiamento.

31. Ampliar a participação da União no gasto público em saúde, com reorganização do pacto federativo, para que o gasto público corresponda no mínimo a 60% do gasto total em saúde.

32. Garantir o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS) como uma política de Estado sistêmica e comprometida com as demandas da sociedade brasileira e com o tratamento isonômico entre diferentes atores-atrizes envolvidas, a fim de garantir o acesso universal, equânime e integral a tecnologias que aumentem a qualidade de vida das pessoas e assegurem o desenvolvimento produtivo e de inovação no país, para redução da dependência tecnológica, com a participação dos diferentes atores envolvidos na construção do CEIS, de modo a assegurar respeito aos princípios democráticos que regem o SUS.

33. Reafirmar o Controle Social como instância fiscalizadora e deliberativa de políticas públicas e serviços básicos na área social e do SUS, com implementação de conselhos locais e garantia do/a usuário/a no centro do cuidado em saúde e na formulação de políticas públicas, de forma ampla e especializada, visando a reconstrução nacional com democracia, participação popular e social e transparência como fundamentos em todos os atos de gestão nas três esferas de governo, incorporando o contexto da saúde digital brasileira.

34. Construir articulação e mobilização intersetorial e multidisciplinar entre o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais de Saúde, visando a integração, ensino, serviços e comunidades para monitoramento e interlocução das políticas públicas de saúde.

35. Fomentar a representatividade da população negra nos espaços de participação e Controle Social, para desenvolvimento de estratégias de informação e comunicação, com garantia de recursos financeiros, capacitação, formação continuada, educação popular e educação permanente para implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

36. Articular a criação do Fórum Nacional Temático da Covid-19 por reparação, responsabilização e memória da Covid-19, visando o fortalecimento dos Fóruns Temáticos da Covid-19, como arranjo institucional entre movimentos sociais e representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, bem como, dos Ministérios da Saúde, da Justiça e Segurança Pública, de Direitos Humanos e Cidadania e a Secretaria-Geral da Presidência da República.

37. Fortalecer o Controle Social nas pautas coletivas através de fóruns, redes, movimentos sociais, povos, populações e comunidades tradicionais, como forma de monitorar e garantir o acesso à saúde digna e plural, ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), e a qualidade de vida, considerando a diversidade de gênero, etino racial e geográfica dos territórios.

38. Estruturar de forma transversal as políticas de saúde, reconhecendo a interseccionalidade dos Determinantes Sociais de Saúde, com especial atenção à raça, identidade de gênero, intergeracionalidade, sexualidade, classe social, povos indígenas e comunidades tradicionais, pessoas com deficiência, populações do campo, florestas, água, cerrado e cidades, que impactam desigualmente em seus modos de vida e trabalho, como orientadora das políticas, estratégias, ações e serviços do SUS, tendo como princípios a defesa da democracia, sustentabilidade do ambiente e a equidade.

39. Estabelecer políticas públicas, intersetoriais e transversais, voltadas para o cuidado humanizado e integral, reconhecendo e atuando na sobreposição de exclusões que incidem sobre as populações vulnerabilizadas, negras, em situação de rua, mulheres, quilombolas, indígenas, LGBTIA+, populações do campo, das águas e da floresta, população de baixa renda, pessoas com deficiência, pessoas com patologias, pessoas com doenças crônicas, pessoas com doenças raras, pessoas neurodivergentes, pessoas idosas, respeitando as especificidades das suas demandas e o princípio da equidade, em especial aquelas pessoas afetadas pela pandemia.

40. Enfrentar o racismo, a intolerância religiosa, o patriarcado, a LGBTIA+fobia, o capacitismo, a aporofobia, a violência aos povos indígenas e todas as formas de violência e aniquilação do/a outro/a.

41. Efetivar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, considerando os atravessamentos do racismo estrutural visando a construção do Estado-Nação antirracista ao enfrentar políticas públicas neoliberais, tais como abertura do SUS à exploração pelo capital estrangeiro, conforme o Art. nº 142 da Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

42. Implementar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Quilombola em âmbito federal, estadual e municipal, de modo a observar as especificidades em saúde da população quilombola, respeitando e valorizando os saberes e práticas de cuidado em saúde da medicina tradicional e ancestral quilombola, promovendo a equidade em saúde e garantindo a sua implementação, avaliação e monitoramento.

43. Ampliar o acesso da população quilombola à saúde nos três níveis de atenção, com foco prioritário à Atenção Básica de base territorial adentrando as comunidades quilombolas e respeitando seus saberes e práticas de saúde ancestrais e tradicionais da medicina quilombola, com um novo modelo de saúde que seja antirracista e considere as especificidades da saúde quilombola, estabelecendo arranjos de políticas públicas, intersetoriais e transversais, voltados para o cuidado integral das pessoas afetadas pela pandemia, reconhecendo e atuando na sobreposição de exclusões que incidiram sobre as populações.

44. Atualizar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT para LGBTIA+ e definir as linhas de cuidado, em todos os ciclos de vida, contemplando os diversos corpos, práticas, existências, as questões de raça, etnia, classe, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência, pessoas intersexo, assexuais, pansexuais e não binárias, população em restrição de liberdade, em situação de rua, de forma transversal, e integração da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; revisão da cartilha de pessoas trans, caderneta de gestante, pré-natal, com foco não binário; com a garantia de acesso e acompanhamento da hormonioterapia em populações de pessoas travestis e transgêneras, pesquisas, atualização dos protocolos e redução da idade de início de hormonização para 14 anos.

45. 45.Garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres, meninas e pessoas que podem gestar tendo por base a justiça reprodutiva e atenção à saúde segundo os princípios do SUS, considerando os direitos das pessoas que menstruam e daquelas que estão na menopausa e em transição de gênero, tendo em conta, no sistema de saúde, a equidade, igualdade com interseccionalidade de gênero, raça/etnia, deficiência, lugar social e outras.

46. (Re)conhecer as manifestações da cultura popular dos povos tradicionais de matriz africana e as Unidades Territoriais Tradicionais de Matriz Africana (terreiros, terreiras, barracões, casas de religião, etc.) como equipamentos promotores de saúde e cura complementares do SUS, no processo de promoção da saúde e 1ª porta de entrada para os que mais precisavam e de espaço de cura para o desequilíbrio mental, psíquico, social, alimentar e com isso respeitar as complexidades inerentes às culturas e povos tradicionais de matriz africana, na busca da preservação, instrumentos esses previstos na política de saúde pública, combate ao racismo, à violação de direitos, à discriminação religiosa, dentre outras.

47. Fortalecer o protagonismo popular nos territórios do SUS na perspectiva da promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis, contribuindo com o planejamento participativo, estratégico e ascendente em saúde, com diagnósticos participativos de base comunitária, visando a identificação e a superação de vulnerabilidades sanitárias, socioeconômicas e ambientais.

48. Combater o *idadismo estrutural*, a violência contra a pessoa idosa, as desigualdades, a invisibilidade dos segmentos mais vulnerabilizados e promover a intergeracionalidade, visando garantir o direito a envelhecer para todas as pessoas.

49. Garantir a intersetorialidade nas ações de saúde para o combate às desigualdades estruturais e históricas, com a ampliação de políticas sociais e de transferência de renda, com a legalização do aborto e a legalização da maconha no Brasil.

50. Criar a Carreira Única Interfederativa, com financiamento tripartite, piso salarial nacional para todas as categorias profissionais, com contratação exclusiva por concurso público, combate à terceirização, valorização das pessoas trabalhadoras da saúde e priorização das que trabalham no território, ampliação das políticas de educação permanente, atendendo as reais necessidades da população brasileira.

51. Fomentar o trabalho decente e a desprecarização de vínculos trabalhistas para profissionais do SUS, incluindo profissionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), por meio do fortalecimento e integração ensino-serviço-comunidade e o controle social no SUS, dialogando com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) de acordo com a Portaria GM/MS nº1.823/2012.

52. Fortalecer a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria GM/MS n° 1823/2012), superando os conflitos, contradições e relações de poder que permeiam a organização da produção e o processo de trabalho, com promoção, proteção e atuação na reabilitação da saúde de trabalhadores e trabalhadoras, em articulação com a Política Nacional de Vigilância em Saúde, em todos os níveis de atenção à saúde, tendo a Atenção Básica como porta de entrada do serviço e em diálogo com a Rede Nacional de Atenção à Saúde dos(as) trabalhadores(as) (RENAST), envolvendo a participação dos(as) trabalhadores (as), para criar condições para proteger efetivamente a saúde dos que sustentam o nosso país.

53. Adotar e potencializar a educação permanente em saúde como política pública estruturante do desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores, como proposta pedagógica para a formação e como estratégia para a integração ensino-serviço na saúde, incorporando-se as dimensões do quadrilátero da formação (educação, atenção, gestão e participação) e o contexto das diversidades territoriais e humanas na construção de todos os projetos educativos em implicação com o SUS.

54. Desenvolver estratégias para a formação multiprofissional em saúde, prioritariamente em regiões de vazio assistencial e de maior vulnerabilidade, garantindo mecanismos promotores para a fixação destes no SUS e nas próprias regiões.

55. Valorizar as residências em área profissional da saúde como parte das políticas inclusivas, seja pela garantia de acesso e permanência de residentes por sistema de reserva de vagas, seja pelo enriquecimento curricular segundo incorporação das políticas de saúde de enfrentamento das iniquidades e de respeito à diversidade humana, assim como assumir a formação por meio das residências como parte da carreira no sistema sanitário nacional e na construção de respostas à resolutividade assistencial, acolhimento universal e cidadania em saúde.

56. Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estruturando uma rede de ensino-serviço-comunidade capaz de induzir a formação de trabalhadores e trabalhadoras contextualizada com a realidade e diretrizes do SUS, contemplando a interiorização da formação, provimento e fixação de trabalhadores e trabalhadoras em áreas remotas e sujeitas à vulnerabilização social.

57. Fortalecer e ampliar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, como expressão do direito humano à saúde e democratização das estratégias de atenção.

58. Concretizar a saúde digital com caráter público e financiamento, reforçando a garantia do fortalecimento dos níveis de atenção em saúde a partir da incorporação de tecnologias digitais ao SUS.

59. Efetivar o Modelo Biopsicossocial da Deficiência na Saúde por meio de: regulamentação, implementação e participação do SUS na aplicação do instrumento de avaliação biopsicossocial da deficiência; atualizar as diretrizes curriculares de cursos da área da saúde e incluir na Educação Permanente em Saúde a perspectiva de direitos humanos, incluindo o modelo social da deficiência; garantir a participação e a representação da população com deficiência na construção e efetivação de políticas públicas de saúde; combater o capacitismo na saúde; e atuar no reconhecimento do direito das pessoas com deficiência à atenção à saúde integral, de qualidade e humanizada nas ações e políticas universais de saúde.

3.4 Atos normativos preparatórios

Artigos das Leis Orgânicas da Saúde

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 7º, inciso VIII participação da comunidade

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Art. 1° O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

1ª Conferência de Saúde; e 2º Conselho de Saúde;

§ 1° A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 4° A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5° As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012,

determina a obrigatoriedade de que os Conselhos de Saúde, entre outras atribuições, deliberem sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na definição dos planos plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

3.5 Decreto Nº 11576/2023 - Convoca a 17ª Conferência Nacional de Saúde

DECRETO Nº 11.576, DE 27 DE JUNHO DE 2023

Convoca a etapa nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, **caput**, inciso VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 1º, § 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990,

DECRETA

Art. 1º Fica convocada a etapa nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”, no período de 2 a 5 de julho de 2023.

Parágrafo único. A 17ª Conferência Nacional de Saúde compõe-se das etapas municipal, estadual, distrital e nacional, em conformidade com o disposto nos incisos I, II e III do **caput** do art. 3º da Resolução nº 664, de 5 de outubro de 2021, e nos incisos I, II e III do **caput** do art. 7º da Resolução nº 680, de 5 de agosto de 2022, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 2º Incumbe ao Presidente do Conselho Nacional de Saúde a coordenação da etapa nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde, a qual será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde ou, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 3º O regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde é o aprovado pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução nº 680, de 2022, do Conselho Nacional de Saúde, e homologado pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 4º As despesas com a organização e com a realização da etapa nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de junho de 2023; 202º da Independência e 135º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Nísia Verônica Trindade Lima

3.6 Documento Orientador de apoio aos debates

Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia –Amanhã vai ser outro dia

APRESENTAÇÃO

“Todas as manhãs junto ao nascente dia
ouço a minha voz-banzo, âncora dos navios de nossa memória.
E acredito, acredito sim que os nossos sonhos protegidos
pelos lençóis da noite ao se abrirem um a um
no varal de um novo tempo escorrem as nossas lágrimas fertilizando toda a terra
onde negras sementes resistem reamanhecendo esperanças em nós”.

(Poemas da recordação e outros movimentos, Conceição Evaristo[1])

As conferências de saúde produzem novas manhãs para a democracia e para a vida das pessoas. A realização, a cada quatro anos, de uma conferência nacional de saúde caracteriza-se como um momento ímpar para mobilizar e estabelecer diálogos com a sociedade brasileira acerca das necessidades e prioridades para cada território, da saúde como direito e em defesa do SUS. Além de aprofundar o debate sobre as possibilidades sociais e políticas para barrar os retrocessos no campo dos direitos sociais, em especial as que incidem sobre o setor saúde, e a necessidade da democratização do Estado,

1 Maria da Conceição Evaristo de Brito (29 de novembro de 1946) é uma escritora brasileira, autora de poemas, contos e romances. Militante e ativista do movimento negro, a sua obra reflete sobre o panorama social, sobretudo as discriminações raciais, de classe e de gênero.

Vale resgatar que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), cuja etapa nacional aconteceu de 4 a 7 de agosto de 2019, contemplou diversas temáticas relacionadas ao setor saúde e em diferentes dimensões (políticas, econômicas, socioculturais, etc.) para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). Fortaleceu a compreensão da saúde e da democracia como pilares fundamentais do projeto de desenvolvimento nacional e da qualidade de vida da população brasileira, e aprovou um conjunto de proposições e reivindicações[2], destacando-se:

- Garantir a democracia e saúde como direitos de cidadania, imprescindíveis à qualidade de vida, liberdade de expressão e participação, ao lado dos demais direitos sociais para consolidar e fortalecer o SUS como política pública, projeto de Nação e fator de desenvolvimento, fortalecendo seu caráter público, com equidade, universalidade e integralidade para assegurar resolutividade da atenção à saúde, estruturada de forma regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com a participação popular;

- Assegurar o direito constitucional da Seguridade Social[3] e o financiamento adequado, transparente e suficiente, com sustentabilidade orçamentária do SUS;

- Garantir a participação da comunidade, com efetivo controle social, especialmente o fortalecimento e aperfeiçoamento dos conselhos de saúde, de modo a garantir a transparência, a lisura e integridade na gestão pública e melhorar a relação entre a sociedade e os gestores, respeitando seu caráter deliberativo.

Passados três anos, o Conselho Nacional de Saúde, avaliando o ambiente de crise sanitária, humanitária e política e de ataques à democracia, à vida, aos direitos fundamentais e ao SUS vivenciado no país, aprovou a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS).

Além da reafirmação do conjunto das propostas aprovadas na 16ª CNS em torno da democracia e saúde e do fortalecimento e financiamento adequados do SUS, a 17ª CNS aponta a importância e a necessidade de colocar no centro dos debates o tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”, para que o povo brasileiro possa retomar o valor da vida e do trabalho. Os direitos e a saúde das pessoas, em cada território, necessitam do ar puro de um novo dia, que permita superar a asfixia que vivemos nos últimos anos. Precisamos avançar e esse avanço depende da participação social, o que faremos com responsabilidade e inspiração.

“Você que inventou a tristeza; ora tenha a fineza; de reinventar;
você vai pagar é dobrado; cada lágrima rolada; nesse meu pesar”.
[...]
Amanhã há de ser
Outro dia
(Apesar de você Canção de Chico Buarque[4])

Este documento orientador tem por finalidade estimular e contribuir com os amplos diálogos que acontecerão na sociedade ao longo de todo o processo da 17ª CNS. Reúne as reflexões, os desafios e as perspectivas acumuladas no âmbito do controle social, organizadas em quatro eixos, a saber:

I. O Brasil que temos. O Brasil que queremos;

II. O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;

III. Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia;

IV. Amanhã será outro dia para todos, todas e todes.

2 Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde - https://editora.redeunida.org.br/project/16a-conferencia- nacional-de-saude-relatorio-final/
3 Conforme o caput do art. 194 da Constituição Brasileira de 1988, a Seguridade Social engloba o tripé: saúde, assistência social e previdência social - https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

4 Francisco Buarque de Hollanda, mais conhecido como Chico Buarque, é um músico, dramaturgo, escritor e ator brasileiro. É conhecido por ser um dos maiores nomes da música popular brasileira.

O BRASIL QUE TEMOS. O BRASIL QUE QUEREMOS

Na esteira de Paulo Freire, que nos ensinou que *"(...) Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje (...). Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos"*[5], para que possamos fazer novas manhãs do ***Brasil que queremos,*** é ***fundamental traçar*** um panorama do ***Brasil que temos***, e entendermos de quem são as responsabilidades pelo esfacelamento dos compromissos institucionais, imposto ao país, particularmente nos últimos quatro anos.

O Brasil que temos é o pais que, desde o golpe de 2016, abriu os caminhos para que os resultados das eleições presidenciais de 2018, capitaneada por uma personalidade autoritária, submetessem o país às crises do capitalismo e da civilidade; aos ataques à democracia; ao aumento da pobreza, do adoecimento, dos sérios riscos para as mulheres, com destaque para as mulheres negras, para as populações LGBTQiA+, para as pessoas com deficiência e para as pessoas em situação de rua; ao desmonte radical da seguridade social; à exploração e degradação da vida de trabalhadores (as) do campo, das cidades e das florestas; à dilapidação dos ecossistemas e das instituições de combate a crimes contra o meio ambiente; ao desrespeito aos direitos, perseguição e criminalização dos povos indígenas, quilombolas e ribeirinhos, frutos da política econômica implementada e aprofundada com o contexto da pandemia e com as equivocadas estratégias para o seu enfrentamento.

5 Poema de Paulo Freire (2) - Pensador

"Quem inventou a fome são os que comem.
Ah, comigo o mundo vai modificar-se.
Não gosto do mundo como ele é".
(Carolina Maria de Jesus[6])

Brasil que temos desde meados de 2016 é o país:

- Da perseguição a movimentos e organizações sociais;
- Do aumento do contingente de pessoas em situação de pobreza extrema e em situação de rua, da fome, da insegurança alimentar, da inflação dos preços dos alimentos, do desemprego e da falta de moradia como mostram diversas pesquisas[7]. Há de se registar que por trás da fome, temos o flagelo sobre as crianças, sobre as mulheres, sobre a população negra, sobre os idosos e sobre as pessoas com deficiência.

> Segundo dados da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Penssan) no fim de 2020, a insegurança alimentar grave afetava 9% da população, ou seja, 19 milhões de pessoas. No fim de 2021, 19,1 milhões de brasileiros/as conviviam com a fome. Em 2022, são 33,1 milhões de pessoas sem ter o que comer (insegurança alimentar grave). A continuidade do desmonte de políticas públicas iniciado em 2016, a piora na crise econômica, o aumento das desigualdades sociais e o segundo ano da pandemia da Covid-19 mantiveram mais da metade (58,7%) – 125,2 milhões da população brasileira com algum grau de insegurança alimentar (leve, moderada, grave), nos mais variados níveis de gravidade.

- Do agravamento das desigualdades que levam à miséria dos grupos sociais e regiões historicamente mais afetados, que haviam sido minimamente equalizadas no período anterior;

6 Escritora brasileira, Carolina Maria de Jesus é autora do livro Quarto de Despejo, entre outras obras. Sua história de vida, relatada no livro-diário, é repleta de luta, superação e sofrimento - tratava-se de uma mulher, negra e favelada no Brasil do século XX.

7 Conforme dados da pesquisa divulgada em: https://portal.fgv.br/noticias/brasil-atinge-novo-recorde-brasileiros-sem-condicoes-se-alimentar-mostra-pesquisa; https://www.cartacapital.com.br/sociedade/fome-cresce-no-brasil- e-atinge-331-milhoes-de-pessoas-em-2022/ e https://olheparaafome.com.br/wp- content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf

Vale aqui uma consideração importante sobre o impacto dos desmonte sobre as mulheres

Além de penalizar os mais pobres, a escolha da condução política é asfixiar ainda mais as mulheres. Grande contingente de mulheres chefes de família que perderam seus empregos, suas casas e que hoje não sabem como dar de comer para suas crianças. Toda vez que o país, o mundo, ou uma sociedade, estão passando por alguma dificuldade, as primeiras a serem afetadas são as mulheres, apesar de serem elas a carregar a sociedade. A política econômica também se presta à violência de gênero, que transborda das falas e comportamentos de autoridades públicas e fica evidente nas consequências da configuração das políticas.

[...]O pobre povo brasileiro
Não tem, não tem, não tem dinheiro.
O ouro veio do estrangeiro.
Mas ninguém vê o tal cruzeiro!
(Seu Doutor - Eduardo Souto - Ano 1929[8])

- Do agravamento dos abismos entre pobreza e riqueza: se de um lado a pobreza econômica aumentou[9] e os direitos dos/as brasileiros/as diminuíram, de outro o acúmulo de renda e capital foi estrondoso nesses últimos anos, inclusive no período da pandemia;

“Onde o rico cada vez fica mais rico
E o pobre cada vez fica mais pobre
E o motivo todo mundo já conhece
É que o de cima sobe e o de baixo desce
E o motivo todo mundo já conhece
E que o de cima sobe e o de baixo desce”
(Xibom Bombom, As Meninas[10])

8 A marchinha de Eduardo Souto foi composta para a revista teatral “Que buraco, seu Luís”, de Gastão Tojeiro, encenada em 1928. Mas fez sucesso mesmo foi no carnaval do ano seguinte, numa gravação de Francisco Alves. Ela tem um claro viés de crítica ao governo, abordando as dificuldades econômicas que o país enfrentava, agravadas pelo “crash” de 1929, e os sucessivos adiamentos na implantação da reforma monetária.
9 https://www.brasildefatopr.com.br/2021/12/17/o-ano-da-fila-do-osso-economia-naufraga-e-fome-volta-a-assolar--brasileiros
10 Composição de Manolo Dias / Rogerio Gaspar / W. Rangel Wesley Rangel interpretada por “As Meninas” que foi um grupo musical brasileiro formado em 1997 originalmente por Carla Cristina (vocais), Angélica e Cybele (backing vocals), Jujuba e Ratinha (saxofone), Titi e Dilmara (percussão) e Fernanda (guitarra).

“Lucrar com a dor”: Oxfam[11] lança relatório sobre riqueza acumulada na pandemia[12]

De acordo com dados da Forbes[13], desde 2020 existem mais 573 multimilionários, perfazendo atualmente um total de 2.668. Se em 2000 a sua riqueza correspondia a 4,4% do PIB global, agora representa 13,9%. Os 10 homens mais ricos detêm uma riqueza maior do que os 40% da população mundial mais pobre e os 20 mais ricos totalizam uma fortuna maior do que o PIB de uma das regiões da África

- Do desvio de fatias do orçamento público para o rentismo, ou seja, para os que vivem de rendas.

O orçamento federal destina mais de 50% para o pagamento da dívida externa (conforme demonstrado no gráfico) em detrimento da aplicação em políticas públicas para a população brasileira. A condução política tem escolhido premiar os credores e punir a população, que produz o orçamento público com seus impostos e contribuições[14]

- Dos ataques contra a educação e contra a ciência e tecnologia que, aliados à fome e à miséria, asfixiam tanto o direito de acesso ao ensino por parte da maioria população, quanto a produção de conhecimentos críticos e oportunos ao desenvolvimento social e ao desenvolvimento científico e tecnológico nacional e autônomo do país, além de impedirem a geração de empregos e renda para o povo brasileiro;

11 A Oxfam Brasil é uma organização da sociedade civil brasileira, sem fins lucrativos e independente, criada em 2014 para a construção de um Brasil com mais justiça e menos desigualdades
12 Conforme dados publicados em: https://www.dmtemdebate.com.br/lucrar-com-a-dor-oxfam-lanca-relatorio- sobre--riqueza-acumulada-na-pandemia/
13 Forbes é uma revista de negócios e economia
14 Conforme noticiado em: https://piaui.folha.uol.com.br/materia/farra-ilimitada/

Cortes drásticos dos recursos de manutenção e investimento nas universidades públicas Redução significativa dos recursos destinados à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico; Perseguição à servidores e servidoras públicos;

Combate à democratização do acesso e da permanência de estudantes com diversidades raciais, étnicas, territoriais e econômicas;

Destruição da autonomia das universidades com ações de intervenção, esses ataques.

- Do desfinanciamento da Saúde agravado com a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95), que congelou os gastos da União com despesas primárias por 20 anos, ferindo o núcleo essencial do direito que é a garantia de recursos orçamentários para a sua sustentabilidade;

- Do desmonte da Atenção Básica à Saúde (AB ou APS);

Portaria nº 2.436, de 21/09/2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) segmentando o cuidado, reconfigurando as Equipes de Saúde da Família e colocando ênfase nas ações curativas; Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil e que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS;

Resolução nº 95/2019 do Conselho do Programa de parceira de Investimentos (PPI), que opina e incentiva o fomento privado à Atenção Primária à Saúde Decreto nº 10.283/2020, que institui a ADAPS[15].

- Do não investimento na Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, cujo fortalecimento é essencial para o desenvolvimento nacional e para as respostas às necessidades de saúde da população, e da fragilização da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, impondo dificuldades de acesso a muitos medicamentos, sobretudo para as pessoas com doenças crônicas[16].

15 Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), serviço social autônomo de natureza jurídica de direito privado que foi autorizada pelo Executivo Federal a receber recursos públicos para executar políticas de desenvolvimento na Atenção Primária à Saúde

16 Conforme noticiado em: https://www.metropoles.com/saude/doencas-raras-falta-de-remedios-no-sus-provoca- espera-angustiante

- Da ausência de estratégias para a implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e da fragilização do Programa Nacional de Imunizações (PNI), reconhecido até então como modelo mundial, reduzindo os indicadores de vacinação[17] e expondo a população brasileira a uma ainda maior carga de doenças e à volta de doenças já controladas;

- Da paralisação das linhas de cuidados para diversas populações com doenças raras, doenças crônicas e de patologias, principalmente das doenças negligenciadas que são consideradas endêmicas;

- Da discriminação nos tratamentos da hanseníase e tuberculose;

- Do aumento da infecção por HIV-Aids;

- Da falta de acesso a medicamentos e demais tratamentos no tempo adequado, violências, fome e acidentes de trabalho, por exemplo, impondo às pessoas impedimentos funcionais e, a partir deles, a deficiência;

- Da negligência com a implementação das da Política Integral de Saúde da População Negra, impactando negativamente nos resultados da pandemia, sindemia e de endemias para essa população.

- Do desmonte da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres (PNAISM).

17 Conforme noticiado em: https://butantan.gov.br/noticias/queda-nas-taxas-de-vacinacao-no-brasil-ameaca-a-saude- das-criancas e https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2022/07/menores-de-12-anos-pagaram-com-vida- por-atraso-nas-vacinas-diz-epidemiologista/

Iniciativas de desmonte da PNAISM

Portaria MS nº 715/2022 que cria a Rede de Cuidados na Assistência Materno-Infantil (RAMI), reduzindo a mulher ao seu período reprodutivo;

6ª edição da Caderneta da Gestante que fere as leis nº 12.984/2014 e nº 14.289/2022, especialmente quanto ao sigilo sorológico de gestantes e puérperas expostas ao HIV; exclui as parceiras no acompanhamento do parto das mulheres lésbicas; incentiva a episiotomia e a manobra de Kristeller, incentiva o parto cesáreo e a utilização de amamentação como método contraceptivo, além de não prever um plano de parto.

- Do ataque à Política Nacional de Saúde Mental e à Rede de Atenção Psicossocial (Raps), impondo um duro ataque às conquistas do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e ao princípio do tratamento em liberdade para todas as pessoas;

A Portaria GM/MS nº 596, de 22/03/2022 e o Edital Nº 03 que promovem o desfinanciamento dos Serviços de Atenção Psicossocial, em afronta a Lei Nº 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

- Do desrespeito à Agenda 2030[18]. O Brasil, apesar de ter assumido um compromisso similar ainda em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, está hoje entre os países que mais se distanciam da Agenda 2030".

18 Disponível em: https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2021/07/por_rl_2021_completo_vs_03_lowres.pdf

A quinta edição do Relatório Luz da Sociedade Civil sobre a Agenda 2030 revela que, no Brasil, "a destruição de direitos sociais, ambientais e econômicos, além de direitos civis e políticos, arduamente construídos nas últimas décadas, fica patente nas 92 metas (54,4%) em retrocesso; 27 (16%) estagnadas; 21 (12,4%) ameaçadas; 13 (7,7%) em progresso insuficiente; e 15 (8,9%) que não dispõem de informação". Ainda, de acordo com o documento, no ano de 2021 "não há uma meta sequer com avanço satisfatório".

- Da flexibilização do uso de armas de fogo que expande os níveis de violência e sobrecarrega a saúde pública.

Ferimentos com armas de fogo custam R$ 190 milhões ao SUS em 4 anos[19]

"Nos últimos 4 anos, com normas menos rígidas para o acesso a armamentos em vigor, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou R$191,33 milhões com atendimentos de pessoas baleadas, segundo levantamento feito pelo Ministério da Saúde. Os custos incluem R$190,59 milhões com 92.668 internações entre 2015 e 2018 e R$ 742,32 mil com 16.325 atendimentos ambulatoriais no mesmo período. Uma mesma pessoa pode ter sido atendida mais de uma vez"

- Dos ataques ao direito de acesso da população às informações fundamentais com o total silêncio e irresponsabilidade sanitária diante da indisponibilidade das plataformas de tratamento de dados, do risco do vazamento de dados, bem como do desaparecimento de registros estratégicos no atendimento integral à cidadã e ao cidadão brasileiro;

- Do descaso com a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde;

19 Conforme noticiado em: http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/45316

Conforme o Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Novo Coronavírus - Covid19, semana epidemiológica 24, período de 12 a 18/06/2022[20], dos 268 casos notificados de SRAG hospitalizados em profissionais de saúde, 54 (20,1%) evoluíram para óbito, a maioria (46; 85,2%) por covid-19. Dos óbitos por SRAG confirmados por covid-19, as categorias profissionais que se destacaram foram a dos técnicos ou auxiliares de enfermagem (11 registros; 23,9%), odontologista (10 registros; 21,7%), farmacêutico (3 registros; 6,52%) e cuidador de idosos e atendente de farmácia (4 registros; 8,7%) até a semana epidemiológica 24. Entre os óbitos de SRAG por covid-19 em profissionais de saúde, 23 (50,0%) são indivíduos do sexo feminino.

- Da flexibilização e ataques aos direitos dos trabalhadores e trabalhadoras.

Por longos meses, se quer Equipamentos para a Proteção Individual (EPI's) tinham disponíveis para uso para as trabalhadoras e trabalhadores.

O reajuste salarial ou mesmo de vale alimentação foram banidos por previsões na Lei complementar nº 173 e mesmo na Lei Orçamentária, em nome da economia.

respeito aos que promovem a saúde, flexibilizou direitos e esvaziou os sindicatos, retirando suas arrecadações financeiras, o cenário é desolador e assustador.

A aceleração da revisão das normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho, retiram, ainda mais, direitos e cuidados à classe trabalhadora

Extinção da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (Decreto nº 9759/2019).

A PEC nº 32/2020 (Reforma Administrativa), de autoria do poder executivo, incentiva a agenda privatista com a ampliação indiscriminada das terceirizações, contratações temporárias e de pessoas jurídicas ameaçando o caráter republicano dos serviços públicos no Brasil.

20 https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid- 19/2022/boletim-epidemiologico-no-118-boletim-coe-coronavirus.pdf/view

O Brasil que queremos é o país retratado pela Banda Scritura:

O Brasil Que Eu Quero

O Brasil que eu quero / é que tenha emprego / isso é direito da população!
O Brasil que eu quero/é que todos tenham/o mesmo direito a educação!
O Brasil que eu quero / é que a sociedade / um dia pare com a corrupção!

O Brasil que eu quero / é sem desigualdade / que não tenha mais discriminação!

Não adianta fugir / Pois o país é feito por nós!
Então vamos insistir / até ouvir a nossa voz!

O Brasil que eu quero / é com segurança / sem violência e exterminação!
O Brasil que eu quero / é com liberdade / e que a vida tenha valorização!

O Brasil que eu quero / é que nosso governo tenha mais respeito com o cidadão!
O Brasil que eu quero / é que a gente lute / para se tornar / uma grande nação!!!

Então vamos insistir / até ouvir a nossa voz!
(Banda Scritura[21])

Desde 2018, o Estado tem se afastado dos seus deveres constitucionais, por meio do desmonte da democracia e da participação popular, agravando as desigualdades, impondo a perda de direitos e adoecendo as pessoas. **O Brasil necessita de um amplo processo de reconstrução nacional na perspectiva de construir um "Amanhã" com a garantia de Direitos, com o SUS fortalecido, o respeito à Vida e à Democracia e à institucionalidade definida constitucionalmente.**

Assim a 17ª CNS caracteriza-se como instrumento da luta de resistência e de reconstrução do Brasil que queremos. Um país no qual o Estado esteja voltado para a garantia dos direitos do seu povo e promova o desenvolvimento da nação.

21 Banda Scritura é uma banda de escritores que iniciou seus trabalhos em meados de 1999. Atualmente a banda lançou seu trabalho "O Brasil que eu quero!", uma volta como origens com músicas de crítica social e poesia.

Vamos construir uma ponte
Sejam bem-vindos a essa ação
Aqui a mão de obra é firme
Feita de luta e coração[22]

O Brasil que queremos é um país de justiça social, de inclusão, de democracia, de liberdade e de um SUS forte. O modelo econômico que impõe a exclusão e que privilegia o lucro é antagônico à saúde que queremos. O modelo econômico predatório, que destrói a natureza e a vida para a acumulação de lucros, não produz saúde.

O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS PARA SALVAR VIDAS

Mas não sou eu só
Não somos dez, cem ou mil

Que brilharemos no palco da História.
Seremos milhões, unidos como cardume
E não precisaremos mais sair pelo mundo
Embebedados pelo sufoco do massacre
A chorar e derramar preciosas lágrimas
Por quem não nos tem respeito.

A migração nos bate à porta
As contradições nos envolvem
As carências nos encaram

22 Cordel a ponte do SUS https://redehumanizasus.net/96170-cordel-a-ponte-do-sus/

Como se batessem na nossa cara a toda hora.
Mas a consciência se levanta a cada murro
E nos tornamos secos como o agreste

Mas não perdemos o amor.
Porque temos o coração pulsando
Jorrando sangue pelos quatro cantos do universo.
(Identidade indígena, Eliana Potiguara[23])

Uma contextualização da pandemia da Covid-19 no Brasil

A pandemia desnudou a crise global do capitalismo, seu impacto no aprofundamento das desigualdades e injustiças sociais, e, com ela, necessitamos recolocar no centro dos debates os desafios para que a população tenha garantido o acesso à serviços de saúde como direito social. A pandemia mostrou que, como numa tempestade, navegamos em barcos distintos, que potencializam a iniquidade. Sem políticas sociais para a produção de equidade, há iniquidade; essa é uma equação conhecida[24].

Em âmbito nacional, a falta de articulação intersetorial, o desfinanciamento do SUS, o desmonte da Atenção Básica à Saúde, e a sua dissociação com Vigilância em Saúde, e a ausência de uma política de testagem massiva tiveram impacto negativo no desenvolvimento da pandemia no Brasil.

Milhares de vidas perdidas que poderiam ter sido evitadas[25] preservadas se o país tivesse adotado ações adequadas e coordenadas em âmbito nacional. Se não fossem as estratégias de deixar que as pessoas adoecessem e morressem para alcançar uma suposta "imunidade coletiva", sem vacinas suficientes, com a distribuição de medicamentos sem eficácia para tratar a Covid-19, pelo menos 400 mil, das mais de 660 mil vidas perdidas até junho de

23 Eliane Lima dos Santos, conhecida por Eliane Potiguara, é uma professora, escritora, ativista e empreendedora indígena brasileira. Fundadora da Rede Grumin de Mulheres Indígenas. Foi uma das 52 brasileiras indicadas para o projeto internacional "Mil Mulheres para o Prêmio Nobel da Paz"
24 Conforme noticiado em: https://www.brasildefato.com.br/2020/08/18/covid-mata-mais-entre-trabalhadores-que-dependem-do-transporte-coletivo
25 Conforme noticiado em: https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/2021/10/brasil-ultrapassa-600-mil-mortes-covid-muitos-evitaveis/

2022, poderiam ter sido poupadas. Sem contar com a geração dos órfãos da Covid-19 e das repercussões decorrentes da doença que são desafios para o SUS[26]. A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da COVID-19 mostrou os reais interesses por trás dessas iniciativas.

Problemas nas notificações de infecção pela Covid-19 geraram o agravamento da invisibilidade das populações historicamente colocadas em situação de vulnerabilidade, como é o caso das pessoas com deficiência, população negra, população em situação de rua, população do campo, das águas, das florestas, ribeirinhas, quilombolas, povos ciganos e povos indígenas. Vimos as iniciativas relapsas; agora é preciso identificar e responsabilizar os agentes dessas iniciativas.

MULHERES NEGRAS E COVID-19

Até 13 de outubro de 2020, foram confirmados 5.113.628 casos acumulados de COVID-19 e 150.998 mortes no Brasil[1]. Entre os casos identificados, a COVID-19 se mostra mais mortal entre pessoas negras (pretas e pardas, segundo categorias utilizadas pelo IBGE e pelo Sistema Único de Saúde). Os dados disponíveis indicam que as/os afrodescendentes compõem a maior parte da força de trabalho empobrecida do Brasil, têm menos acesso a saneamento adequado e segurança alimentar e representam a maioria das pessoas que foram à óbito em decorrência da infecção pela COVID-19. A crise da pandemia acentua desigualdades de gênero e raça, em todas as dimensões da vida social. Considerando isso, a resposta imediata e os planos de recuperação a médio e longo prazos devem incluir tanto a coleta e análise de dados desagregados por raça/cor, qunto contemplar as necessidades específicas da população negra. A adoção de medidas preventivas[2], deve considerar as condições de vida desse grupo majoritário da população brasileira, contribuindo para a eliminação das desigualdades raciais.

https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/12/COVID19_2020_informe2.pdf

26 Conforme noticiado em: https://jornal.usp.br/atualidades/orfaos-pela-covid-19-demandam-politicas-de- assistencia-a-criancas-e-adolescentes/

O atraso na compra das vacinas no tempo adequado, a disseminação de falsas notícias e a falta de campanhas dirigidas à população sobre vacinação e cuidados para enfrentamento à pandemia impactam no atingimento de cobertura vacinal adequada. Mas, como Chico Buarque canta na música:

Apesar de você: "Quando chegar o momento;
Esse meu sofrimento;
Vou cobrar com juros, juro;
Todo esse amor reprimido;
Esse grito contido;
Este samba no escuro".

Papel das lideranças locais, dos movimentos sociais e do controle social para salvar vidas durante a pandemia

Aos que não desistem do amor, da luta, da labuta!
Aos que não desistem da ternura e daquela solidariedade incessante e itinerante!

Aos que não desistem da beleza contida;
Na verdade; Na unidade; Na liberdade!

Aos que não desistem da construção dessa Nação;
No pampa; Nas florestas; No sertão!

Aos que não desistem; Da noite; Da madrugada; De um amanhecer.
Aquele novo dia; Para retomar direitos, afetos;
E a sonhada democracia! Antes que tarde! Pois soa o alarde;
E o toque de avançar!

Aos que não desistem; De lutar, Unir, resistir, Libertar!
No andar certeiro: Nenhum passo atrás, Nenhuma estagnação, Um só coração!
Organizar, Unir, Ampliar, Resistir, Avançar! Reencantar!

Esperançar! Revolucionar!
(Aos que não desistem, Jussara Cony[27]).

O empenho e o compromisso dos conselhos de saúde, dos movimentos comunitários, sociais e sindicais, aliados a atuação destemida das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde e dos serviços essenciais com a sustentação do SUS, de fato, salvaram vidas.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) a partir de março de 2020 intensificou sua atuação junto à população e às autoridades brasileiras, em especial gestores e gestoras públicos, parlamentares e agentes responsáveis pela tomada de decisões emergenciais por meio da publicação de recomendações; notas públicas; moções; pareceres técnicos; campanhas; manifestos e cartas abertas sobre os vários temas relacionados à pandemia, tais como:

- Implementação de medidas de proteção sanitária e de proteção social adequadas às diversidades de organização, culturais e religiosas da população brasileira;

- Campanha de Prevenção e Combate à Covid-19;

- Isolamento social e “lockdown”, fila única de leitos e renda básica para salvar vidas

- Proteção ao trabalhador e à trabalhadora;

- Defesa da Equidade no enfrentamento à Pandemia (População negra; Quilombolas; Indígenas; Ribeirinhos; Pessoas em situação de rua; Refugiados; Ciganos; Moradores de favela e periferia; Pessoas que vivem com HIV/Aids; Pessoas com deficiência; Pessoas privadas de liberdade e Jovens em medidas socioeducativas; Pessoas inseridas em comunidades terapêuticas e nos espaços de saúde mental; Trabalhadores informais, como catadores de materiais recicláveis, artesãos, camelôs e profissionais do sexo;

- Combate ao uso de medicamentos comprovadamente ineficazes para o tratamento da Covid-19;

- Fortalecimento da Atenção Básica e sua integração com a Vigilância em Saúde no enfrentamento da pandemia;

27 Jussara Rosa Cony é farmacêutica, política e escritora brasileira

- Defesa da produção nacional de vacinas, insumos e medicamentos, apoiando a concessão de licença compulsória, temporária e não exclusiva, para a exploração de patente ou patentes vigentes referentes a tecnologias utilizadas para o enfrentamento à emergência de saúde decorrente da pandemia da Covid-19;

- Defesa de acesso à vacinação contra a Covid-19 por toda a população, com a implementação de estratégias mais efetivas para: a) a descentralização dos pontos de aplicação das vacinas nos territórios onde as pessoas moram; e b) a busca ativa de não vacinados e importância da estratégia de exigência do certificado vacinal;

- Defesa de uma política pública universal e equânime de acesso massivo aos testes para diagnóstico da Covid-19, integrada às estratégias da atenção básica e linhas de cuidado em articulação com as ações de vigilância em saúde, para a adoção das medidas de detecção, isolamento e rastreamento de contatos fundamentais para interromper a transmissão do vírus Sars-Cov-2;

- Implementação de uma campanha de comunicação com a sociedade sobre a situação da pandemia, a importância da vacinação, inclusive das crianças, importância da testagem e a adoção das medidas não farmacológicas para enfrentamento da pandemia, tais como, o uso correto de máscaras, incentivo à higienização das mãos e evitar aglomerações.

Além de ter constituído à época, o Comitê de Acompanhamento da Pandemia da Covid- 19, que cumpriu um papel político e técnico importante de apoio às comissões intersetoriais, câmaras técnicas, mesa diretora e o pleno do CNS, propriamente dito. Diante dessa importância e mantendo–se o período pandêmico, em 2022, o pleno CNS aprovou a transformação deste comitê em uma Câmara Técnica para monitorar, aprofundar e fiscalizar, com celeridade, os assuntos relacionados às políticas de saúde de combate ao coronavírus e os problemas dele decorrentes. A instância vai reforçar a atuação do Conselho no enfrentamento à pandemia da Covid-19, buscando a garantia de acesso à saúde nas condições e direitos previstos na Constituição Federal de 1988.

Veja uma parte da Produção do CNS na série editorial **Participação Social & Políticas Públicas** que incorpora as produções originarias da cooperação com o Conselho Nacional de Saúde do Brasil, com apoio da Organização Pan-americana da Saúde, e do Observatório de Participação, do Governo Regional da Emília Romana, na Itália e é destinada à disseminação de produções científicas e técnicas no campo temático da participação social na saúde e nas demais políticas públicas, na perspectiva da democratização, das inovações institucionais e do alcance de direitos humanos. https://editora.redeunida.org.br/serie/participacao-social-e-politicas-publicas/

Por todo o país, os conselhos municipais e estaduais também tiveram papel central na proposição de medidas fundamentais para o enfrentamento da pandemia e no combate a fake news nos seus territórios. Participaram de Centros de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE) contribuindo para as tomadas de decisões e integraram ou propuseram Grupos de Ação/Comitês Populares de enfrentamento à Covid-19, cujas ações foram além das específicas do ponto de vista sanitário, como o enfrentamento à fome e exigência e implementação para a organização da vacinação nos territórios.

Com o objetivo de criar um movimento amplo, com base em evidências científicas e respeito à Saúde da população brasileira, para enfrentar a pandemia da Covid-19, o Conselho Nacional de Saúde uniu-se a várias organizações da sociedade civil das áreas da Saúde, Ciência, Tecnologia, Comunicação, Educação, Meio Ambiente, Trabalho e demais Políticas Públicas para a constituição da Frente pela Vida, que produziu os mais diferentes materiais, dos quais destaca-se o Plano de Enfrentamento a Covid19, que elaborado de modo participativo, abrange colaborações dos diversos campos de conhecimento na expectativa de ampliar o debate e cobrar do Estado o seu papel no enfrentamento da crise de saúde[28].

Seguindo os princípios constitucionais do SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) assumiram os vácuos criados pela ausência da coordenação federal lançando notas técnicas, informativas e notas à imprensa, matrizes de gestão de risco e um guia orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde, promoveram a consolidação dos dados de estoque e consumo de medicamentos usados na intubação, lutaram, para a incorporação ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) de todas as vacinas contra a Covid-19 aprovadas pela Anvisa. O Conass ainda lançou o Painel Covid-19 que consolida os dados da pandemia nos estados[29].

CNS, Conass, Conasems e OPAS/OMS se uniram para promover uma ampla campanha de incentivo à vacinação. Dado que a vacinação é uma das intervenções de saúde pública mais eficazes, custo-efetivas e que salvam vidas. O objetivo da campanha é unir esforços para conscientizar a população do Brasil sobre a importância de aumentar a cobertura vacinal.

Movimento de mulheres negras, no enfrentamento a pandemia

Merecem ênfase as ações realizadas por movimentos de mulheres negras no enfrentamento a pandemia, buscando estratégias dentro dos Territórios para diminuir os impactos da pandemia nas populações mais vulneráveis. Ações que salvaram vidas, ampliando a dimensão do conceito de saúde e outras formas de lutas pela vida e defesa do Sistema Único de Saúde.

Representando todos os movimentos de mulheres negras, todas as lideranças de mulheres negras, destacamos as ações da Ayomidê Yalodê Coletiva de Mulheres Negras e LBTs nas figuras de ativistas da Bahia, Iraildes Nascimento, Muana Dandara Simões, Anane Simões, Amana Simões e nossa Griot Lindinalva de Paula que tiveram atuações diretas nas coletas e distribuições de alimentos, insumos

28 Plano de Enfrentamento a Covid19 - https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID- 19_v3_01_12_20.pdf

29 https://www.conass.org.br/conass-40-anos-pela-garantia-do-direito-a-saude/

de proteção, ações no presídio feminino, ajudando a salvar vidas ao mesmo tempo que expondo as suas próprias vidas para cuidarem e protegerem outras companheiras. Em defesa da população em situação de rua, de mulheres que têm as ruas como ambiente de trabalho, usuárias e usuários de drogas, mulheres egressas do sistema prisional, queremos citar Edilza Santana, que atua como defensora de direitos humanos, redutora de danos, mobilizadora da Rede Feministas Antiproibicionista- RENFA.

Salve as Trabalhadoras e Trabalhadores!

Apesar de todos os ataques sofridos, as trabalhadoras e trabalhadores da saúde não mediram esforços para cumprirem suas atribuições para atender as necessidades das pessoas e salvar vidas e intensificaram e seguiram firmes na luta pelos seus direitos.

A Enfermagem, por exemplo, acumulou força social e política e obteve a tramitação e aprovação do projeto de lei nº 2.564/2020, em 05/05/2022 e da PEC nº 11/2022, em 13/07/2022 que definem piso salarial nacional para a categoria.

Os desafios e a luta pelo reconhecimento concreto aos que se dedicam para salvar vidas prosseguem, seja sob o aspecto da avaliação permanente das condições de trabalho, via fiscalização efetiva; obrigação dos empregadores prestarem atendimento de saúde às pessoas contaminadas pelo vírus SARS-COV 2, contando-se com estrutura de serviços de saúde que acolham o atendimento dessas demandas.

GARANTIR DIREITOS E DEFENDER O SUS, A VIDA E A DEMOCRACIA

SUSpira forte meu coração[30]

Suspira forte meu coração
Sustenta luta de sul a norte
Suscita vida no meu povão

Sus, penso: SUS tanto, sustentação!
Nasce da democracia
Da luta do povo
De João e Maria

Saúde não é mercadoria
É direito de todos

De todo dia.
Já se pode a vida suster
Se pode nascer sem temer

Já podemos crer no amor de cuidar em qualquer lugar

Tantos territórios, toda gente acolhida
Ninguém solta a mão de ninguém em defesa da vida!

30 Música: Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP; Compositores: Richard Serraria, Marcelo da Redenção & Diego Kurtz; Voz principal: Andréa Cavalheiro.

Arco íris de gente, saberes indígenas
Também inclusão no SUS tem, negras mãos na conquista!

Sus é meu, Sus é teu
Nós e o SUS (ninguém mexe com meu SUS)

Sus é meu, Sus é teu
SUS e nós (ninguém mexe com meu SUS)
Universalidade, integralidade pra cuidar geral
Equidade, campo e cidade, controle social

Suspira forte meu coração

De sul a norte
SUS cotidiana construção

SUS pira forte!

SUS como expressão do direito humano à saúde

É hora de contar histórias às nossas crianças,
De explicar a elas que não devem ter medo.
Não sou um pregador do apocalipse, o que tento

É compartilhar a mensagem de um outro mundo possível.
(O amanhã não está à venda, Ailton Krenak[31])

A saúde como direito humano, previsto na Constituição, integrante da Seguridade Social e organizada por meio do SUS, nos remete a um Estado Democrático de Direito que oportuniza o acesso através de políticas públicas, voltadas às necessidades de saúde das pessoas com toda sua diversidade e pluralidade. Fruto da conquista histórica da mobilização popular que

31 Ailton Alves Lacerda Krenak, mais conhecido como Ailton Krenak, é um líder indígena, ambientalista, filósofo, poeta e escritor brasileiro da etnia indígena crenaque.

se materializou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco da participação da sociedade na construção de propostas e deliberação da política pública de saúde.

A declaração de Alma-Ata ressaltou:
Saúde é um direito humano fundamental

A carta de Ottawa advogou:
Da saúde para o desenvolvimento social
Saúde ampliada em 1986 surgiu

Na 8º Conferência com muita ação
O conceito de renda, trabalho
Transporte, lazer e educação
(Trecho do Cordel do SUS)

O SUS, como expressão da realização do direito humano à saúde, é considerado a maior política de inclusão social, amparado nos seus princípios e diretrizes fundamentais – sistema universal de saúde e da determinação social da saúde - que retroalimenta a democracia.

A urgência da concepção ampliada da saúde se colocou ainda mais em evidência no contexto de grave crise humanitária vivenciada durante a pandemia da Covid-19. E traza necessidade de resgate do processo civilizatório, já que, como disse Arouca:

> *"A Reforma Sanitária (...) é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira.*

Materializar esses princípios e esse conceito cotidianamente é a nossa tarefa como sociedade, o que nos convoca à participação nos espaços de luta, por meio dos movimentos sociais e institucionais, como o do controle social garantido constitucionalmente.

O enfrentamento à COVID 19 evidenciou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia do direito à saúde do Povo Brasileiro e o papel estratégico das políticas de saúde no desenvolvimento soberano do país. E disso se desprende a importância civilizatória que o SUS representa para a democracia e o desenvolvimento humano, social e econômico do nosso País.

A Participação social para a transformação. Controle Social como pilarestruturante do SUS

A participação da comunidade foi/é garantida na Constituição, por meio do seu Artigo 198; além disso, a inscrição da diretriz de participação social como parte do SUS, por meio de órgãos colegiados de controle social, delimitou os novos contornos da participação social, por meio dos conselhos e conferências de saúde.

A ideia advém do período da redemocratização e da mobilização no Movimento Sanitário, em meio ao período da ditadura civil-empresarial-militar, reflexo literalmente de sangue, suor e lágrimas da sociedade civil organizada coletivamente e, principalmente, da aliança estratégica entre movimentos sociais, trabalhadoras e trabalhadores, usuárias e usuários da saúde.

Nesse sentido, os direitos conquistados constitucionalmente são fruto de luta nas ruas, mobilização popular e participação direta do povo na incidência para garantia e concretização desses direitos em seus territórios e cotidianos. O que nos convoca a radicalizar ainda mais na participação em todos os espaços. Já que a Democracia Participativa compreende que

> *Os cidadãos [e cidadãs] debatem e votam diretamente sobre as principais questões de seu interesse, sem a necessidade de haver intermediários.* ***A população tem o direito de participar diretamente das tomadas de decisões.***

O controle social e o SUS caminham juntos com o propósito de produção e acesso à saúde, materialização de direitos e exercício de cidadania, o que precisa ser fortalecido nos espaços de participação social, lugares de emancipação política e autonomia de sujeitos e sujeitas no seu processo saúde-doença.

Organização e Financiamento do SUS para garantir seus princípios e diretrizes no cotidiano das pessoas

O Brasil, em seu contexto histórico de extremos de desigualdades, é o único país do mundo a se propor a um sistema nacional de saúde de acesso universal, integral e equânime, por meio da regionalização, descentralização e participação social.

Atender esses vários “brasis” é um grande desafio, considerando principalmente que a organização do SUS e a concretização de seus princípios e diretrizes repercute diretamente na condição de saúde das pessoas.

UNIVERSALIDADE: Saúde é DIREITO de TODAS as pessoas	**EQUIDADE:** Respeito às diferenças e atenção à necessidade de cada pessoa	**INTEGRALIDADE:** Entendimento de que as pessoas são um todo: território, cultura, família; e a atenção deve ser da prevençãp à reabilitação	**DESCENTRALIZAÇÃO:** Os três níveis de gestão são corresponsáveis, de forma cooperativa e de acordo com sua capacidade, pela atenção em saúde: município, estado e união.

REGIONALIZAÇÃO: Formas de organizar o SUS com cooperação entre regiões, para atender todas as necessidades da população daquela localidade	**HIERARQUIZAÇÃO:** Organização do SUS que considera as Redes de Atenção que se interrelacionam, com a Atenção Básica como principal porta de entrada e coordenador do cuidado	**CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL:** Princípio estruturante do SUS que considera que o povo deve participar ativamente nas decisões que envolvem a política

Para efetivar esse fortalecimento se faz necessário manter a defesa contundente da revogação da EC95 e discutir o financiamento do SUS articulado com o debate acerca do modelo de cuidado à saúde alinhado as demandas de saúde do tamanho do povo brasileiro.

Nesse sentido, é importante apontar que o SUS apresentou e apresenta avanços e retrocessos, produto das mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas. Resgatando a história, a saúde sempre esteve em disputa como direito versus mercadoria, sujeita às leis da economia e do comércio, o que confronta o direito humano relativo à vida, à saúde e ao desenvolvimento. Nessa balança, o que está em jogo é a disputa para que a política comercial - do lucro - não se sobreponha à política social - da vida.

É central a defesa da soberania diante da ameaça à sustentabilidade do acesso universal, a posição firme contra toda a forma de privatização da saúde, especialmente dos repasses para as Organizações Sociais; retomada do complexo econômico industrial da saúde na perspectiva do desenvolvimento do país, e do reforço à sustentabilidade tecnológica do SUS e defesa do licenciamento compulsório.

Além disso, fortalecer a Atenção Básica (AB), com Agentes Comunitários de Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) demais profissionais, articulada à Vigilância em Saúde, Educação Popular em Saúde e outras políticas voltadas para as demandas dos territórios e das populações, principalmente as populações negras, pobres, periféricas, indígenas e de pessoas com deficiência e com patologias; retomar o PNI como programa estratégico, reconhecido internacionalmente, como referência de proteção e promoção da saúde.

A Importância da Comunicação em Saúde e o direito à informação para a ação

Conforme aprovado pela 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde (1ªCNLCS), ocorrida de 18 a 20 de abril de 2017, com o objetivo central o de “Discutir a democratização do acesso da população às informações sobre saúde”, os direitos à informação e à comunicação em saúde são pilares fundamentais para garantia do direito à saúde e para o exercício da democracia e da cidadania.

Com relatório robusto, as propostas aprovadas nessa conferência seguem atuais e fundamentais de serem resgatadas para contribuir, inclusive, para o crescimento e aprimoramento do SUS, ao elevar a capacidade do exercício do controle social.

De acordo com deliberações da 16ª CNS, as mudanças tecnológicas e as recentes atualizações das legislações que envolvem a política de dados pessoais (LGPD), a inovação tecnológica, incluindo a saúde, o elevado número de sistemas de informação em saúde e sua heterogeneidade, e a forma de atuação e contratualização de serviços públicos e privados no âmbito da administração pública, determinaram a necessidade de atualização da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), cuja revisão foi concretizada pela publicação da Portaria nº 1.768, de 30 de julho de 2021.

A PNIIS precisa ser implementada no sentido de subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social, com integridade e transparência, de modo garantir o direito de acesso público a informações fidedignas sobre a situação e organização do sistema de saúde, e outras informações que caracterizem os territórios para o exercício de governança, por parte do controle social e de gestão propriamente dita.

O SUS em números

Contribuição expressiva para o aumento da expectativa de vida

- 1988 – 69,7 Anos 2019 – 76,8 Anos[32]

32 Pesquisa Nacional de Saúde pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), com dados referentes ao ano de 2019 — portanto antes da pandemia do novo coronavírus

Dados contabilizados nos últimos anos demonstram os Grandes Números do SUS

- Sete em cada dez brasileiros, ou mais de 150 milhões de pessoas, dependem exclusivamente do SUS (Sistema Único de Saúde) para tratamento;
- 71,5% dos brasileiros não figuram como contratante de qualquer plano privado de saúde, e têm no sistema público de saúde sua única possibilidade para tratamentos, atendimento hospitalar, e outros serviços de saúde
- Mais de 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais ao ano
- Mais de 1,4 bilhão de consultas médicas ao ano
- Mais de 11,5 milhões de internações ao ano
- Saúde da Família atinge a mais de 112 milhões de habitantes, ou seja, mais da metade da população brasileira (56%) ao ano
- 619 milhões de atendimentos realizados em mulheres no SUS ao ano
- 2,7 milhões de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde ao ano
- Mais de 27 mil transplantes ao ano
- Mais de 150 milhões de pessoas por ano atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU
- Mais de 250 mil agentes comunitários de saúde na quase totalidade de municípios

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil é um dos maiores do mundo, ofertando 45 diferentes imunobiológicos para toda a população

- O Programa Nacional de Imunizações contempla 48 imunobiológicos (vacinas, imunobiológicos especiais, soros e imunoglobulinas) para crianças, adolescentes, adultos, idosos gestantes e povos indígenas.
- Ao todo, são disponibilizadas na rotina de imunização 20 vacinas, cuja proteção inicia nos recém-nascidos podendo se estender por toda a vida.

AMANHÃ SERÁ OUTRO DIA PARA TODOS, TODAS E TODES

[...]Amanhã, está toda esperança,
Por menor que pareça, que existe é pra vicejar,

Amanhã, apesar de hoje,
Será a estrada que surge, pra se trilhar,
Amanhã, mesmo que uns não queiram,
Será de outros que esperam,

ver o dia raiar,
Amanhã, ódios aplacados, temores abrandados,

Será pleno, será pleno[...]
(Amanhã - Caetano Veloso)

A saúde resulta do cuidado prestado em redes e serviços de saúde, mas também por políticas econômicas e sociais que a promovam. Como disse Sérgio Arouca na abertura da 8ª CNS, para ter saúde é preciso que as pessoas

> *"tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo". (Sergio Arouca, 1986, discurso de abertura da 8ª CNS).*

A vida que abarca a saúde que queremos não está apenas no corpo como pele, ossos e órgãos. A vida inclui as sensibilidades, os sentimentos, os afetos, os desejos e os pensamentos, como também a história e as ancestralidades. A vida não se valora pela capacidade de produção/trabalho e produção de riquezas, que devem caber nela as diferentes formas de existência. As pessoas têm produção histórica para escrever a história, resistir, unir e ampliar rumo às exigências dos seus direitos ao trabalho, à proteção social, à cultura, à democracia e à vida. O SUS que queremos, precisa combater o preconceito:

Pesquisa publicada prova
Preferencialmente preto, pobre
Prostituta, pra polícia prender
Pare, pense, por quê?

Prossigo
Pelas periferia praticam perversidades,
PMs Pelos palanques políticos prometem, prometem

Pura palhaçada, proveito próprio
Praias, programas, piscinas, palmas
Pra periferia? Pânico, pólvora, pápápá!

Primeira página
Preço pago? Pescoço, peito, pulmões perfurados

Parece pouco? Pedro Paulo, profissão: pedreiro

Passa-tempo predileto: pandeiro

Preso portanto pó passou pelos piores pesadelos
Presídios, porões, problemas pessoais, psicológicos
Perdeu parceiros, passado, presente

Pais, parentes, principais pertences
PC, político privilegiado preso parecia piada

Pagou propina pro plantão policial
Passou pela porta principal
Posso parecer psicopata
Pivô pra perseguição

Prevejo populares portanto pistolas

Pronunciando palavrões
Promotores públicos pedindo prisões
Pecado, pena, prisão perpétua

Palavras pronunciadas pelo poeta, irmão
(Rapp/hip hop Brasil com "P"[33])

Estamos fazendo um novo amanhã. A 17ª Conferência Nacional de Saúde é convocada a apontar desafios e rumos para a saúde e para as políticas públicas nos próximos quatro anos.

- Lembrando que "Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem" (Rosa Luxemburgo[34]), a soma das forças sociais e políticas em torno do fortalecimento **da democracia participativa** caracterizam a luta do povo por democracia para nos contrapormos ao avanço do retrocesso.

- **O Estado tem a responsabilidade** por implementar políticas públicas que garantam qualidade de vida social, cultural, educacional, econômica, sanitária, civil e política a todas, todes e todos, sem privilégios ou discriminações, e, portanto,

33 Canção de Genival Oliveira Gonçalves, mais conhecido pelo seu nome artístico GOG, disponível no álbum CPI da Favela, e que nos mobiliza também pela voz de Maria Rita, entre outros artistas. Disponível em: https://www.letras.mus.br/gog/317599/

34 Rosa Luxemburgo foi uma filósofa e economista marxista polaco-alemã. Tornou-se mundialmente conhecida pela militância revolucionária ligada à Social-Democracia da Polônia, ao Partido Social-Democrata da Alemanha e ao Partido Social-Democrata Independente da Alemanha

não pode eximir-se de propor leis **que garantam justiça à toda a população**. Políticas públicas que não promovem ativamente a inclusão, não produzem saúde e democracia. A inclusão se refere a cada pessoa e coletividade, com padrões éticos de pensamento e ação. Não se trata apenas de interesses majoritários, mas do respeito e acolhimento às diferenças que se expressam nos territórios, pessoas e populações. A ética que media as ações para a liberdade e para a democracia é o limite da inclusão. Os fascismos e o negacionismo que produzem a morte não são direitos e eliminam a vida e a democracia. A liberdade de expressão não inclui a destruição da opinião e da vida alheia. Não há liberdade sem responsabilidade com as vidas.

- A **luta contra a desigualdade social e as perspectivas para uma outra sociedade**, para novos mundos viáveis, são imperativas para a superação da contradição estrutural de um país onde as pesquisas apontam que um de cada quatro brasileiros e brasileiras não tem comida suficiente em casa, ao mesmo tempo em que notícias revelam que altos executivos dos bancos afirmam que não conseguem gastar todo o seu dinheiro, por mais criativo que sejam[35]. Essa luta passa por: a) combater a perversa concentração de renda gerada pela exploração do trabalho; b) promover a ruptura com as desigualdades estruturais e injustiças dos diferentes Brasis; c) combater o racismo, o capacitismo, o machismo, a LGBTfobia e a objetificação do corpo e da vida de pessoas e grupos sociais, e d) defender a soberania alimentar do país e o papel da agricultura familiar na segurança alimentar.

- Nesse momento histórico, é fundamental reafirmar as premissas construídas há décadas, por pessoas que lutaram no cotidiano para **retomarmos o caminho que garanta as conquistas do povo brasileiro**. Considerando que a saúde e o desenvolvimento social andam juntos no Brasil, faz-se urgente fortalecer um **movimento de reconstrução nacional**, o que exige uma ampla participação da sociedade numa articulação entre trabalhadores/as, usuários/as e gestores/as comprometidos. Há necessidade de reconstruir os pactos federativos que têm sido implodidos nos últimos anos.

- É fundamental **fortalecer a compreensão de que o sistema de saúde no Brasil** é único, por seguir os mesmos princípios e diretrizes, que precisam ser respeitados

35 https://www.moneytimes.com.br/nubank-nubr33-ceo-nao-consegue-gastar-todo-o-dinheiro-e-doara-metade- de--sua-fortuna/

para garantir o seu **caráter universal, integral, público e de acesso gratuito que atua na promoção, proteção e recuperação da saúde**, a fim de superar os desafios a ele impostos e garantir sua gestão pública, democrática e participativa, focada nas necessidades de saúde do povo. O SUS, assim definido, é patrimônio do povo brasileiro! Não para qualquer estratégia de privatização do SUS.

- É fundamental **romper com o crônico subfinanciamento, que avança para o desfinanciamento do SUS**, revogando a Emenda Constitucional nº 95, exigindo que a União aplique na saúde, no mínimo, 10% das suas receitas correntes brutas (RCB), ou seu equivalente na receita corrente líquida (RCL), além da incorporação de novos recursos para atender o direito constitucional à saúde com financiamento suficiente e adequado.

- **Os pontos de atenção da saúde pública**, sejam ações, serviços ou redes de atenção, devem ser estratégicos e dinamizadores do SUS em nossas vidas, como loco de promoção, educação libertadora, prevenção e recuperação da saúde, com práticas e valores que fortalecem o enraizamento coletivo e o sentido de pertencer a algo para além de cada um de nós. Cada ponto de atenção do SUS é fundamental para incluir, para produzir justiça, para denunciar injustiças e para cuidar de todas, todes e todos, dialogando com seu contexto e com seus saberes. O momento exige a retomada do pacto de solidariedade e de horizontalidade para cuidar de quem é mais vulnerabilizado pelas políticas implementadas.

- O financiamento suficiente para a saúde deve **valorizar os trabalhadores e trabalhadoras de saúde**, executores de ações de relevância pública, com: a) a implementação de políticas que garantam empregos protegidos e trabalhos justos com salários, jornadas e ambientes de trabalho dignos, saudáveis e seguros; b) o investimento na carreira do SUS, no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, na educação permanente em saúde, no aperfeiçoamento, na especialização e na formação em saúde, em serviço e comunidade para garantir o vínculo entre a população, as equipes de saúde e o SUS; c) a implementação efetiva da vigilância em saúde, bem como da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora alinhada com demais políticas públicas, no âmbito do SUS; d) a ampliação da regulação social da formação das profissões da saúde, fortalecendo

a avaliação da relevância social e sanitária dos cursos e o acompanhamento pelos conselhos de saúde em cada território da implementação dos mesmos.

- **As universidades e instituições de ensino precisam entender-se como parte do SUS**, assim como todos os pontos das redes de atenção precisam constituir- se em campos de aprendizagem prática. O controle e a participação social também precisam constituir espaço para a aprendizagem na saúde. A defesa da autonomia das universidades que atuam em áreas de relevância para o desenvolvimento social, também é fundamental para o Brasil que queremos. O Estado deve retomar o financiamento da ciência & tecnologia, o investimento para a atualização tecnológica das universidades, o fortalecimento da função social das universidades e o estímulo à indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão.

- **A defesa da Atenção Básica no SUS** com o acesso ampliado das famílias às ações de prevenção, promoção e resolução dos problemas mais frequentes, com garantia de horários suficientes e períodos distintos para cuidados ambulatoriais nas UBS para os diferentes grupos sociais em sua dinâmica cotidiana. A atenção básica precisa ser resolutiva, compatível com as necessidades da população em cada território, e capaz de ordenar o cuidado nas diferentes redes de atenção. Não se trata de cardápios de procedimentos, mas da gestão do cuidado à população em cada território, respeitando a participação e os saberes existentes.

- Como estabelecem as diretrizes do SUS, as **ações preventivas devem ser prioritárias**, fortalecendo as ações de vigilância em saúde, pela busca da cobertura de 100% do território nos municípios menores, por meio da Estratégia de Saúde da Família, e, nas grandes e médias cidades, a priorização da cobertura das regiões de maior vulnerabilização social. O financiamento da atenção básica deve ter como referência a população a ser atendida e as características dos territórios. É preciso retomar o financiamento de base universal para a atenção básica, definindo mecanismos de acompanhamento e qualificação.

- O enfrentamento à pandemia mostrou que as **ações de vigilância em saúde, em especial das vigilâncias sanitária e epidemiológica no território, devem estar incorporadas na implementação da política de ciência e tecnologia**, para dar maior agilidade e autonomia na incorporação e aquisição de tecnologias de saúde. A organização dos serviços e redes e a incorporação de tecnologias devem atender às necessidades de suporte às linhas do cuidado e devem estar articuladas com as ações de promoção da saúde, de assistência aos usuários e de acesso a medicamentos, no âmbito da atenção básica como porta de acesso ao sistema de saúde.

- O Brasil precisa **estruturar uma rede de institutos de ciência e tecnologia** municipais e estaduais, instituições federais de ensino superior e técnico, assim como as atuais escolas de saúde pública, desenvolvendo uma rede permanente de ensino e extensão, sob coordenação nacional, que seja capaz de acompanhar, avaliar e monitorar as ações locais, articulando e envolvendo os diferentes segmentos e territórios, contribuindo na identificação de demandas e propostas de intervenção necessárias à consolidação do SUS.

- O setor saúde também é fator de desenvolvimento social e econômico, com geração de emprego e desenvolvimento local. Para garantir o SUS que atenda às necessidades do povo e reduza a dependência externa de tecnologias, é necessário **promover os investimentos estratégicos no desenvolvimento e ampliação do complexo econômico industrial da saúde** destinados a garantir a produção de imunobiológicos, hemoderivados, vacinas, equipamentos, medicamentos, ingredientes farmacêuticos ativos, intermediários de síntese articulado com um componente da produção nacional fortalecido e financiado adequadamente, assegurando a soberania e o direito de acesso da população.

Enfim, a saúde que queremos precisa de um Brasil soberano, democrático e livre. Que reconhece a democracia participativa, o processo eleitoral democrático, a institucionalidade democrática e a participação social.

A 17ª Conferência Nacional de Saúde, como formuladora de diretrizes para o Brasil que queremos, é convocada a defender a saúde como direito, com a suavidade do humano e a radicalidade que a vida requer. Para isso, como nos alertou Thiago de Mello[36] precisa ser um "*Ato Institucional Permanente*" para o fortalecimento dos direitos:

36 https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2014/03/estatutos-do-homem-indignacao-do-poeta-contra-o-arbitrio-tambem-completa-50-anos-6390/

(...)
Artigo I
Fica decretado que agora vale a verdade.
agora vale a vida, e de mãos dadas,
marcharemos todos pela vida verdadeira.

(...)
Artigo V
Fica decretado que os homens
estão livres do jugo da mentira.
Nunca mais será preciso usar a
couraça do silêncio
nem a armadura de palavras.
O homem se sentará à mesa
com seu olhar limpo
porque a verdade passará a ser servida
antes da sobremesa.

(...)
Artigo XIII
Fica decretado que o dinheiro não poderá
nunca mais comprar o sol das manhãs vindouras.
Expulso do grande baú do medo,
o dinheiro se transformará em uma espada fraternal
para defender o direito de cantar e a festa do dia que chegou.

A
Artigo Final
Fica proibido o uso da palavra liberdade,
a qual será suprimida dos dicionários
e do pântano enganoso das bocas.

A partir deste instante
a liberdade será algo vivo e transparente

como um fogo ou um rio,
e a sua morada
será sempre o coração
do homem.

3.7- Manual de participante da 17ª Conferência Nacional de Saúde

Brasília, 2 a 5 de julho de 2023

Prezada pessoa participante,

Seja bem-vinda à etapa nacional da 17º Conferência Nacional de Saúde, que traz ao debate o tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”.

As conferências de saúde são importantes espaços de participação popular para a construção das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para reafirmar a importância da democracia e da saúde como direito resguardado por lei. Esse é o momento de avaliar a situação de saúde do povo brasileiro, elaborando propostas que atendam às necessidades de saúde da população em consonância com os princípios do SUS.

A 17º Conferência Nacional de Saúde começou seu processo em agosto de 2022, com centenas de eventos preparatórios. 4 partir das discussões realizadas ao decorrer de todo processo definimos diretrizes a serem incorporadas nos Planos Plurianuais de Saúde, Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), nos Planos de Saúde Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), e na revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 4 2025.

É com a certeza da importância dessa construção coletiva que desejamos a você uma excelente 17º Conferência Nacional de Saúde!

ORIENTAÇÕES GERAIS

Local do evento Centro Internacional de Convenções do Brasil - CICB - St. de Clubes Esportivos Sul, Trecho 2, Conjunto 63, Lote 50 - Asa Sul, Brasília - DF.

PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas é necessária somente para aquelas pessoas que tiveram passagens emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ou seja, pessoas eleitas

delegadas por conferências livres nacionais e conselheiras nacionais de saúde. Nestes casos, a prestação deverá ser enviada em até 5 (cinco) dias úteis após a data do seu retorno. A não prestação de contas por meio deste relatório de viagem implicará em pendência junto ao CNS, impossibilitando viagens futuras. Para fins de prestação de contas da sua viagem, é necessário o envio dos seguintes documentos:

- Relatório de viagem, devidamente preenchido e assinado (disponível no balcão de informações durante o evento).
- Cartões de embarque originais.
- Cópia do certificado de participação (disponível ao final do evento).

Essa documentação completa deverá ser enviada para o e-mail: pendencia.cns@saude.gov.br

TRANSPORTE

- Transporte Aeroporto ou Rodoviária Interestadual/Hotel: o transporte ocorrerá de acordo com o horário de chegada informado pela pessoa responsável da delegação ou com o horário de chegada em que a passagem foi emitida. Para as pessoas que chegarem dia 01/07/23, será garantido o transporte a partir das 14h. Pessoas que informaram a necessidade de transporte acessível, através da ficha de inscrição, terão o traslado (aeroporto/hotel) a partir do mesmo dia e horário.
- Transporte Hotel/Local do Evento/Hotel: pela manhã, no período das O7h às 08h. À noite, após o encerramento das atividades do dia.
- Transporte Local do Evento/Aeroporto ou Rodoviária Interestadual: de acordo com o horário de saída informado pela pessoa responsável da delegação ou com o horário de saída em que a passagem foi emitida.

Para maiores informações, procure a Equipe de Apoio ao Transporte.

Veja na página seguinte a tabela com datas e itinerários do transporte durante a 17º Conferência Nacional de Saúde.

	PERCURSOS
01/07/2023	Aeroporto / Local do evento / Hotel
02/07/2023	Aeroporto ou Rodoviária interestadual (considerando as informações fornecidas pelos estados) ou Hotel / Local do Evento Local do Evento / Hotel (após o término das atividades do dia)
03/07/2023	Hotel / Local do Evento Local do Evento / Hotel (após o término das atividades do dia)
04/07/2023	Hotel / Local do Ato Unificado “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia” Local do Ato Unificado “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia” Local do Evento / Hotel (após o término das atividades do dia)
05/07/2023	Hotel / Local do Evento Local do Evento / Aeroporto ou Rodoviária Interestadual (considerando as informações fornecidas pelos Estados)

Observações:

- Fique atento às placas de sinalização no local de saída dos ônibus, confirmando sempre o destino (ou hotel destino) daquele veículo.
- Para pessoas que informaram a necessidade de transporte acessível, haverá vans e carros disponíveis e indicação do local de espera no evento.

CREDENCIAMENTO

Conforme programação da 17º Conferência Nacional de Saúde, o credenciamento começará no dia 02/07, as 08h, no CICB. Para fins de organização, o credenciamento dos participantes se dará nos dias e horários definidos abaixo:

DATA / HORÁRIO	CREDENCIAMENTO
02/07/2023 (das 8h às 18h)	• Pessoas delegadas • Pessoas convidadas • Apoio e integrantes das comissões da 17ª CNS
03/07/2023 (das 14h às 18h)	• Suplentes, que substituirão as pessoas delegadas titulares não credenciados no prazo definido acima • Todas as pessoas mencionadas anteriormente

Observações:

- À comissão também disponibilizará credenciamento antecipado no dia 1/07, no local do evento.

- É responsabilidade da representação da delegação de cada estado e do Distrito Federal acompanhar a substituição das pessoas delegadas titulares pelas respectivas suplentes.

Hospedagem

A hospedagem custeada com dotação orçamentária do Ministério da Saúde é destinada, exclusivamente, para: 1. Pessoas delegadas estaduais, nacionais e por conferências livres nacionais; 2. Palestrantes; 3. Pessoas convidadas; 4. Integrantes da Comissão Organizadora e Subcomissões. Observação: As pessoas delegadas suplentes somente terão direito à hospedagem e à alimentação quando configurado o seu credenciamento enquanto delegada, em substituição à pessoa delegada titular eleita.

Tipo de Acomodação

A acomodação será feita em quartos duplos. Cada participante deverá compartilhar um quarto de hotel com outra pessoa de sua escolha. As especificidades de acomodação às pessoas com deficiência serão atendidas a partir das solicitações feitas na ficha de inscrição. Os hotéis serão orientados quanto ao receptivo, acessível e inclusivo, às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida.

Observações:

- Serão disponibilizadas, inclusas na diária, 2 (duas) garrafas de água mineral (300 ml), por pessoa/dia, nos quartos dos hotéis.

- A hospedagem dará direito somente ao café da manhã. Qualquer consumo extra nos hotéis (frigobar, restaurante, lavanderia, telefone, etc) será de inteira responsabilidade de cada hóspede requerente, devendo ser efetuado o pagamento no momento do check-out.

Horário de check-in no hotel: A hospedagem estará disponível a partir das 14h, no dia 01 de julho de 20253.

Horário de check-out no hotel: O check-out no hotel deverá ser feito até às 12h, no dia 05 de julho de 2023. Haverá espaço apropriado no evento para guardar as bagagens.

Observação: Em hipótese alguma será disponibilizado transporte, fora do horário permitido, para buscar bagagens nos hotéis no dia 05/07/2023.

Alimentação

Toda a alimentação da 17º Conferência será baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde (Portaria nº 1.274, de 7 de julho de 2016), que dispõe sobre as ações de promoção da alimentação adequada e saudável nos ambientes de trabalho; e na Resolução RDC/Anvisa nº 216/2004, que dispõe sobre boas práticas para serviços de alimentação.

Atendendo à orientação da Controladoria Geral da União (CGU), será realizado o controle da entrada no restaurante para as refeições mediante apresentação de voucher específicos para almoço ou jantar (entregues no momento do seu credenciamento no local do evento) ou da leitura do código de barras do crachá. Portanto, não esqueça de trazer seu crachá diariamente!

Dessa maneira, pedimos a compreensão e colaboração de todas as pessoas participantes para não se ausentar do local do evento, sem realizar as refeições pré-estabelecidas.

O horário de almoço e jantar serão por sistema de rodízio nos locais pré-definidos pela organização do evento. Por isso, solicitamos o apoio para que otimizem ao máximo o tempo de permanência e utilização do espaço, para que outras pessoas também possam se alimentar.

Será garantido o acesso prioritário aos locais de alimentação a qualquer participante que tenha prioridade já definida por lei e ou por orientação de cuidado à saúde, por exemplo: pessoas idosas, obesas, gestantes, pessoas com deficiência, diabéticos, entre outras condições.

DIAS REFEIÇÕES	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR
02/07 (domingo)	12h às 14h	16h às 16h30 18h às 19h	21h
03/07 (segunda)	13h às 15h	10h30 às 11h 17h às 17h30	19h às 20h30
04/07 (terça)	13h às 15h	10h30 às 11h 17h às 17h30	19h
05/07 (quarta)	13h às 15h	10h30 às 11h 17h às 17h30	–

Observações:

- Somente na noite do dia 01/07/23, para aquelas delegações que chegarem em Brasília na véspera do evento, será servido às pessoas delegadas e convidadas um jantar no seu respectivo hotel, respeitando o horário pré-estabelecido do local. Este jantar será custeado pela organização do evento. - No restaurante haverá ilhas de alimentação, devidamente sinalizadas, para pessoas com restrição alimentar (celíacos, diabéticos, hipertensos, alergias alimentares, entre outros). - Beba bastante água! Brasília está em período de seca. Haverá bebedouros de água mineral em vários locais do evento.

* Use a garrafinha recebida no credenciamento, evitando o uso desnecessário de descartáveis. Preserve o meio ambiente!

Saúde Lembre-se de trazer medicamentos (hipertensão, diabetes, etc) e insumos de uso contínuo (agulhas, seringas, sondas, materiais de curativos, entre outros). Sua participação é muito importante, por isso use a medicação nos horários corretos, conforme orientação de costume. Se possível, traga sua prescrição médica. Mantenha sempre o seu cartão de vacinação atualizado, incluindo as vacinas para influenza e Covid-19, sendo que as doses vacinais deverão ser realizadas dentro do prazo recomendado. Aproveite e baixe o app do Conecte SUS para ter o comprovante de vacinação em formato digital. A pandemia de covid-19 ainda não acabou e estamos em período de maior circulação do vírus influenza (gripe), por isso traga máscara e álcool em gel e atente-se às seguintes orientações:

- Cobrir a boca e nariz com um lenço de papel quando tossir ou espirrar e descartar o lenço usado no lixo;
- Caso não tenha disponível lenço descartável, tossir ou espirrar no antebraço e não em suas mãos, que são importantes veículos de contaminação;
- Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool em gel com frequência e sempre após tossir ou espirrar;
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca sem ter higienizado as mãos;
- Não compartilhar objetos de uso pessoal sem higienização adequada;
- Em caso de sintomas gripais (febre, coriza, dor no corpo, dor de garganta, por exemplo), avalie sua participação no evento, sendo, nesses casos, obrigatório o uso de máscaras.

Observação:

O atendimento de saúde durante a 17º Conferência será de urgência e emergência (dor de cabeça muito forte, dor no peito, falta de ar, crises convulsivas, estados e ou ferimentos pós quedas, por exemplo). Havendo necessidade de remoção para atendimento hospitalar, haverá ambulâncias com equipe multiprofissional, sendo obrigatória a presença de uma pessoa acompanhante.

Acessibilidade

Para garantia do direito à igualdade de oportunidades na participação na 17º CNS, disponibilizaremos os seguintes recursos de acessibilidade:

* Tradutores e intérpretes de libras: teremos profissionais nas atividades de plenária, nas mesas de apresentação dos eixos temáticos e nos grupos de trabalho em que houver pessoas usuárias de libras.

- Audiodescrição: este serviço estará disponível nas atividades realizadas na plenária principal.

* Braille e fonte ampliada: serão entregues no setor do credenciamento, na entrada do CICB, documentos acessíveis para os participantes que sinalizaram esta demanda na ficha de inscrição.

- Lugares reservados: na plenária haverá espaços reservados para pessoas em cadeira de rodas, com mobilidade reduzida, cegas, com baixa visão, usuárias de libras, obesas, gestantes, mães com crianças de colo e acompanhantes, conforme informado na ficha de inscrição.

- Banheiros acessíveis: em todos os andares do CICB existem banheiros que atendem a legislação vigente, no entanto apenas alguns são maiores e por isso mais adequados a quem necessita de espaço amplo. Pessoas que informaram necessidade de realização de sondagem vesical de alívio em maca, ou pessoa ostomizada, disponibilizamos sala com maca e banheiro anexo. Caso não os encontre, não hesite em solicitar auxílio ao pessoal de apoio que estará circulando pelo evento.

- Acessibilidade arquitetônica: para além dos pontos já trazidos, também estão presentes no acesso ao palco do auditório principal, elevadores e no piso tátil aos banheiros e auditório.

Ato Unificado “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”

Devido ao momento único e histórico da etapa nacional da 17º Conferência Nacional de Saúde será realizado o Ato Unificado “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”, que consta na programação oficial da conferência.

Nesse sentido, convidamos todos e todas para que participem, compartilhem e apóiem efetivamente essa atividade, que ocorrerá no dia 4 de julho de 2023 (terça-feira), das 08h às 10h, na Praça do Museu da República (SCTS), em Brasília (DF).

O ato é aberto à população, então mobilize o máximo de organizações e pessoas comprometidas com a defesa do nosso Sistema Único de Saúde!

Para melhor organizar e diversificar essa atividade orientamos que tragam suas bandeiras, faixas, cartazes, adereços típicos, mensagens, ideias, energias criativas, alegria e força para uma grandiosa celebração em defesa do SUS, da Democracia e dos Direitos Sociais na Capital Federal.

O transporte para esta atividade será garantido a todas as pessoas delegadas e convidadas, incluindo as que necessitam de transporte acessível.

Pesquisa

Durante a 17º Conferência será realizada a pesquisa “Saúde e Democracia: estudos integrados sobre participação social na 17º Conferência Nacional de Saúde”. As pessoas pesquisadoras foram selecionadas via chamada pública, a partir de critérios

pré-estabelecidos pela Comissão de Relatoria do evento. Em continuidade ao processo iniciado na nossa 8+8, o CNS realizará um amplo estudo para conhecer o perfil dos participantes de todas as etapas da 17º Conferência Nacional de Saúde. Para isso, serão aplicados questionários com as pessoas delegadas, monitoras devidamente identificadas. Mais informações sobre esta ação estão disponíveis no site da 17º Conferência. Você é protagonista dessa história e contamos com sua contribuição!

Participe e compartilhe seu conhecimento!

Atividades culturais

A Comissão Organizadora e a Comissão de Arte, Cultura e Educação Popular convidam todas as pessoas a participarem da programação cultural da etapa nacional da 178 Conferência Nacional de Saúde. As atividades culturais foram selecionadas via chamada pública, a partir de critérios pré-estabelecidos.

As atividades que acontecerão na Tenda Simone Leite e Wanderley Gomes, e em outros espaços contemplarão diferentes linguagens como teatro, música, dança, performances, intervenções, stand-ups, palhaçaria, literatura e esquete, entre outras expressões artísticas ou culturais.

As atividades irão mostrar a multiculturalidade do nosso país, valorizando e promovendo a saúde por meio de tradições e linguagens, bem como a troca de saberes e o fortalecimento das identidades e lutas em defesa do SUS. A programação completa está disponível no site da 17º Conferência.

Atividades Autogestionadas

As atividades autogestionadas serão realizadas no mesmo espaço da 17º Conferência Nacional de Saúde e abordarão diferentes temáticas. Com capacidade máxima de 100 pessoas para cada uma das atividades, as vagas serão preenchidas por ordem de chegada. As atividades autogestionadas foram selecionadas via chamada pública, a partir de critérios pré-estabelecidos. A programação completa está disponível no site da 17º Conferência.

Uso de imagem

Conforme indicado no formulário de inscrição, as pessoas participantes autorizam o uso de imagem (foto e audiovisual) nos diferentes registros feitos pela equipe de comunicação do evento, durante os quatro dias. O material, divulgado nas redes do CNS, será utilizado sempre com compromisso ético para promoção da 17º Conferência e de eventos correlatos sobre participação social na saúde.

Respeito

Fica proibido a todas as pessoas participantes qualquer manifestação que viole os princípios dos Direitos Humanos, que incite ódio ou discriminação durante a 17º Conferência Nacional de Saúde. Promover espaços de diálogo, respeito e construção coletiva exigem o compromisso ético com a dignidade humana. Precisamos prezar sempre por um ambiente saudável e consistente de discussão sobre as pautas do SUS.

PROGRAMAÇÃO

Domingo, dia 2 de julho

8h as 18h - Credenciamento

10h às 12h30 - Atividades Autogestionadas

12h às 14h - Almoço

14h às 16h - Mesa de Debate: Eixo Temático “O Brasil que temos. O Brasil que queremos”
16h às 16h30 - Lanche

16h30 às 18h30 - Mesa de Debate: Eixo Temático “O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas”

18h30 às 19h - Lanche

19h às 21h - Cerimônia de Abertura

21h - Jantar com Atividade Cultural

Segunda, 3 de julho

8h às 18h - Credenciamento

8h30 às 10h30 - Mesa de Debate: Eixo temático “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia”

10h30 às 11hh00 - Lanche

11h00 às 13h00 - Mesa de Debate: Eixo temático “Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas”

13h00 às 15h00 - Almoço

15h00 às 17h00 - Grupos de Trabalho

17h00 às 17h30 - Lanche

17h30 às 19h - Grupos de Trabalho

19h às 20h30 - Jantar com Atividade Cultural

20h30 às 22h - Grupos de Trabalho

Terça, 4 de julho

8h as 10h - Ato Unificado “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia”

10h30 às 11h - Lanche

11h às 13h - Grupos de Trabalho

13h às 15h - Almoço

15has 17h - Grupos de Trabalho

17h as 17h30 - Lanche

17h às 19h - Atividades Autogestionada

17h30 às 19h - Tribuna Livre

19h - Jantar com Atividade Cultural

Quarta, 5 de julho

8h30 às 10h30 - Plenária Deliberativa

10h30 às 11h - Lanche

11h às 13h - Plenária Deliberativa

13h as 15h - Almoço

15h as 17h - Plenária Deliberativa

17h às 17h30 - Lanche

17h30 - Plenária Final

3.8 Resoluções do CNS

3.8.1 – Aprovação da realização da realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde e outras medidas a ela concernentes - RESOLUÇÃO Nº 664/2021

RESOLUÇÃO Nº 664, DE 05 DE OUTUBRO DE 2021

Publicado no DOU em: 07/02/2022 | Edição: 26 | Seção: 01 | Página: 430

Dispõe sobre a aprovação da realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde e outras medidas a ela concernentes.

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que a Constituição Federal de 1988 prevê que a participação da comunidade ao status de diretriz do Sistema Único de Saúde, em seu Art. 198;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e cria a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;

Considerando que a 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) foi realizada entre os dias 04 e 07 de agosto de 2019;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que determina a obrigatoriedade de que os Conselhos de Saúde, entre outras atribuições, deliberem sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na definição dos Planos Plurianuais, das leis de diretrizes orçamentárias, das leis orçamentárias e dos planos de aplicação de recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Munícipios;

Considerando que as deliberações da 17ª Conferência Nacional de Saúde devem ser contempladas no próximo ciclo de planejamento da União e servir de subsídio para a elaboração do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual de 2024- 2027;

Considerando que a Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, prevê em seu Art. 47, que são livres as paráfrases que não forem verdadeiras reproduções da obra originária nem lhe implicarem descrédito;

Considerando que compete ao CNS o papel de fortalecer a participação e o controle social no SUS (artigo 10, IX da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008); e

Considerando que é atribuição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Plenário em reunião subsequente (Art. 13, inciso VI do Regimento Interno do CNS, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008).

Resolve *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde

Art. 1º Aprovar a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia - Amanhã vai ser outro dia[37]!”.

Art. 2º A 17ª Conferência Nacional de Saúde será coordenada pelo presidente do

37 Paráfrase de verso da música “Apesar de você”, de Francisco Buarque de Holanda, gravada no álbum Chico Buarque (PHILIPS/POLYGRAM, 1978).

Conselho Nacional de Saúde e presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

Art. 3º A 17ª Conferência Nacional de Saúde será realizada nas seguintes etapas:

I - Municipal, no período de novembro de 2022 a março de 2023;

II - Estadual e do Distrito Federal, no período de abril a maio de 2023; e

III - Nacional, no período de 02 a 05 de julho de 2023.

Art. 4º O regimento interno da 17ª Conferência Nacional de Saúde será aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e editado por meio de portaria do Ministro de Estado da Saúde.

Art. 5º As despesas com a organização e com a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde correrão à conta das dotações orçamentárias do Ministério da Saúde.

Art. 6º O Conselho Nacional de Saúde encaminhará, em até 60 dias após a aprovação desta resolução, minuta de decreto e portaria para providências quanto à convocação do processo da 17ª CNS

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 664, de 05 de outubro de 2021, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde

3.8.2 Estrutura, Composição e atribuições da comissão organizadora

RESOLUÇÃO Nº 669, DE 25 DE FEVEREIRO DE 2022
Publicado no DOU em: 03/05/2022 | Edição: 81 | Seção: 01 | Página: 71

Dispõe sobre a definição da estrutura, da composição, das atribuições da Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde e outras medidas correlatas.

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que a Constituição Federal de 1988 eleva a participação da comunidade ao status de diretriz do Sistema Único de Saúde, em seu Art. 198;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e cria a Conferência de Saúde enquanto instância colegiada a se reunir a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;

Considerando a Resolução n° 664, de 05 de outubro de 2021, que aprova a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

Considerando o debate acerca da composição da Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde ocorrido na 74ª Reunião Extraordinária remota do CNS, realizada no dia 16 de fevereiro de 2022;

Considerando a necessidade de observar os procedimentos e os prazos previstos para o encaminhamento das atividades relativas à organização da 17ª Conferência Nacional

de Saúde a serem definidos no Regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde; e

Considerando que é atribuição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Plenário em reunião subsequente (Art. 13, inciso VI do Regimento Interno do CNS, aprovado pela Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008).

Resolve *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde

Definir a estrutura, a composição, as atribuições e os/as membros/as da Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde, conforme normas anexas a esta resolução.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 669, de 25 de fevereiro de 2022, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde.

Anexo

Resolução CNS nº 669, de 25 de fevereiro de 2022.

Seção I

DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 1º A Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde será composta por 28 (vinte e oito) membros, nos moldes a seguir elencados:

I – A Comissão Organizadora será formada pelos/as integrantes da Mesa Diretora dos triênios 2018/2021 e 2021/2024 e Conselheiros(as) Nacionais de Saúde, indicados pelo Pleno do CNS, sendo preservada a paridade em sua composição.

§1º A Comissão Organizadora será coordenada pelo/a Presidente do Conselho Nacional de Saúde e, na sua ausência ou impedimento, pelo/a Secretário/a Geral.

Art. 2º A Comissão Organizadora terá a seguinte estrutura:

I – Coordenador/a Geral, em sua ausência representado/a pelo/a Secretário/a Geral;

II – Secretário/a Geral e Secretário/a Adjunto/a;

III – Relator/a Geral e Relator/a Adjunto/a;

IV – Coordenador/a de Comunicação, Informação e Acessibilidade;

V – Coordenador/a de Articulação e Mobilização;

VI – Coordenador/a de Infraestrutura e Acessibilidade; e

VII – Coordenador/a de Cultura e Educação Popular.

§1º Os/As membros/as da Secretaria Geral; Coordenação de Comunicação, Informação e Acessibilidade; Coordenação de Articulação e Mobilização; Coordenação de Infraestrutura e Acessibilidade; e Coordenação de Cultura e Educação Popular serão indicados/as pelo Pleno do CNS entre os/as integrantes da Comissão Organizadora Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

§2º A Comissão Organizadora escolherá, entre os/as conselheiros/as nacionais de saúde, um/a Secretário/a Geral, um/a Secretário/a Adjunto/a, o/a Coordenador/a e Coordenador/a Adjunto/a para as coordenações referidas nos incisos IV, V, VI e VII.

Art. 3º A Comissão Organizadora contará com Comitê Executivo, coordenado pela Secretaria Executiva do CNS, que trabalhará de modo articulado com os demais órgãos do Ministério da Saúde, instâncias, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais envolvidos, para apoio técnico, administrativo, financeiro, logístico e de infraestrutura da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O Comitê Executivo será composto por:

I – 02 (dois) integrantes da Secretaria Executiva do CNS;

II – 02 (dois) integrantes da Comissão Organizadora; e

III – 02 (dois) integrantes do Ministério da Saúde.

Seção II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º A Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde tem as seguintes atribuições:

I – Promover as ações necessárias à realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, atendendo às deliberações do CNS e do Ministério da Saúde e propor:

1. O detalhamento de sua metodologia;

2. Os nomes do/as expositores/as das mesas redondas e participantes das demais atividades;

3. Os critérios para participação e definição dos/as convidados/as nacionais e internacionais, a serem aprovados pelo Pleno do CNS;

4. A elaboração de ementas para os/as expositores/as das mesas; e

5. Os/as Delegados/as indicados/as ou eleitos/as por entidades nacionais, de gestores e prestadores de serviços de saúde, a serem aprovados pelo Pleno do CNS.

II – Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade para a Etapa Nacional;

III – Acompanhar a execução orçamentária da Etapa Nacional;

IV – Analisar e aprovar a prestação de contas da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

V – Encaminhar até 60 (sessenta) dias, após o encerramento da Conferência, o Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde ao CNS e ao Ministério da Saúde, com prazo de edição previsto para o primeiro trimestre de 2024, para ampla divulgação e início dos processos de monitoramento;

VI – Apreciar os recursos relativos ao credenciamento de Delegadas e Delegados, assim como discutir questões pertinentes à 17ª Conferência Nacional de Saúde, submetendo-as ao Pleno do CNS.

VII – Indicar, como apoiadores, pessoas e representantes de entidades e movimentos com contribuição significativa em cada área para integrarem as Comissões, caso julgue necessário.

Art. 5º Ao/A Coordenador/a Geral cabe:

I – Convocar as reuniões da Comissão Organizadora;

II– Coordenar as reuniões e atividades da Comissão Organizadora;

III– Submeter à aprovação do CNS as propostas e os encaminhamentos da Comissão Organizadora;

IV – Supervisionar todo o processo de organização da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

Art. 6º Ao Secretário/a Geral cabe:

I – Organizar a pauta das reuniões da Comissão Organizadora;

II – Participar das reuniões do Comitê Executivo;

III – Ter acesso e conhecimento de todos os documentos recebidos e encaminhados em função da realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

IV – Encaminhar os documentos produzidos pela Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde para providências; e

V – Substituir ao Coordenador/a Geral nos seus impedimentos.

Art. 7º Ao/A Relator/a Geral cabe:

I – Coordenar a Comissão de Relatoria da Etapa Nacional;

II – Promover o encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal à Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

III – Orientar o processo de trabalho dos relatores das Plenárias e dos Grupos de Trabalho;

IV – Consolidar os Relatórios da Etapa Estadual e do Distrito Federal e prepará-los para distribuição às Delegadas e aos Delegados da Etapa Nacional;

V – Sistematizar a produção dos Grupos de Trabalho;

VI – Coordenar a elaboração e a organização das moções de âmbito nacional e internacional, aprovadas na Plenária Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

VII – Estruturar o Relatório Final da 17ª Conferência Nacional de Saúde a ser apresentado ao CNS e ao Ministério da Saúde; e

VIII – Reunir os textos das apresentações dos expositores para fins de registro e divulgação.

Parágrafo único. O Relator/a Geral e o Relator/a Adjunto/a serão indicados pelo Pleno do CNS, sendo um deles, necessariamente, Conselheiro/a Nacional de Saúde.

Art. 8º À Coordenadora ou ao Coordenador de Comunicação e Informação e Acessibilidade cabe:

I – Propor a política de divulgação da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

II – Promover a divulgação do Regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

III – Orientar as atividades de Comunicação Social da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

IV – Promover ampla divulgação da 17ª Conferência Nacional de Saúde nos meios de comunicação social, inclusive o virtual;

V – Articular, em conjunto com a Secretaria Executiva do CNS e órgãos de comunicação do Ministério da Saúde, a elaboração de um plano geral de Comunicação Social da Conferência; e

VI – Coordenar a Comissão de Comunicação e Informação e Acessibilidade.

Parágrafo único. A Comissão de Comunicação e Informação assegurará que todo o material da 17ª Conferência Nacional de Saúde seja produzido de maneira a garantir acessibilidade, conforme disposto no Manual de Acessibilidade da CIASPD/CNS.

Art. 9º À Coordenadora ou ao Coordenador de Infraestrutura e Acessibilidade cabe:

I – Envidar todos os esforços necessários ao cumprimento das condições de infraestrutura e acessibilidade necessárias à realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, referentes ao local, equipamentos e instalações audiovisuais, reprografia, comunicações, hospedagem, transporte, alimentação, tradutor de sinais;

II – Supervisionar, juntamente com a Comissão Organizadora, a prestação de contas de todos os recursos destinados à realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

III – Propor os meios de acessibilidade, com vistas a incluir pessoas com deficiência e outras necessidades especiais, asseguradas condições para sua efetiva participação, nos termos do Manual de Acessibilidade da CIASPD/CNS; e cabe:

IV - Coordenar a Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade.

Art. 10 À Coordenadora ou ao Coordenador de Mobilização e Articulação

I – Estimular a organização e a realização de Conferências de Saúde em todos os Municípios, Estados e no Distrito Federal, em todas as etapas da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

II – Mobilizar e estimular a participação paritária das usuárias e dos usuários em relação ao conjunto das Delegadas e dos Delegados de todas as etapas da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

III – Mobilizar e estimular a participação paritária das trabalhadoras e dos trabalhadores de saúde em relação à soma das Delegadas e dos Delegados gestores e prestadores de serviços de saúde;

IV – Fortalecer e articular o intercâmbio Estado-Estado e Distrito Federal e incentivar a troca de experiências positivas sobre o alcance do tema das etapas Estadual, do Distrito Federal e Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

V – Garantir a articulação dos movimentos sociais, populares e sindicais para a realização de ato político, em cada uma das 03 (três) etapas, com vistas a sensibilizar a opinião pública para o tema e os eixos temáticos da 17ª Conferência Nacional de Saúde; e

VI – Coordenar a Comissão de Mobilização e Articulação.

Art. 11 À Coordenadora ou ao Coordenador de Cultura e Educação Popular cabe:

I – Identificar grupos de arte e cultura, especialmente aqueles que desenvolvem ações no âmbito da saúde e mobilizá-los para participar do processo de construção da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

II – Participar diretamente da organização da Programação Cultural da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

III – Promover grande ato político-cultural durante a Etapa Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde objetivando inserir o tema da conferência nas mídias sociais e na agenda cultural da cidade com vistas a ampliar a relevância sociocultural da conferência;

IV - Contribuir com a construção metodológica da 17ª Conferência Nacional de Saúde, identificando e compartilhando referências, dinâmicas, vivências e práticas que promovam o diálogo e articulação entre o saber e o protagonismo popular no âmbito da Conferência;

V – Assessorar a Coordenação de Infraestrutura no que concerne às condições de acessibilidade contemplando as particularidades socioculturais e regionais dos diferentes grupos sociais presentes, como também no cuidado à saúde disponibilizado aos participantes;

VI – Propor práticas e dinâmicas de acolhimento e de humanização no espaço da Etapa Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde; e

VII – Coordenar a Comissão de Cultura e Educação Popular.

Art. 12 Ao Comitê Executivo da 1ª Conferência Nacional de Saúde cabe:

I – Garantir o cumprimento do Termo de Referência (TR), aprovado pela Comissão Organizadora, seu acompanhamento e sua fiscalização e execução na Etapa Nacional;

II – Implementar as deliberações da Comissão Organizadora;

III – Articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão Organizadora e o Ministério da Saúde;

IV – Enviar orientações e informações relacionadas às matérias aprovadas pela Comissão Organizadora aos Conselhos de Saúde, aos movimentos sociais, populares e sindicais, aos gestores e prestadores de serviço de saúde e às demais entidades da sociedade civil sobre a 17ª Conferência Nacional de Saúde;

V – Apoiar as etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal na condução dos atos preparatórios para a 17ª Conferência Nacional de Saúde;

VI – Elaborar o orçamento e solicitar suplementações necessárias;

VII – Organizar a prestação de contas e encaminhar informes à Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

VIII – Apresentar propostas para atividades, infraestrutura e acessibilidade da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

IX – Solicitar a participação de técnicos dos órgãos do Ministério da Saúde, no exercício das suas atribuições, para contribuir, em caráter temporário ou permanente com a organização da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

X – Providenciar a divulgação do Regimento e do Regulamento da 17ª Conferência Nacional de Saúde, após a devida aprovação pelo Pleno do CNS;

XI – Propor a celebração e acompanhar a execução dos contratos e convênios necessários à realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

XII – Formular a sistemática de credenciamento e votação da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

XIII – Acompanhar o credenciamento das Convidadas e dos Convidados e das Delegadas e dos Delegados da Etapa Nacional;

XIV – Organizar os procedimentos para a votação das Delegadas e dos Delegados da Etapa Nacional e os seus controles necessários;

XV – Propor e organizar a Secretaria da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

XVI – Promover, em articulação com a Coordenação de Comunicação e Informação e a Coordenação de Mobilização e Articulação, a divulgação da 17ª Conferência Nacional de Saúde, considerando os princípios e as condições de Acessibilidade; e

XVII - Providenciar os atos e encaminhamentos pertinentes ao fluxo dos gastos com as devidas previsões, cronogramas e planos de aplicação.

Art. 13 As Adjuntas e os Adjuntos correspondentes à estrutura da Comissão Organizadora, substituirão as respectivas Coordenadoras ou Coordenadores, Secretário/a Geral e Relator/a Geral, em caso de impedimentos.

Seção III

DOS MEMBROS DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Art. 14 A Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde será composta nos seguintes termos:

§1º Membros da Mesa Diretora:

I – Vanja Andréa Reis dos Santos – Mandato 2018/2021;

II – Moysés Longuinho Toniolo de Souza – Mandato 2018/2021;

III – André Luiz Oliveira – Mandato 2018/2021;

IV – Priscilla Viégas Barreto de Oliveira – Mandato 2018/2021;

V – Elaine Junger Pelaez – Mandato 2018/2021;

VI – Ana Lúcia Marçal Paduello – Mandato 2021/2024;

VII – Maria da Conceição Silva – Mandato 2021/2024;

VIII – Madalena Margarida da Silva Teixeira – Mandato 2021/2024;

IX – Fernando Zasso Pigatto – Mandatos 2018/2021 e 2021/2024;

X – Fernanda Lou Sans Magano – Mandato 2021/2024;

XI – Francisca Valda da Silva – Mandato 2021/2024;

XII – Neilton Araujo de Oliveira – Mandatos 2018/2021 e 2021/2024; e

XIII – Jurandi Frutuoso Silva – Mandatos 2018/2021 e 2021/2024.

§2º Membros representantes dos segmentos do Conselho Nacional de Saúde:

I – Representantes do segmento de usuários:

1. Altamira Simões dos Santos de Sousa;
2. José Vanilson Torres da Silva;
3. Vitória Bernardes Ferreira;
4. Jacildo de Siqueira Pinho;
5. Patrícia Gonçalves Soares;
6. Elgiane de Fátima Machado Lago; e
7. Heliana Neves Hemetério dos Santos

II – Representantes do segmento de profissionais de saúde;

1. Sueli Terezinha Goi Barrios;
2. Lúcia Regina Florentino Souto; e
3. Paulo Henrique Scrivano

III – Representantes do segmento gestor/prestador de serviços:

1. Marylene Rocha de Souza;
2. Wilma Miranda Tomé Machado;
3. Nelson Augusto Mussolini;
4. Haroldo Jorge de Carvalho Pontes; e
5. Diego Espíndola de Avila.

3.8.3 - Regimento da 17ª CNS, Etapas Prévias e Regras do processo de candidatura e eleição do conjunto dos Delegados/as Estaduais, Distrito Federal, Conferências Livres para a Etapa Nacional - RESOLUÇÃO Nº 680/2022

RESOLUÇÃO CNS Nº 680, DE 05 DE AGOSTO DE 2022.

Dispõe sobre as regras relativas à realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata, resolve, ad referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde:

Aprovar o Regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS), que tem por tema "Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia".

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 680, de 05 de agosto de 2022, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E OBJETIVOS

Art. 1º A 17ª CNS, convocada pela Resolução CNS nº 664, de 05 de outubro de 2021, publicada, na Edição 26, página 430, do Diário Oficial da União, em 07 de fevereiro de 2022, tem por objetivos:

I. Debater o tema da Conferência com enfoque na garantia dos direitos e na defesa do SUS, da vida e da democracia.

II. Reafirmar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da universalidade, integralidade e equidade para garantia da saúde como direito humano, com a definição de políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, conforme previsto na Constituição Federal de 1988, e nas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

III. Mobilizar e estabelecer diálogos diretos com a sociedade brasileira acerca da saúde como um direito constitucional e da defesa do SUS;

IV. Garantir a devida relevância à participação popular e ao controle social no SUS, com seus devidos aspectos legais de formulação, fiscalização e deliberação acerca das políticas públicas de saúde por meio de ampla representação da sociedade, em todas as etapas da 17ª CNS;

V. Avaliar a situação de saúde, elaborar propostas que atendam às necessidades de saúde do povo brasileiro e definir as diretrizes que devem ser incorporadas na elaboração dos Planos Plurianuais de Saúde, Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), e revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025.

VI. Construir uma mobilização permanente das forças da sociedade, que parte do monitoramento das deliberações da 17ª CNS, para garantia de direitos sociais e democratização do Estado, em especial, as que incidem sobre o setor saúde.

Art. 2º Para os fins desta Resolução, considera-se:

I. Processo ascendente: processo que surge numa esfera de competência e segue "ascendendo" para a esfera subsequente. A Conferência surge no município, segue para o Estado e, por fim, para a esfera Nacional.

II. Conferência Livre: de caráter deliberativo, as conferências livres fazem parte dos mecanismos de participação social em saúde, mas prescindem de processos oficiais, uma vez que não precisam seguir formalidades como quórum mínimo, representatividade por segmentos ou eleição de delegação para a etapa principal.

III. Pessoa: com vistas à adoção de uma linguagem mais inclusiva, considerando as sugestões apontadas pelo Tribunal Superior Eleitoral, no "Guia de linguagem inclusiva para flexão de gênero", o conceito de pessoa será utilizado como o universal que engloba todo o conjunto da população em sua diversidade. Por uma questão de concordância verbal e nominal, as flexões de gênero seguirão a referência do conceito de pessoa, portanto, os qualificadores que o acompanham serão apresentados no feminino.

IV. Pessoa Delegada/Representante de delegação: pessoa eleita para representar a sua localidade na esfera subsequente. Na esfera municipal é a participante eleita para representar o seu município na etapa estadual. Na esfera estadual e do Distrito Federal é a participante eleita para representar o seu estado ou Distrito Federal na etapa nacional. Nas Conferências Livres é a participante eleita para representar uma Conferência Livre na etapa de sua respectiva Unidade da Federação ou na etapa nacional.

V. Pessoas LGBTI+: este conceito será utilizado como referência aos sujeitos políticos que integram movimentos sociais de representação da população LGBTI+, optando-se por esta sigla em atenção à deliberação da 16ª Conferência Nacional de Saúde acerca dessa temática.

VI. Etapas Regionais do Distrito Federal: refere-se às conferências de saúde realizadas no âmbito das Regiões Administrativas do Distrito Federal.

VII. Eleição por via ascendente: processo de escolha de representantes de delegação realizado em uma das etapas da Conferência de Saúde para a etapa subsequente. Na Etapa Municipal são eleitas, por via ascendente, as pessoas componentes da delegação do Município na Etapa Estadual. Por sua vez, na Etapa Estadual, são eleitas, por via ascendente, representantes do Estado na Etapa Nacional.

VIII. Eleição por via horizontal: processo de escolha de representantes de uma delegação realizado numa Conferência Livre para a etapa de sua respectiva Unidade da Federação. As pessoas eleitas, por via horizontal, nas Conferências Livres de âmbito nacional poderão ser delegadas na Etapa Nacional da 17ª CNS, o mesmo podendo ser replicado nas Etapas Estaduais.

IX. Atividades Autogestionadas: são atividades de caráter não deliberativo, de responsabilidade de organizações e instituições interessadas, que acontecerão durante a Etapa Nacional da 17ª CNS, sem concorrer com a sua programação oficial e cujos critérios de realização serão definidos pela Comissão Organizadora em instrumento próprio.

CAPÍTULO II

DO TEMA

Art. 3º A 17ª CNS, em virtude da referência celebratória aos 35 anos da promulgação da Constituição Cidadã e do Sistema Único de Saúde, a serem comemorados em 2023, tem como tema: "Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia".

§1º Os eixos temáticos da 17ª CNS são:

I. O Brasil que temos. O Brasil que queremos;

II. O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;

III. Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia; e

IV. Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

CAPÍTULO III

DAS ATIVIDADES PREPARATÓRIAS

Art. 4º Consideram-se etapas preparatórias da 17ª CNS, eventos de âmbito nacional, coordenados pelo Conselho Nacional de Saúde, como conferências temáticas em andamento, e aqueles comunicados à Comissão Organizadora da 17ª CNS, de outubro de 2021 a maio de 2023, que tenham por objetivo envolver setores da sociedade em defesa do SUS e da democracia, e que são assim apresentados:

I. Etapas Preparatórias de responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde, refere-se à 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSI), à 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM), e ainda, às atividades temáticas, a serem coordenadas pelas Comissões Intersetoriais do CNS.

II. Etapas Preparatórias de iniciativa da sociedade, se referem aos seguintes eventos:

a. Fórum Social das Resistências, em abril de 2022;

b. 15º Congresso da Rede Unida, em junho de 2022;

c. Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde, em agosto de 2022;

d. XXXVI Congresso Nacional do CONASEMS, em julho de 2022;

e. 14º Congresso da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam) - Democracia e Justiça Social, em julho de 2022;

f. 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - Abrascão, em novembro de 2022;

g. 73º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn), em novembro de 2022;

h. Encontros Regionais do Projeto Integra - Fase 2, em 2022; e

i. Plenárias Populares, com a participação de integrantes dos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais, Distrito Federal e nacionais), de entidades e de movimentos sociais, populares e sindicais, cujos objetivos, conteúdos e metodologias tenham por base as definições do Art. 1º deste Regimento, e que devem ser comunicadas à Comissão Organizadora da 17ª Conferência Nacional de Saúde, até maio de 2023.

§1º As atividades preparatórias possuem alta relevância política e por isso, constituem parte significativa da Conferência em todas as ações prévias de suas etapas, conforme previsto neste Regimento.

§2º As atividades preparatórias não têm caráter deliberativo e antecedem as etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional, com o objetivo de ampliar a participação popular nos debates dos temas propostos pela 17ª CNS.

CAPÍTULO IV

DAS CONFERÊNCIAS LIVRES

Art. 5º As Conferências Livres poderão ser organizadas por qualquer um dos segmentos que compõem o Conselho Nacional de Saúde, como também pela sociedade civil, podendo ser realizadas em âmbito Municipal, Intermunicipal, Regional, Macrorregional, Estadual, Distrital e Nacional, com o objetivo de debater o tema, um ou mais eixos temáticos da 17ª CNS, conforme definidos no caput e §1º do Art.3º deste regimento, e, enquanto espaços deliberativos, poderão ter seus relatórios integrados, assim como eleger pessoas delegadas no processo da 17ª CNS.

Art. 6º Para que integrem o processo da 17ª CNS, as Conferências Livres, deverão:

I. No âmbito nacional:

a. comunicar a sua realização à Comissão Organizadora da 17ª CNS, até 31 de maio de 2023, em formulário próprio a ser disponibilizado pela referida Comissão;

b. aguardar a sua aprovação para integrar a 17ª CNS pela Comissão Organizadora, que disponibilizará os critérios para essa aprovação em documento próprio, pela referida Comissão;

c. uma vez aprovadas, encaminhar os seus Relatórios Finais para a Comissão Organizadora da 17ª CNS no prazo de até 10 dias (dez dias) de sua realização; e

d. encaminhar as respectivas fichas de inscrição das representantes de delegação eleitas para participarem como delegadas na etapa nacional da conferência, no prazo de até 05 (cinco) dias de sua realização.

II. - No âmbito estadual:

a. comunicar às comissões organizadoras das conferências estaduais, até março de 2023, mesmo período em que se encerram as etapas municipais da 17ª CNS, em formulário próprio a ser disponibilizado pela respectiva Comissão Organizadora;

b. aguardar a sua aprovação pelas respectivas comissões organizadoras, que disponibilizarão os critérios para essa aprovação em documento próprio, pela referida Comissão;

c. uma vez aprovadas, encaminhar os seus Relatórios Finais para as respectivas comissões organizadoras no prazo a ser definido por elas;

d. encaminhar as respectivas fichas de inscrição das representantes de delegação eleitas para participarem como delegadas nas respectivas conferências estaduais, no prazo a ser definido pelas respectivas comissões organizadoras;

Parágrafo único. A eleição de pessoas delegadas para a 17ª CNS, por meio de Conferências Livres Nacionais, se dará da seguinte forma:

I. De 51 (cinquenta e um) a 100 (cem) participantes: 01 (uma) indicação;

II. De 101 (cento e um) a 200 (duzentos) participantes: 02 (duas) indicações;

III. A partir de 201 (duzentos e um) participantes: 03 (três) indicações;

IV. Acima de 500 (quinhentos) participantes: 05 (cinco) indicações; e

VI. Acima de 1.000 (um mil) participantes: 10 (dez) indicações.

CAPÍTULO V

DAS ETAPAS DA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Art. 7º A 17ª CNS conta com 3 (três) etapas e com as Conferências Livres como processos de debate, elaboração, votação e acompanhamento de propostas, de acordo com o seguinte calendário, previsto pela Resolução CNS n° 664, de 05 de outubro de 2021, que aprovou a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde:

I. Etapa Municipal: de novembro de 2022 a março de 2023;

II. Etapa Estadual e do Distrito Federal: de abril a maio de 2023; III - Etapa Nacional: de 02 a 05 de julho de 2023.

§1º Todas as etapas deverão ser antecedidas de atividades preparatórias, bem como da definição de modos de monitoramento e do acompanhamento das deliberações de diretrizes e propostas aprovadas, em cada esfera de gestão.

§2º Durante as referidas etapas será desenvolvida uma “Avaliação da Participação Social na 17ª CNS”, sob a coordenação e diretrizes definidas pela Comissão Organizadora da Etapa Nacional da Conferência.

§3º Os debates sobre o tema e os eixos temáticos da Conferência serão conduzidos

nas etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e na etapa Nacional, com base em Documento Orientador elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º Além do seu Relatório Final, cada uma das etapas da 17ª CNS, deve elaborar planos de ação relativos à sua esfera de competência, com vistas a contribuir com a conscientização sobre o direito à saúde e a sua disseminação para o conjunto da população de seu território, objetivando a ampliação do debate sobre a defesa do SUS na sociedade.

§5º As deliberações da 17ª CNS serão objeto de monitoramento pelas instâncias de controle social, em todas as suas esferas, com vistas a acompanhar os seus desdobramentos.

§6º A Etapa Nacional ocorrerá ainda que não sejam realizadas as etapas previstas nos incisos I e II, em sua integralidade.

§7º Em todas as etapas da 17ª CNS será assegurada a paridade de representantes do segmento Usuário em relação ao conjunto das pessoas delegadas dos demais segmentos, obedecendo ao previsto na Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012 e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§8º Em todas as etapas da 17ª CNS será assegurada acessibilidade, considerando aspectos arquitetônicos, atitudinais, programáticos e comunicacionais, de acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009, com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), e com o "Guia de acessibilidade para realização de conferências de saúde" do Conselho Nacional de Saúde.

§9º Recomenda-se que as deliberações aprovadas em cada uma das etapas da 17ª CNS apontem a competência de cada ente federado para a sua devida execução, uma vez que o SUS é um sistema integrado por três esferas de gestão, quais sejam: Municipal, Estadual/Distrito Federal e Federal.

Art. 8º A competência para a realização de cada etapa da 17ª CNS, incluído o seu acompanhamento, será da respectiva esfera de gestão (Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional) e seus Conselhos de Saúde, com apoio solidário de movimentos, entidades e instituições.

Art. 9º A 17ª Conferência Nacional de Saúde, mediante seus objetivos, previstos no Art. 1º deste regimento, incentivará a realização de conferências livres, com caráter deliberativo, no que tange à aprovação de propostas e eleição de pessoas delegadas.

Parágrafo único. As Conferências Livres não competem com a realização das etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional, nem substituem a eleição das pessoas delegadas das três etapas descritas no Art. 4º deste Regimento.

Seção I

DA ETAPA MUNICIPAL

Art. 10 A Etapa Municipal da 17ª CNS será realizada, entre os meses de novembro de 2022 e março de 2023, com base em documentos produzidos pelo Conselho Municipal de Saúde, pelo Conselho Estadual de Saúde de sua Unidade da Federação e pelo Conselho Nacional de Saúde, sem prejuízo de outros debates e documentos, com os objetivos de:

a. analisar a situação de saúde no âmbito municipal, estadual e nacional;

b. debater o tema e os eixos temáticos, definidos no caput e §1º do Art.3º deste regimento, analisando as prioridades locais de saúde, para a revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025;

c. formular propostas no âmbito do município, para elaboração do Plano e Ação, com vistas a incorporar o conceito do Direito à Saúde no debate público, de forma a ampliar a defesa do SUS no Brasil; e

d. elaborar o Relatório Final, nos prazos previstos por este Regimento.

§1º A divulgação da Etapa Municipal será ampla e a participação aberta para todas as pessoas dos respectivos territórios, com direito a voz e voto, em todos os seus espaços.

§2º Os documentos do Conselho Nacional de Saúde referidos no caput deste artigo serão definidos pelo CNS e editados após a publicação deste Regimento.

§3º As propostas e diretrizes que incidirão sobre as políticas de saúde nas esferas Estadual, do Distrito Federal e Nacional serão destacadas no Relatório Final da Etapa Municipal.

§4º O Relatório Final da Etapa Municipal será de responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Estadual, durante o mês de abril de 2023.

§5º O Relatório Final das Conferências Regionais do Distrito Federal deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa do Distrito Federal, durante o mês de abril de 2023.

§6º Os dados sobre as Conferências Municipais de Saúde serão registrados, por cada Conselho Municipal de Saúde e pelos Conselhos Regionais do Distrito Federal, durante o mês de abril de 2023, em espaço a ser definido pelo Conselho Nacional de Saúde e divulgado por instrumento próprio.

§7º A atualização dos dados junto ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) será feito por cada Conselho Municipal de Saúde, até o último dia do mês de abril de 2023.

Subseção I

DA ELEIÇÃO DA DELEGAÇÃO MUNICIPAL PARA A ETAPA ESTADUAL

Art. 11 Na Conferência Municipal de Saúde serão eleitas, de forma paritária, pessoas delegadas que participarão da Conferência Estadual de Saúde, conforme Resolução CNS nº 453/2012.

§1º As pessoas delegadas serão eleitas pela via ascendente, havendo possibilidade de que uma porcentagem do total da delegação seja eleita pela via horizontal, caso o regimento da respectiva conferência estadual assim preveja, conforme definido no parágrafo único do Art. 6º deste regimento.

§2º O resultado da eleição de pessoas delegadas da Etapa Municipal será enviado pelos Conselhos Municipais de Saúde à Comissão Organizadora da Etapa Estadual e do Distrito Federal, até o último dia do mês de abril de 2023.

§3º As Conferências Municipais deverão incentivar que sejam eleitas pessoas que ainda não participaram de outras conferências e que tenham demonstrado compromisso com a defesa do SUS, com as deliberações da conferência, bem como com os debates em torno do tema central da 17ª CNS.

§4º Recomenda-se que as Conferências Municipais elejam suas delegações, fundadas no princípio da equidade, observando a representatividade dos mais diversos grupos que compõem a população brasileira, atendendo à representação de:

I. Grupos étnico-raciais, de modo a garantir a representatividade das populações negra, indígena e das comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;

II. Representantes de movimentos rurais e urbanos, considerando as pessoas trabalhadoras do campo e da cidade;

III. Movimentos e entidades de pessoas LGBTI+;

IV. Multiplicidade geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de jovens, idosos e aposentados;

V. Pessoas com deficiência, estimulando, especialmente, a diversidade dessa população, como pessoas com deficiência psicossocial e intelectual; e

VI. Pessoas com patologias, doenças raras ou negligenciadas.

Art. 12 As atividades preparatórias da Etapa Municipal da 17ª CNS, devem ser organizadas ainda no ano de 2022 com vistas a potencializar a participação popular nos debates dos eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da garantia dos direitos e da defesa do SUS, da vida e da democracia.

§1º Todas as instituições, entidades e movimentos populares e sociais que tenham em sua agenda de debate e ação a defesa dos direitos sociais, da democracia e da participação popular poderão organizar atividades preparatórias para a 17ª CNS, bem como Conferências Livres, de acordo com o Capítulo IV deste Regimento.

§2º Para participar das etapas subsequentes, na condição de delegadas, é desejável que as pessoas tenham participado ativamente nos processos e atividades preparatórias da Etapa Municipal.

Seção II
DA ETAPA ESTADUAL E DO DISTRITO FEDERAL

Art. 13 A Etapa Estadual e do Distrito Federal da 17ª CNS, com base nos documentos do respectivo Conselho de Saúde, no Relatório Consolidado das Etapas Municipais e Regionais, no caso do DF, e no Documento Orientador da Conferência, ocorrerá entre os meses de abril e maio de 2023, com o objetivo de:

I. Analisar as propostas e prioridades de âmbito estadual e nacional, partindo das proposições provenientes das Conferências Municipais;

II. Formular diretrizes para o Plano Plurianual de Saúde (2024-2027) w para o Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal (2024-2027);

III. Elaborar o Relatório Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal, dentro dos prazos previstos por este Regimento; e

IV. Formular um Plano de Ação com propostas no âmbito da respectiva Unidade da Federação, para difusão do seu relatório final por meio de medidas de mobilização, que permitam a disseminação do conceito de Direito à Saúde, contribuindo para que ele seja incorporado socialmente, para ampliação da defesa do SUS.

Art. 14 Participam da Etapa Estadual e do Distrito Federal pessoas eleitas nas Conferências Municipais, pelo Conselho Estadual de Saúde e Conselho de Saúde do Distrito Federal e pelas Conferências Livres, assim como convidadas e demais participantes, nos termos dos respectivos regimentos.

§1º Os critérios de participação para a Etapa Estadual e do Distrito Federal são estabelecidos pelos respectivos Conselhos de Saúde, observando- se a recomendação do Art. 34 deste Regimento.

§2º Recomenda-se que os regimentos das etapas estaduais, nos termos do regimento da Etapa Nacional da 17ª CNS, disponham sobre a eleição de pessoas delegadas por Conferências Livres.

§3º Poderão exercer funções de representante de delegação na Etapa Estadual/Distrito Federal, as pessoas que estejam no exercício de mandato nos Conselhos de Saúde Estaduais/Distrito Federal, titulares e suplentes, assim como as pessoas eleitas pelo Pleno do respectivo Conselho de Saúde, constituindo, em seu conjunto, até 10% (dez por cento) do número total de representantes da delegação municipal, eleita nas Conferências Municipais e Regionais, no caso do DF.

§4º A atualização dos dados junto ao Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) será feito por cada Conselho Estadual de Saúde e pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal, até o último dia do mês de maio de 2023.

Art. 15 As atividades preparatórias da Etapa Estadual da 17ª CNS devem ser organizadas, em articulação regional com os municípios do estado, com vistas a potencializar a participação popular nos debates dos eixos da Conferência e ampliar as vozes e representações sociais em torno da garantia dos direitos e da defesa do SUS, da vida e da democracia.

§1º A participação das pessoas representantes dos Conselhos Estaduais de Saúde, das entidades e dos movimentos populares e sociais de representação estadual nas atividades preparatórias da Etapa Municipal é de extrema relevância e podem ser consideradas condição especial para a eleição da delegação da Etapa Estadual.

§2º Todas as instituições, entidades e movimentos populares e sociais que tenham em sua agenda de debate e ação a defesa dos direitos sociais, da democracia e da participação popular poderão organizar atividades preparatórias à Etapa Estadual da 17ª CNS.

Subseção I

DA ELEIÇÃO DA DELEGAÇÃO ESTADUAL PARA A ETAPA NACIONAL

Art. 16 A delegação da Etapa Estadual e do Distrito Federal para participação na Etapa Nacional será eleita, pela via ascendente, entre participantes das respectivas plenárias finais, de forma paritária, conforme Resolução CNS nº 453/2012, considerando-se a proporcionalidade populacional de cada estado, conforme tabela em anexo a este Regimento, sendo recomendada a escolha de um total de 20% de suplentes para os casos de impedimento ou ausência das pessoas eleitas.

§1º Caso o regimento da respectiva conferência estadual, ou do Distrito Federal, assim preveja, haverá a possibilidade de que uma porcentagem do total da delegação seja eleita pela via horizontal, a partir de Conferências Livres, conforme definido no Art. 6º deste regimento.

§2º As Conferências Estaduais e do Distrito Federal deverão incentivar que sejam eleitas pessoas que ainda não participaram de outras conferências e que tenham demonstrado compromisso com a defesa do SUS, com as deliberações da conferência, bem como com os debates em torno do tema central da 17ª CNS.

§3º Recomenda-se que as Conferências Estaduais elejam suas delegações, fundadas no princípio da equidade, observando a representatividade dos mais diversos grupos que compõem a população brasileira, atendendo à representação de:

I. Grupos étnico-raciais, de modo a garantir a representatividade das populações negra, indígena e das comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;

II. Representantes de movimentos rurais e urbanos, considerando as trabalhadoras e os trabalhadores do campo e da cidade;

III. Movimentos e entidades de pessoas LGBTI+;

IV. Multiplicidade geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de jovens, de idosos e de aposentados;

V. Pessoas com deficiência, estimulando, especialmente, a diversidade dessa população como pessoas com deficiência psicossocial e intelectual; e

VI. Pessoas com patologias, doenças raras ou negligenciadas.

§4º As propostas e diretrizes que incidirão sobre as políticas de saúde de âmbito nacional serão destacadas no Relatório Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal.

§5º O Relatório Final da Etapa Estadual e do Distrito Federal será de responsabilidade dos respectivos Conselhos de Saúde e deverá ser enviado à Comissão Organizadora da Etapa Nacional até 10 dias (dez dias) de sua realização.

§6º As despesas com o deslocamento da delegação estadual e do Distrito Federal para a Etapa Nacional em Brasília serão de responsabilidade dos seus respectivos Estados de origem e do Distrito Federal.

§7º O Conselho Estadual de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal devem indicar um representante da respectiva delegação, dentre as pessoas eleitas, para articulação com a Comissão Organizadora Nacional.

§8º As inscrições das pessoas delegadas, titulares e suplentes, para a Etapa Nacional

são de responsabilidade da Comissão Organizadora da Etapa Estadual e do Distrito Federal, e devem ser enviadas à Comissão Organizadora Nacional, até 05 dias (cinco dias) depois de sua realização, por meio de instrumento a ser definido pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção III

DA ETAPA NACIONAL

Art. 17 A Etapa Nacional da 17ª CNS ocorrerá em Brasília, de 02 a 05 de julho de 2023, e tem por objetivos principais analisar e votar o Relatório Nacional Consolidado, elaborado pela Comissão de Relatoria, com base nos Relatórios das Conferências Estaduais e do Distrito Federal e das Conferências Livres de âmbito nacional.

§1º A 17ª CNS será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, em sua ausência ou impedimento, pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde.

§2º A 17ª CNS será coordenada pelo Presidente do Conselho Nacional de Saúde, e, em sua ausência ou impedimento, pela Secretaria Geral da Comissão Organizadora.

Art. 18 A Etapa Nacional da 17ª CNS será constituída por 6 (seis) momentos estratégicos:

I. A Plenária de Abertura;

II. A Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro;

III. Instâncias deliberativas;

IV. Atividades autogestionadas;

V. Atividades de arte, cultura e educação popular; e VI - A Plenária Final.

Art. 19 São instâncias deliberativas da Etapa Nacional da 17ª CNS:

I. Os Grupos de Trabalho; e

II. A Plenária Deliberativa.

§1º Os Grupos de Trabalho serão compostos paritariamente por pessoas delegadas, nos termos da Resolução CNS nº 453/2012, com participação de pessoas convidadas, estas proporcionalmente divididas em relação ao seu número total.

§2º Os Grupos de Trabalho serão realizados simultaneamente, para discutir e votar os conteúdos do Relatório Nacional Consolidado.

§3º A Plenária Deliberativa tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional.

§4º O Relatório Final e o Plano de Ação aprovados na Plenária Deliberativa da 17ª CNS serão apresentados na Plenária Final da Conferência e, posteriormente, encaminhados ao CNS e ao Ministério da Saúde, que providenciarão a sua edição até dezembro de 2023.

§5º As propostas e diretrizes constantes no Relatório Final da 17ª CNS serão aprovadas em resolução do CNS até agosto de 2023, para orientar as diretrizes do PPA e do PNS.

§6º A Resolução do CNS com as propostas e diretrizes aprovadas na 17ª CNS será amplamente divulgada, por meios eletrônicos e impressos, com versão em braile, quando solicitado ao Conselho Nacional de Saúde, e servirá de base para os processos posteriores de monitoramento e acompanhamento.

I. A Plenária Final da 17ª CNS será um momento celebratório em homenagem às pessoas que lutam pela defesa do direito à saúde.

II. A Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro percorrerá a Esplanada dos Ministérios e se encerrará na Alameda dos Estados, onde o ato será finalizado com debate e outras ações culturais.

Art. 20 A proposta de Regulamento da Etapa Nacional será amplamente divulgada e submetida às sugestões por meio de consulta virtual por um período de, no mínimo, 30 (trinta) dias, em calendário a ser proposto pela Comissão Organizadora da 17ª CNS e aprovado pelo Pleno do CNS.

Seção IV

PARTICIPANTES DA ETAPA NACIONAL

Art. 21 A Etapa Nacional da 17ª CNS terá um público variável, conforme os seus distintos momentos estratégicos, contando com 4.048 (quatro mil e quarenta e oito) pessoas delegadas e 1.200 (mil e duzentas) pessoas convidadas, nos termos do Anexo deste Regimento.

§1º A definição de participantes da Etapa Nacional da 17ª CNS, assim como as descritas nas etapas municipais, estaduais e do Distrito Federal, buscará observar a representatividade dos mais diversos grupos que compõem a população brasileira, atendendo à representação de:

I. Grupos étnico-raciais, de modo a garantir a representatividade das populações negra, indígena e das comunidades originárias e tradicionais, respeitadas as diferenças e proporcionalidades locais;

II. Representantes de movimentos rurais e urbanos, considerando as pessoas trabalhadoras do campo e da cidade;

III. Movimentos e entidades de pessoas LGBTI+;

IV. Multiplicidade geracional, estimulando, especialmente, a participação de entidades, coletivos e movimentos de pessoas jovens, idosas e aposentadas;

V. Pessoas com deficiência, estimulando, especialmente, a diversidade dessa população como pessoas com deficiência psicossocial e intelectual; e

VI. Pessoas com patologias, doenças raras ou negligenciadas.

§2º A composição do conjunto de pessoas delegadas da 17ª CNS buscará promover o mínimo de 50% de mulheres no conjunto total de cada delegação.

§3º Nos termos do Art. 1º, §4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e nos termos da Resolução CNS nº 453/2012, a representação do segmento Usuário nas etapas Estadual, do Distrito Federal e Nacional da 17ª CNS será paritária em relação ao conjunto de representantes do governo, prestadores de serviços e pessoas trabalhadoras da saúde, sendo assim configurada a participação:

I. 50% das pessoas participantes serão representantes do segmento Usuário, e de suas entidades e movimentos;

II. 25% das pessoas participantes serão representantes do segmento Trabalhador da Saúde; e

III. 25% das pessoas participantes serão representantes do segmento Gestor e Prestador de Serviços de Saúde.

§4º O número de pessoas convidadas previsto no caput deste Artigo equivale a 30% (trinta por cento) do número total de pessoas delegadas, ajustado para múltiplo de quatro.

Art. 22 As pessoas participantes da Etapa Nacional distribuir-se-ão nas seguintes categorias:

I. Delegadas, com direito a voz e voto;

II. Convidadas, com direito a voz; e

III. Integrantes das Atividades Autogestionadas.

Art. 23 As pessoas delegadas na Etapa Nacional da 17ª CNS serão eleitas nas etapas Estadual e do Distrito Federal, nas Conferências Livres Nacionais e pelo Conselho Nacional

de Saúde, obedecendo às seguintes regras, explicitadas no Anexo deste regimento:

I. Distribuição do total de pessoas delegadas a partir da divisão proporcional da população de cada Estado e do Distrito Federal, mantido como piso o número de pessoas eleitas na 16ª CNS, bem como aquelas que tenham participado de Conferências Livres Nacionais; e

II. Representantes do Conselho Nacional de Saúde, titulares e suplentes, assim como pessoas delegadas eleitas pelo Pleno do CNS, preservada a paridade entre os segmentos e garantido o mínimo de 50% de mulheres, serão escolhidas enquanto representantes:

a. Do segmento Gestor e Prestador de serviço em saúde, de âmbito municipal, estadual e federal;

b. De entidades do segmento Trabalhador de Saúde;

c. De entidades e movimentos do segmento Usuário.

Art. 24 Para que seja uma pessoa delegada nas etapas da 17ª CNS, as representantes dos Conselhos de Saúde, titulares e suplentes, precisarão observar os seguintes termos:

I. - Etapa Estadual e do Distrito Federal: representantes dos Conselhos de Saúde Estaduais e do Distrito Federal;

II. - Etapa Nacional: representantes do Conselho Nacional de Saúde.

§1º As pessoas representantes do Conselho Nacional de Saúde poderão participar das etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal como convidadas.

§2º A Delegação indígena contará com 200 pessoas, de modo a representar a maior diversidade possível de grupos étnicos que compõem essa importante parcela da população brasileira, sendo:

50% escolhidas na 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; e

50% indicadas pelo Movimento Indígena.

Art. 25 As pessoas convidadas para a 17ª CNS poderão ser escolhidas entre as participantes:

I. Das Plenárias Populares;

II. Das Conferências livres;

III. Das atividades preparatórias;

IV. Dos Debates e Encontros, realizados por unidades de saúde, entidades sindicais e da sociedade civil, movimentos e associações comunitárias, escolas, vilas, bairros, assentamentos, comunidades, inclusive virtuais, distritos ou regiões, desde que abertas a ampla participação, e informadas para a Comissão Organizadora da 17ª CNS, em cadastro específico a ser divulgado;

V. Representantes de entidades e instituições de âmbito nacional, pesquisadores, incluindo os agentes do processo de Avaliação da Participação Social na 17ª CNS, e personalidades do campo científico ou popular com atuação relevante na área da saúde;

VI. Entidades e movimentos populares e sindicais, dos povos indígenas e quilombolas, trabalhadoras e trabalhadores rurais e assentados, movimento feminista e de mulheres, movimento negro, movimento LGBTI+, da luta antimanicomial, da luta contra a Aids, comunidades dos rios, do campo e da floresta, comunidades extrativistas, comunidades tradicionais e de religiões de matrizes africanas, coletivos da juventude e movimento estudantil, pessoas com patologias, pessoas com deficiência, idosos e aposentados, população em situação de rua, população cigana e demais populações em situação de vulnerabilidade social; e

VII. Instituições nacionais e internacionais governamentais ou não- governamentais, e entidades relacionadas à prestação de serviços na área da saúde.

§1º Os Conselhos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal que indicarem as pessoas

convidadas obedecerão aos mesmos critérios para participação das pessoas convidadas nacionais.

§2º Poderão ser convidadas pessoas representantes de entidades e instituições internacionais; dos demais conselhos de direitos sociais e políticas públicas vinculados à administração pública federal; membros dos órgãos de controle; integrantes do Ministério Público Federal, Estadual e do Distrito Federal, Ministério Público do Trabalho, Conselho Nacional do Ministério Público, vinculados à saúde; entre outros que tenham aderência à temática da conferência.

Art. 26 Os Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselho de Saúde do Distrito Federal ou respectivas Comissões Organizadoras das conferências comunicarão a presença de pessoas com deficiência, mobilidade reduzida, participantes com crianças ou com outras necessidades específicas, para garantia de alimentação e espaços adequados, com vistas a garantir condições necessárias à sua plena participação.

Art. 27 A Etapa Nacional da 17ª CNS estará aberta ao credenciamento livre de participantes nas Atividades Autogestionadas, cujo limite de vagas e ficha de inscrição serão divulgados em instrumento próprio.

Seção V

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 28 As despesas com a preparação e realização da Etapa Nacional da 17ª CNS, correrão à conta de dotações orçamentárias consignadas pelo Ministério da Saúde.

§1º O Ministério da Saúde arcará com as despesas relativas à Etapa Nacional da 17ª CNS, da seguinte forma:

I. Pessoas delegadas, que são conselheiras nacionais de saúde, eleitas pelo Conselho Nacional de Saúde, terão suas despesas com alimentação, hospedagem e deslocamento para Brasília custeadas pelo Ministério da Saúde;

II. Pessoas delegadas eleitas na Etapa Estadual (26 estados da federação), incluindo as vias ascendente e horizontal (conforme parágrafo único do Art. 16 deste regimento), terão suas despesas de deslocamento para Brasília custeadas pelos seus respectivos Estados e as despesas com alimentação e hospedagem durante o evento custeadas pelo Ministério da Saúde;

III. Pessoas delegadas eleitas na Etapa do Distrito Federal terão suas despesas de deslocamento para Brasília e hospedagem custeadas pelo Distrito Federal e as despesas com alimentação durante o evento custeadas pelo Ministério da Saúde;

IV. Pessoas delegadas eleitas pelas Conferências Livres Nacionais, aprovadas nesta categoria pela Comissão Organizadora da 17ª CNS, terão suas despesas com alimentação, hospedagem e deslocamento para Brasília custeadas pelo Ministério da Saúde;

V. Pessoas convidadas e participantes das Atividades Autogestionadas terão suas despesas com alimentação durante o evento custeadas pelo Ministério da Saúde;

VI. Pessoas expositoras das mesas de debates, artistas e responsáveis pela condução das atividades de arte, cultura e educação popular durante a etapa nacional da 17ª CNS terão suas despesas com alimentação, hospedagem e deslocamento para Brasília custeadas pelo Ministério da Saúde;

VII. Pessoas integrantes e convidadas das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº 669, de 25 de fevereiro de 2022, terão suas despesas com alimentação, hospedagem e deslocamento para Brasília custeadas pelo Ministério da Saúde, desde que não residam no Distrito Federal;

VIII. Pessoas integrantes e convidadas das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº 669, de 25 de fevereiro de 2022, residentes no Distrito Federal, terão suas despesas com alimentação custeadas pelo Ministério da Saúde; e

IX. Pessoas que atuarem na qualidade de apoio para a realização da Etapa Nacional terão suas despesas com alimentação durante o evento custeadas pelo Ministério da Saúde.

§2º A Comissão Organizadora buscará, em conjunto com o Ministério da Saúde e outras entidades, especialmente as integrantes do CNS, meios solidários de alojamento e transporte local para as pessoas convidadas nacionais e internacionais.

Seção VI

DO ACOMPANHAMENTO DAS ETAPAS E DO MONITORAMENTO

Art. 29 Caberá ao Pleno do CNS, bem como às demais esferas do Controle Social, acompanhar o andamento das Etapas Municipal, Estadual e do Distrito Federal e Nacional da 17ª CNS, bem como Conferências Livres que se realizarem, de acordo com este regimento.

Art. 30 O Monitoramento da 17ª CNS, tem como objetivo viabilizar o permanente acompanhamento, incluindo um processo devolutivo, por parte do Conselho Nacional de Saúde, dos encaminhamentos e efetivação das deliberações aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde, nos termos previstos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e pela Resolução CNS nº 454, de 14 de junho de 2012.

Parágrafo único. O monitoramento será de responsabilidade solidária das três esferas do Controle Social e objetiva verificar a efetividade das diretrizes e proposições constantes no Relatório Final da 17ª CNS.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31 A metodologia para a 17ª CNS será objeto de resolução do Conselho Nacional de Saúde.

Art. 32 As previsões relativas à estrutura, composição, atribuições, bem como os membros da Comissão Organizadora da 17ª CNS estão dispostas na Resolução CNS nº 669, de 25 de fevereiro de 2022.

Art. 33 Os critérios de participação de pessoas delegadas e convidadas para a Etapa Estadual e do Distrito Federal poderão ser os mesmos adotados na Etapa Nacional, conforme previsto neste Regimento.

Art. 34 Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 17ª CNS, ad referendum do Pleno do Conselho Nacional de Saúde.

ANEXO

DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS DA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

ESTADO/REGIÃO	NÚMERO DE PESSOAS DELEGADAS
Região Norte	444
Rondônia	56
Acre	48
Amazonas	76
Roraima	48
Pará	112
Amapá	48
Tocantins	56
Região Nordeste	872
Maranhão	100
Piauí	68

Ceará	120
Rio Grande do Norte	72
Paraíba	76
Pernambuco	124
Alagoas	72
Sergipe	60
Bahia	180
Região Centro-Oeste	296
Mato Grosso do Sul	64
Mato Grosso	68
Goiás	96
Distrito Federal	68
Região Sudeste	960
Minas Gerais	232
Espírito Santo	76
Rio de Janeiro	192
São Paulo	460
Região Sul	380
Paraná	140
Santa Catarina	100
Rio Grande do Sul	140
TOTAL DE PESSOAS DELEGADAS ELEITAS PELAS ETAPAS ESTADUAIS E DO DISTRITO FEDERAL	2.952
TOTAL DE PESSOAS DELEGADAS ELEITAS PELAS CONFERÊNCIAS LIVRES NACIONAIS	600
TOTAL DE PESSOAS DELEGADAS NACIONAIS*	296
TOTAL DE PESSOAS INDÍGENAS DELEGADAS	200
TOTAL DE PESSOAS DELEGADAS NA ETAPA NACIOANAL DA 17ª CNS	4.048
TOTAL DE PESSOAS CONVIDADAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS – 30% DE PESSOAS DELEGADAS	1.200
TOTAL DE PARTICIPANTES NA 17ª CNS	5.248

* Serão eleitas e eleitos 144 (cento e quarenta e quatro) Conselheiras e Conselheiros Nacionais, titulares e suplentes e 152 (cento e cinquenta e duas) pessoas delegadas eleitas pelo Pleno do CNS.

NOTA 1 - Para a 17ª Conferência Nacional de Saúde utiliza-se como critério de equidade territorial a proporção 40%-60%. Isso significa que 40% da população total do país foi dividida igualmente pelas 27 Unidades da Federação (Estados e Distrito Federal), independentemente do número de habitantes, e os demais 60% de acordo com a população de cada unidade federada. Para garantir paridade entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores (50%, 25%, 25%) o resultado foi arredondado para o múltiplo de quatro mais próximo. Para o cálculo utilizou-se a projeção do IBGE para 2014, realizada para o TCU.

NOTA 2 - O número de vagas foi calculado de modo a não haver redução, em nenhuma Unidade da Federação, do número de pessoas delegadas que participaram da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

3.8.4 - Diretrizes metodológicas da 17ª Conferência Nacional de Saúde - RESOLUÇÃO Nº 702/2022

RESOLUÇÃO Nº 702, DE 20 DE OUTUBRO DE 2022.

Dispõe sobre as diretrizes metodológicas da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Trigésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 19 e 20 de outubro de 2022, no uso de suas competências

regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e

Considerando a Resolução CNS nº 680, de 5 de agosto de 2022, que dispõe sobre as regras relativas à realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde;

Considerando a importância de inovações no formato e na metodologia das Conferências de Saúde, visando aprimorar e ampliar seu potencial mobilizador, participativo e propositivo;

Considerando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988;

Considerando o princípio da participação e do controle social no SUS, e as atribuições das Conferências de Saúde, nos termos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; e

Considerando as deliberações da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), por meio da Resolução CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019, que dá publicidade às diretrizes, propostas e moções aprovadas na Conferência.

Resolve

Aprovar as diretrizes metodológicas para a 17ª Conferência Nacional de Saúde, nos termos do Anexo desta Resolução.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 702, de 20 de outubro de 2022, nos termos nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES
Ministro de Estado da Saúde

ANEXO

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º Para os fins desta Resolução, considera-se:

I - Diretrizes metodológicas: Trata-se de recomendações que visam contribuir com o melhor desenvolvimento de métodos que sejam incorporados na organização das etapas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional, para a qualificação dos objetivos da 17ª CNS, de acordo com o Regimento, disposto na Resolução CNS nº 680, de 5 de agosto de 2022;

II - Diretriz a ser aprovada para compor os relatórios finais das conferências de saúde: deve expressar o enunciado de uma ideia abrangente, que indica caminho, sentido ou rumo. É formulada em poucas frases, de modo sintético. Pode conter números ou prazos, mas isso cabe essencialmente em detalhamentos referentes a objetivos e metas definidos para planos de ação. Desse modo, uma diretriz deve ser compreendida como uma indicação essencialmente política;

III - Proposta constante dos relatórios finais das conferências: indica as ações a serem realizadas, cuja redação deve ser iniciada com um verbo no infinitivo e sempre vinculado a uma Diretriz;

IV - Proposta nova: Trata-se da possibilidade de haver, durante uma conferência, a formulação de uma diretriz ou proposta que não conste do relatório final das conferências municipais, das Regiões Administrativas do Distrito Federal, estaduais e do Distrito Federal. Esta possiblidade deve atender a critérios definidos no regulamento da respectiva conferência.

V - Instâncias Deliberativas:

a) Grupos de Trabalho: Os grupos de trabalho são espaços que permitem que as pessoas que participam desse processo tenham espaços de fala sobre as necessidades de saúde, apresentação de propostas e aprovação de predefinições de diretrizes e propostas que expressam os rumos das políticas de saúde, em cada âmbito do SUS, ou seja, na esfera municipal, estadual, do Distrito Federal e nacional, a serem apreciados e votados na Plenária Final Deliberativa.

b) Plenária Final Deliberativa: É o momento em que as diretrizes e propostas surgidas e aprovadas em grupos de trabalho são apresentadas, analisadas e votadas pelo conjunto de pessoas delegadas nas etapas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional, cujo resultado final estará descrito no Relatório Final da respectiva Conferência.

VI - Relatório Final das conferências municipais e das Regiões Administrativas do Distrito Federal, que:

a) é o instrumento para a remessa para a Etapa Estadual/do Distrito Federal, das diretrizes e propostas aprovadas nas respectivas plenárias finais deliberativas, as quais, reunidas e sistematizadas, subsidiarão os grupos de trabalho e as Plenárias Deliberativas das Etapas Estaduais e do Distrito Federal da 17ª CNS;

b) é um instrumento de divulgação dos resultados junto à sociedade;

c) compõe as indicações objetivas de propostas que devem ser deliberadas pelos Conselhos de Saúde e acatadas pelo gestor do SUS, em cada esfera de gestão, para elaboração do Plano Estadual de Saúde e Plano Plurianual (2024-2027); e

d) passa a compor instrumento para o monitoramento das deliberações de cada etapa da 17ªCNS, em cada esfera de gestão, sobre o desenvolvimento do SUS, nos espaços do controle social.

VII - Relatório Final da Conferência Estadual e do Distrito Federal, como:

a) instrumento de remessa para a Etapa Nacional, das diretrizes e propostas aprovadas nas respectivas plenárias finais deliberativas, as quais, reunidas e sistematizadas, subsidiarão os grupos de trabalho e a Plenária Final Deliberativa das Etapa Nacional 17ª CNS;

b) o Relatório da Conferência Nacional de Saúde é instrumento de divulgação de seus resultados junto a sociedade brasileira;

c) compõe as indicações objetivas de propostas que devem ser homologadas pelo Conselho Nacional de Saúde e acatadas pelo Governo Federal, para elaboração do Plano Nacional de Saúde e Plano Plurianual 2024 a 2027; e

d) passa a compor instrumento de monitoramento das deliberações da 17ªCNS, para o pleno desenvolvimento do SUS, nos espaços de controle social.

VIII - A pessoa coordenadora do Grupo de Trabalho terá a incumbência de dirigir todos os debates e os tempos de intervenções dos participantes, conforme aprovado no regulamento. Também terá o compromisso de manter a ordem nos trabalhos.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DAS ETAPAS MUNICIPAIS, DAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL, ESTADUAIS, DO DISTRITO FEDERAL E NACIONAL

Art. 2º Os Conselhos de Saúde junto com os órgãos executivos devem conduzir todas as etapas da 17ª CNS, ou seja, os conselhos de saúde municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional estarão à frente dos processos de organização, mobilização, encaminhamentos e monitoramento das deliberações das conferências de saúde, reconhecendo a relevância da participação popular e o controle social no SUS, com seus devidos aspectos legais de formulação, fiscalização e deliberação, posto na Lei nº 8.142/1990 e na Lei Complementar nº 141/2012.

Parágrafo único. As despesas com a organização geral para a realização das etapas municipais, estaduais e nacional, correrão por conta da dotação orçamentária das secretarias municipais e estaduais de saúde e do Ministério da Saúde.

Art. 3º De modo a qualificar os objetivos da 17ª Conferência Nacional de Saúde e com o intuito de incentivar a realização de suas etapas (municipais, regionais do Distrito

Federal, estaduais, do Distrito Federal e nacional), recomenda-se que todos os Conselhos de Saúde componham suas respectivas comissões organizadoras para a construção de seus regimentos, regulamentos e outros materiais de apoio com o objetivo de debater o tema da 17ª CNS, considerando:

I - O Documento Orientador da 17ª CNS, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, que pretende contribuir para a análise da situação de saúde e as relações sociais, políticas e econômicas que são determinantes para as discussões e deliberações sobre a garantia de direitos sociais, a defesa do SUS, da vida e da democracia;

II - A previsão de recursos financeiros na Programação Anual de Saúde e na Lei Orçamentaria Anual (LOA), para a realização das atividades preparatórias, das etapas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional da 17ª CNS.

CAPÍTULO III

DA MOBILIZAÇÃO E DIÁLOGO COM A SOCIEDADE

Art. 4º A fim de atender ao objetivo de mobilizar a população e estabelecer diálogos diretos com a sociedade brasileira, acerca da garantia dos direitos, da vida e da democracia, bem como da defesa do SUS, e para que a 17ª CNS tenha forte incidência na condução das políticas de saúde em cada esfera de gestão, é essencial que os Conselhos de Saúde divulguem a realização das conferências de saúde, de acordo com a sua realidade, podendo incentivar:

I. Atividades preparatórias, que são eventos que não possuem caráter deliberativo, mas podem atrair e potencializar a participação popular e ampliar as vozes e representações sociais em torno dos debates dos eixos da 17ª CNS. Para realizar essa mobilização sugere-se que tanto os movimentos que já compõem os conselhos de saúde, quanto outros, realizem plenárias populares, lives, videoconferências, debates em praças públicas, fóruns temáticos, rodas de conversa sobre a importância da participação e do controle social e outras dinâmicas que reúnam mais pessoas para fortalecer os espaços de controle social, como as Conferências de Saúde.

II. Conferências Livres que, na 17ª CNS, passam a ter caráter deliberativo, ou seja, podem aprovar propostas e eleger pessoas delegadas para as conferências municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional, a serem organizadas por qualquer um dos segmentos que compõem os conselhos de saúde, além de outros movimentos da sociedade.

§1º Recomenda-se que as Conferências Livres estejam previstas nos regimentos das conferências municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional.

§2º Conforme considerado no Regimento da 17ª CNS, todas as instituições, entidades e movimentos populares e sociais que tenham em sua agenda de debate e ação a defesa dos direitos sociais, da democracia e da participação popular podem organizar atividades preparatórias e Conferências Livres, desde que componha o regimento da devida etapa municipal, estadual e nacional.

§3º Para a inserção da modalidade de conferência livre nas etapas municipais, estaduais, do Distrito Federal e nacional, sugere-se acompanhar o capítulo IV, da Resolução CNS nº 680, de 5 de agosto de 2022, que trata da inscrição de Conferência Livre junto à Comissão Organizadora da etapa nacional da 17ª CNS, da recepção de relatórios finais e da eleição de pessoas delegadas, com indicações de como essa nova modalidade de mobilização da sociedade pode ser incorporada nas etapas estaduais e municipais da 17ª CNS.

Art. 5º Assim como na Etapa Nacional, estimula-se que as etapas municipais, estaduais e do Distrito Federal realizem atividades semelhantes à Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro.

CAPÍTULO IV

DA PROGRAMAÇÃO, DOS DEBATES DOS EIXOS E DA FORMULAÇÃO DE PROPOSTAS

Art. 6º A programação das conferências, ao promoverem atividades que proporcionem ampla participação das pessoas, tais como, mesas redondas, painéis de discussões temáticas que dialogam com necessidades locais de saúde e a diversidade dos vários

grupos populacionais, geram espaços de reflexão e mais informações para a definição de diretrizes e propostas, a serem tratadas nas instâncias deliberativas como os grupos de trabalho e as plenárias finais.

Art. 7º Os eixos temáticos definidos no Regimento da 17ª CNS, são acompanhados das seguintes ementas e perguntas reflexivas:

I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos

a. Ementa: Análise do cenário social, econômico, político, sanitário de 2019 a 2022, quando da elaboração do Documento Orientador da 17ª CNS e as reivindicações, a partir de 2023, com base no acúmulo dos debates e deliberações do Conselho Nacional de Saúde; respeito às deliberações da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8).

b. Perguntas Reflexivas: Em quais situações do dia a dia podemos perceber o respeito à vontade popular? Como é possível perceber isso no dia a dia da vida das pessoas, em seus territórios? Podemos afirmar que quando a vontade popular é desrespeitada os direitos à saúde são reduzidos?

II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas:

a. Ementa: Olhar destacado para o processo da sindemia da Covid19, contextualizando esse período, e o papel fundamental e estratégico do controle social, movimentos sociais e sindicais e lideranças locais para salvar vidas e resistir a tantos ataques à democracia, à saúde e ao trabalho.

b. Perguntas Reflexivas: Como assegurar a participação ativa da comunidade na elaboração e execução das ações de saúde no seu território? Quais os desafios para o controle social do SUS?

III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia:

a. Ementa: O SUS como expressão do direito humano à saúde, a participação social para a transformação e o Controle Social como pilar estruturante ao SUS, afirmando a saúde como direito constitucional.

b. Perguntas Reflexivas: Quais as ações necessárias para garantir os direitos conquistados desde o processo de redemocratização no país?

IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas:

a. Ementa: Reafirmação da necessidade da luta contra a desigualdade social e as perspectivas para uma outra sociedade, garantindo o SUS de caráter universal, integral, público e de acesso gratuito que atua na promoção, proteção e recuperação da saúde e de um programa de desenvolvimento para a soberania nacional, com a definição de uma agenda estratégica as prioridades no processo de reconstrução nacional.

b. Perguntas Reflexivas: Como tem sido a sua participação na garantia do direito à saúde? O que fazer para aumentar em qualidade e quantidade a participação social nos espaços instituídos (conselhos, conferências e seus afins)?

Art. 8º Os debates em torno dos eixos temáticos e a avaliação da situação de saúde, nos âmbitos local, regional, estadual, do Distrito Federal e nacional, permitirão a elaboração e aprovação de diretrizes e propostas a serem incorporadas na elaboração dos Planos Plurianuais de Saúde, Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), os Planos de Saúde Nacional, Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027), e para a revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025, ou seja, numa construção que começa pela base, nos territórios onde as pessoas vivem e trabalham, para garantir a vida e a saúde do povo.

§1º Os referidos debates terão como apoio:

I. O Documento Orientador da 17ª CNS, elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde, que contribui para a análise da situação de saúde e as relações sociais, políticas e econômicas que são determinantes para as discussões e deliberações sobre a garantia de direitos sociais, a defesa do SUS, da vida e da democracia.

II. Os Relatórios Consolidados da Etapa Municipal e das Regiões do Distrito Federal, nas conferências estaduais;

III. Os Relatórios das Conferências Livres, desde que incorporadas no processo conforme descrito no §3º do Art. 4º deste documento;

IV. Outros textos e documentos relacionados ao tema e objetivos da 17ª CNS, considerados pertinentes às realidades locais.

§2º Recomenda-se que as comissões de organização das conferências deem ampla divulgação ao Documento Orientador a partir da diversidade de formatos e canais de comunicação que consideram as especificidades dos vários grupos populacionais.

§3º Os eixos temáticos poderão ser trabalhados de modo agregado, desde que garantido o debate de todos eles, cujos resultados devem ser sistematizados por eixos temáticos.

§4º A fim de criar um ambiente representativo, é fundamental que a formulação seja realizada em grupos de trabalho que integrem as pessoas participantes da conferência de forma paritária nos termos da Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012 e proporcional:

I - Às diversas regiões dos municípios, aos diversos municípios e às diversas regiões dos estados;

II - Às Conferências Livres incorporadas ao processo; e

III - Aos mais diversos grupos que compõem a população brasileira.

CAPÍTULO V

DOS REGULAMENTOS DAS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS, DAS REGIÕES DO DISTRITO FEDERAL, ESTADUAIS, DO DISTRITO FEDERAL E NACIONAL

Art. 9º A realização das conferências municipais, das regiões do Distrito Federal, estaduais, do Distrito Federal e nacional deve ser acompanhada da elaboração de seus respectivos regulamentos que estabelecem as regras para condução de grupos de trabalho, de plenárias finais deliberativas e de outras atividades que comporão as suas programações.

Parágrafo único: Recomenda-se que cada grupo de trabalho, dentro de sua autonomia, siga recomendações mínimas comuns de modo a permitir uma melhor organização e praticidade na consolidação do relatório, em consonância com o regimento e regulamento da correspondente etapa da 17ª CNS.

Art. 10 Recomenda-se que os regulamentos referidos no Art. 9º, disponham sobre:

I. As regras para o processo de debate e de votação das diretrizes e propostas nos grupos de trabalho e na plenária final deliberativa;

II. A definição do percentual mínimo de votos favoráveis para que as diretrizes e propostas sejam consideradas aprovadas nos grupos de trabalho para seguirem para a plenária final deliberativa;

III. A definição do percentual mínimo de votos favoráveis para que as diretrizes e propostas sejam consideradas aprovadas na plenária final deliberativa e sejam incorporadas no Relatório Final da respectiva conferência;

IV. As regras para a apresentação de propostas novas, conforme definidas no inciso IV do Art. 1º deste documento.

Art. 11 Recomenda-se que as Comissões Organizadoras das etapas da 17ª CNS, instituam comissões de relatoria com atribuições de analisar todas as diretrizes e propostas aprovadas nos grupos de trabalho e sistematizar esses resultados para serem levados para apreciação e votação na Plenária Final Deliberativa.

§1º A comissão de relatoria servirá de suporte para a Coordenação dos Grupos de Trabalho e da Plenária Final Deliberativa, no que tange a:

I. Apresentar as propostas que obtiveram concordância dos grupos de trabalho;

II. Identificar as propostas conflitantes que precisam ser apreciadas uma em contraposição à outra;

III. Identificar as propostas de supressão;

IV. Analisar a pertinência, e encaminhar as propostas novas para apreciação da plenária final deliberativa, conforme definido no inciso IV do Art. 1º deste documento.

V. Consolidar os Relatórios da respectiva Etapa da 17ª CNS;

VI. Elaborar o Relatório Final da respectiva Etapa da 17ª CNS.

CAPÍTULO VI

DAS DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS E DOS RELATÓRIOS FINAIS

Art. 12 Considerando que as Diretrizes Metodológicas aqui apresentadas têm como pressuposto as deliberações da 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8), realizada em 2019, as diretrizes e propostas definidas na 17ª CNS podem, de acordo com a avaliação das pessoas delegadas, em cada etapa, repetir ou reafirmar aquelas aprovadas em 2019, trazendo inovações em diálogo com o tema e eixos temáticos da 17ª CNS.

Art. 13 Os Relatórios Finais das Conferências Municipais e das Regiões Administrativas do Distrito Federal devem ser enviados para a Etapa Estadual e do Distrito Federal, até o final do mês de abril de 2023, contendo as diretrizes e propostas aprovadas nas plenárias finais deliberativas das respectivas conferências, que incidirão sobre as políticas de saúde nas esferas Estadual, do Distrito Federal e Nacional.

§1º As diretrizes e propostas que incidirão sobre as políticas de saúde na esfera municipal devem ser remetidas aos respectivos conselhos municipais de saúde como subsídios para:

I - A elaboração do Plano de Ação, com vistas a incorporar o conceito do Direito à Saúde no debate público, de forma a ampliar a defesa do SUS no respectivo território; e

II - A revisão dos Planos Municipais de Saúde, elaborados para os anos de 2022 a 2025.

§2º Cabe às comissões organizadoras da Etapa Estadual e do Distrito Federal definir o número de Diretrizes e de Propostas contido nos relatórios referido no caput deste artigo.

Art. 14 Os Relatórios Finais das Conferências Estaduais e do Distrito Federal devem ser enviados para a Etapa Nacional, em até 10 dias (dez dias) após a sua realização, contendo as diretrizes e propostas que incidirão sobre as políticas de saúde na esfera nacional.

§1º As diretrizes e propostas que incidirão sobre as políticas de saúde na esfera Estadual e do Distrito Federal deverão ser remetidas aos respectivos conselhos estaduais de saúde e ao Conselho de Saúde do Distrito Federal como subsídios para:

I. A elaboração do Plano de Ação, com vistas a incorporar o conceito do Direito à Saúde no debate público, de forma a ampliar a defesa do SUS no respectivo território;

II. A serem incorporadas na elaboração dos Planos Plurianuais de Saúde Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027) e dos Planos de Saúde Estaduais e do Distrito Federal (2024-2027);

§2º O Relatório Final a que se refere o caput deste artigo deve conter uma (01) Diretriz para cada um dos quatro (04) eixos temáticos e até cinco (05) Propostas por Diretriz, aprovadas na Plenária Final Deliberativa da Etapa Estadual e do Distrito Federal.

§3º Recomenda-se que cada proposta seja formulada de modo que aponte uma ação específica para a implementação da diretriz a qual está vinculada.

CAPÍTULO VII

DA ELABORAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO

Art. 15 O §4º do Art. 7º do Regimento da 17ª CNS, indica que, além do seu Relatório Final, cada uma das etapas da Conferência deve elaborar um Plano de Ação relativo à sua esfera de competência, com vistas a contribuir com a conscientização sobre o

direito à saúde e à sua disseminação para o conjunto da população de seu território, objetivando a ampliação do debate sobre a defesa do SUS na sociedade.

§1º O objetivo de cada Plano de Ação é construir uma mobilização permanente das forças da sociedade, que parta do monitoramento das deliberações das etapas da 17ª CNS, para garantia de direitos sociais e democratização do Estado, em especial, as que incidem sobre o setor saúde.

§2º Os Planos de Ação podem ser viabilizados por meio de campanhas, fóruns e processos formativos, entre outros que contemplem estratégias no sentido de manter permanentes os esforços de mobilização dos movimentos sociais em defesa do SUS e em apoio à participação social na saúde.

§3º Sugere-se que os conselhos de saúde busquem a previsão orçamentária para o desenvolvimento de seus respectivos Planos de Ação com a sua inclusão na Programação Anual de Saúde, no Plano Municipal, Estadual e Nacional de Saúde, de acordo com o Art. 44 da Lei Complementar nº 141/2012, que determina, que "No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o §2º do Art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990".

CAPÍTULO VIII

DO PROCESSO DE MONITORAMENTO DAS DIRETRIZES E PROPOSTAS APROVADAS

Art. 16 Os Conselhos de Saúde responsáveis pela realização das etapas Municipal, Estadual, do Distrito Federal e Nacional devem estabelecer um processo de monitoramento das diretrizes e propostas aprovadas que incidirão sobre as políticas de saúde nas respectivas esferas.

§1º O monitoramento do cumprimento ou do descumprimento das diretrizes e propostas aprovadas na Conferência envolve a construção de instrumentos públicos que auxiliem o Conselho de Saúde a preparar suas avaliações sobre as Programações Anuais de Saúde, os Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão, bem como a divulgação para a sociedade.

§2º Sugere-se que essas ações contem com suporte financeiro e orçamentário posto no Art. 44, da Lei Complementar nº 141/2012.

CAPÍTULO IX

DA ACESSIBILIDADE E DA ALIMENTAÇÃO NAS CONFERÊNCIAS

Art. 17 Todas as etapas da 17ª CNS devem assegurar a acessibilidade, por meio da implementação dos aspectos arquitetônicos, atitudinais, programáticos e comunicacionais que sejam livres de barreiras que dificultem ou impeçam a ampla participação de todas as pessoas com deficiência.

Art. 18 Recomenda-se que as conferências observem os parâmetros da Portaria nº 1274, de 07 de julho 2016, que trata ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável nos Ambientes de Trabalho e do Guia para elaboração de alimentação saudável em eventos (CAISAN/CGAN), incluindo a observação das restrições alimentares decorrentes de alergias, intolerâncias e hábitos alimentares relacionados à religiosidade.

CAPITULO X

DO FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

Art. 19 A fim de contribuir com o fortalecimento do controle social do SUS, em todo país, estimula-se que:

I. As conferências municipais, estaduais e do Distrito Federal atendam à “Avaliação da Participação Social na 17ª CNS”, sob a coordenação e diretrizes definidas pela Comissão Organizadora da Etapa Nacional da Conferência;

II. Os Conselhos de Saúde atualizem seus dados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), possibilitando o levantamento sobre número de pessoas conselheiras de saúde, entre outros dados que serão requisitados neste sistema, no decorrer da realização da 17ª CNS;

III - Os Conselhos de Saúde criem Comissões Intersetoriais de apoio ao desenvolvimento de suas funções e para dar respostas às suas demandas cotidianas ou reforcem as já existentes. A composição e o papel das comissões do Conselho Nacional de Saúde podem contribuir com esse objetivo.

IV - Que as Conferências de Saúde reafirmem:

a) A Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que indica que os Conselhos de Saúde devem ser presididos por pessoas eleitas entre seus membros; e

b) A criação de conselhos gestores, em todas as unidades de saúde do SUS

3.8.5 - Regulamento da Etapa Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde- RESOLUÇÃO Nº 705/2023

RESOLUÇÃO Nº 705, DE 10 DE JANEIRO DE 2023.

Publicado no DOU em: 23/08/2023 | Edição: 161 | Seção: 1 | Página: 78

Aprova o Regulamento da Etapa Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde.

O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e

Considerando que o Art. 198, III da CF/1988 prevê a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde; e

Considerando os resultados da Consulta Virtual para sugestões da sociedade sobre o Regulamento da Etapa Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS), conforme disposto no Art. 20 do Anexo da Resolução CNS nº 680, de 05 de agosto de 2022, disponível no período de 13 de outubro a 12 de novembro de 2022.

Resolve *ad referendum* do Pleno do Conselho Nacional de Saúde

Aprovar o Regulamento da Etapa Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde, conforme documento anexo desta resolução.

FERNANDO ZASSO PIGATTO
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 705, de 10 de janeiro de 2022, nos termos nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

NÍSIA TRINDADE LIMA
Ministra de Estado da Saúde

ANEXO I À RESOLUÇÃO CNS Nº 705, DE 10 DE JANEIRO DE 2023.

REGULAMENTO DA ETAPA NACIONAL DA 17ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º Este Regulamento define as regras de funcionamento da Etapa Nacional da 17ª Conferência Nacional de Saúde (17ª CNS), convocada pela Resolução CNS nº 664, de 05 de outubro de 2021, publicada, na Edição 26, página 430, do Diário Oficial da União, em 07 de fevereiro de 2022, com Regimento publicado por meio da Resolução CNS nº 680, de 05 de agosto de 2022.

CAPÍTULO II

DO TEMÁRIO

Art. 2º Nos termos do seu Regimento, em virtude da referência celebratória aos 35 anos da promulgação da Constituição Cidadã e do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem comemorados em 2023, a 17ª CNS tem como tema: “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia”.

Parágrafo único. Os eixos temáticos da 17ª CNS são:

I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos;

II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;

III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia; e

IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

Art. 3º Os eixos temáticos serão discutidos em espaços que permitam e estimulem a participação e o livre debate, formatados pela Comissão Organizadora Nacional da 17ªCNS.

CAPÍTULO III

DE PARTICIPANTES

Art. 4º Nos termos do Regimento da 17ª CNS, as pessoas participantes da Etapa Nacional estão distribuídas nas seguintes categorias:

I - Delegadas, com direito a voz e voto;

II - Convidadas, com direito a voz;

III - Integrantes das Atividades Autogestionadas, com direito à voz nas atividades não deliberativas.

§1º Também são participantes da Etapa Nacional, com direito à voz nas atividades não deliberativas, pessoas integrantes das atividades de arte, cultura e educação popular.

§2º As pessoas integrantes das comissões nacionais de organização e do Comitê Executivo da conferência, definidos no Anexo da Resolução CNS nº 669, de 25 de fevereiro de 2022, têm direito a voz em todas as atividades.

§3º Cabe ao Comitê Executivo a definição da lista de pessoas que devem atuar como equipe de apoio para a realização da Etapa Nacional da 17ª CNS.

§4º Acompanhante das pessoas com deficiência tem acesso a todas as atividades que são liberadas para a pessoa acompanhada, conforme a sua categoria.

§5º Atividades Autogestionadas são de caráter não deliberativo, de responsabilidade de organizações e instituições interessadas, que acontecerão durante a Etapa Nacional da 17ª CNS, sem concorrer com a sua programação oficial e cujos critérios de realização são definidos pela Comissão Organizadora em instrumento próprio.

CAPÍTULO IV

DO CREDENCIAMENTO

Art. 5º Durante a programação da Etapa Nacional, o credenciamento das Pessoas Delegadas será realizado no dia 02 de julho de 2023, das 8 horas às 18 horas, e no dia 03 de julho de 2023, das 8 horas às 14 horas.

§1º A Comissão Organizadora Nacional pode disponibilizar a antecipação do início do credenciamento das Pessoas Delegadas, considerando as possibilidades de infraestrutura.

§2º As datas e formato da antecipação referida no §1º serão informadas oportunamente.

Art. 6º O credenciamento das pessoas suplentes em substituição às pessoas delegadas titulares não credenciados no prazo definido no Art. 5º deste Regulamento será realizado no dia 03 de julho de 2023, das 14 horas às 18 horas.

§1º Fica sob a responsabilidade da pessoa representante da delegação de cada Estado, do Distrito Federal e das conferências livres nacionais acompanhar a substituição das pessoas delegadas titulares pelas respectivas pessoas suplentes.

§2º A pessoa representante das delegações referidas no §1º deve ser indicada pelo Conselho Estadual de Saúde, pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal e pela organização de conferências livres nacionais, dentre as pessoas das respectivas delegações, para articulação com a Comissão Organizadora Nacional, no que tange ao credenciamento.

Art. 7º No período entre o dia 02 de julho de 2023, das 8 horas às 18 horas, e o dia 03 de julho de 2023, das 8 horas às 18 horas, será realizado o credenciamento das pessoas participantes não incluídas na categoria de pessoas delegadas, conforme descrito nos artigos 5º e 6º deste regulamento.

Art. 8º Acompanhantes das pessoas com deficiência devem fazer o seu credenciamento no momento do credenciamento da pessoa acompanhada, conforme a sua categoria.

Art. 9º O credenciamento será antecedido pela inscrição prévia em sistema definido pela Comissão Organizadora Nacional nos prazos assim estipulados:

I. Para pessoas delegadas eleitas nas conferências da Etapa Estadual, do Distrito Federal e das Conferências Livres Nacionais, até 05 dias (cinco dias) depois de sua realização, no limite do dia 05 de junho de 2023;

II. Para as demais pessoas participantes da Etapa Nacional a data limite será o dia 05 de junho de 2023.

Parágrafo único. O modelo das informações necessárias para as inscrições prévias está no anexo deste Regulamento.

Art. 10 Considerando o artigo 27 da Resolução CNS nº 680, de 05 de agosto de 2022, as pessoas integrantes das Atividades Autogestionadas, que não sejam pessoas delegadas ou pessoas convidadas, podem realizar a sua inscrição, em sistema específico definido pela Comissão Organizadora Nacional, para fins de participar das atividades não deliberativas, nos termos do inciso III do artigo 4º deste Regulamento e ter direito à alimentação, conforme disposto no inciso V do §1º do art. 28 do Regimento da 17ª CNS.

Parágrafo único. O número de vagas para a inscrição descrita no caput será definido pela Comissão Organizadora Nacional.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 11 A Etapa Nacional da 17ª CNS tem a seguinte organização:

I - A Plenária de Abertura;

II - A Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro;

III - Espaços de discussão dos eixos temáticos;

IV - Instâncias deliberativas, desdobradas em:

a) Grupos de Trabalho; e

b) Plenária Deliberativa

V - Atividades autogestionadas;

VI - Espaços de Arte, Cultura, Educação Popular e Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS);

VII - Tribuna Livre, e

VIII - Plenária Final.

- §1º A Plenária de Abertura é uma sessão solene, não deliberativa, para dar início à 17ª Conferência Nacional de Saúde e de acesso às autoridades, à representantes de instituições e entidades públicas e privadas, às pessoas delegadas, pessoas convidadas, integrantes das Atividades Autogestionadas e demais pessoas participantes referidas no Art. 4º deste regulamento.

- §2º A Marcha em Defesa do SUS, da Democracia e da Saúde do Povo Brasileiro, é um espaço aberto à todas as categorias de participantes na etapa nacional, além da população em geral, dos movimentos sociais e sindicais e do parlamento brasileiro.

- §3º Os Espaços de discussão dos eixos temáticos são sessões, não deliberativas, que têm a finalidade de apresentar e qualificar os debates em torno dos eixos temáticos da 17ª CNS, de acesso às pessoas delegadas, pessoas convidadas, integrantes das Atividades Autogestionadas e demais pessoas participantes referidas no Art. 4º deste regulamento, com direito à voz.

- §4º Os Grupos de Trabalho são instâncias deliberativas para discutir e votar os conteúdos do Relatório Nacional Consolidado de acesso reservado às pessoas delegadas, com direito a voz e voto e às pessoas Convidadas, com direto à voz.

- §5º A Plenária Deliberativa é uma sessão que tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar propostas provenientes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional, de acesso reservado às pessoas delegadas, com direito à voz e voto.

- §6º As Atividades autogestionadas são atividades não deliberativas, de responsabilidade de organizações da sociedade civil, cujos critérios são definidos e divulgados pela Comissão Organizadora Nacional, em instrumento próprio.

- §7º Espaços de arte, cultura e educação popular em saúde são distribuídos entre a “Tenda Simone Leite e Wanderley Gomes”, o “Espaço Paulo Freire”, o Espaço de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e o Espaço de Acolhimento e destinam-se ao desenvolvimento de diversas atividades cujos formatos e metodologias são definidos pala Comissão Organizadora.

- §8º A Tribuna Livre é uma sessão, não deliberativa, de livres manifestações das várias categorias de participantes a partir de prévia inscrição e com coordenação da Comissão Organizadora Nacional.

- §9º A Plenária Final, não deliberativa, é uma sessão celebratória em homenagem às pessoas que lutam pela defesa do direito à saúde e de encerramento da Etapa Nacional da 17ª CNS.

CAPÍTULO VI

DOS ESPAÇOS DE DISCUSSÃO DOS EIXOS TEMÁTICOS

Art. 12 Os formatos e as ementas para o desenvolvimento dos espaços de discussão dos eixos temáticos são definidos pela Comissão Organizadora Nacional.

Art. 13 O debate é feito por meio da manifestação escrita ou verbal das pessoas participantes, garantindo-se a ampla oportunidade de participação no tempo estipulado e em número de inscrições compatível com o tempo disponível para o debate, definido pela coordenação da atividade, tendo prioridade para manifestação as pessoas inscritas pela primeira vez.

Parágrafo único. O tempo máximo para cada manifestação é de até 3 (três) minutos improrrogáveis, exceto para as pessoas com deficiência auditiva e demais pessoas com deficiência ou patologias que tenham dificuldade de comunicação, cujo tempo é de até 6 (seis) minutos.

CAPÍTULO VII

DOS GRUPOS DE TRABALHO

Seção I

Da Responsabilidade

Art. 14 Os 48 (quarenta e oito) Grupos de Trabalho, realizados simultaneamente para debater e votar o Relatório Nacional Consolidado, são divididos pelos quatro eixos temáticos definidos no §1º do Art. 3º da Resolução CNS nº 680, de 5 de agosto de 2022, que são:

I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos;

II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;

III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia; e

IV - Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

§1º Cada grupo é responsável pela análise das diretrizes e propostas relacionadas ao respectivo tema, sendo que cada um dos eixos temáticos deve ser analisado e votado por 12 (doze) grupos de trabalho.

§2º O Relatório Nacional Consolidado, organizado na forma de diretrizes e propostas, é formado pela sistematização, elaborada pela Comissão de Relatoria Nacional, dos relatórios das conferências estaduais, realizadas durante a Etapa Estadual, da conferência do Distrito Federal e das conferências livres nacionais integrantes do processo da conferência, conforme Art. 6º da Resolução CNS nº 680, de 5 de agosto de 2022.

§3º Cada um dos relatórios finais das conferências estaduais, realizadas durante a Etapa Estadual, da conferência do Distrito Federal e das conferências livres nacionais devem conter até uma (01) Diretriz para cada um dos quatro (04) eixos temáticos e até cinco (05) Propostas por Diretriz.

§4º Recomenda-se que cada proposta seja formulada de modo que aponte uma ação específica para a implementação da diretriz a qual está vinculada.

§5º Para efeito do Relatório Nacional Consolidado compreende-se:

I - Diretriz: deve expressar o enunciado de uma ideia abrangente, que indica caminho, sentido ou rumo. É formulada em poucas frases, de modo sintético. Pode conter números ou prazos, mas isso cabe essencialmente em detalhamento referente a objetivos e metas definidos para planos de ação. Desse modo, uma diretriz deve ser compreendida como uma indicação essencialmente política.

II - Proposta: indica as ações a serem realizadas, sempre vinculado a uma Diretriz. As propostas indicarão onde se quer chegar, o que deverá ser feito, os prazos, as responsabilidades e as competências de execução.

§6º Representações das relatorias das conferências estaduais, do Distrito Federal e das conferências livres nacionais são convidadas a apoiar a Comissão de Relatoria Nacional na elaboração do Relatório Nacional Consolidado.

§7º Caso sejam identificadas diretrizes e propostas aprovadas nas conferências estaduais, do Distrito Federal e nas conferências livres nacionais que não tenham sido contempladas, ou tiveram seus méritos alterados no Relatório Nacional Consolidado a representação da respectiva delegação pode apresentar, até as 48 horas após a divulgação do Relatório Nacional Consolidado, pedido de consulta e retificação, por escrito, à Comissão de Relatoria Nacional que avaliará a pertinência do recurso, e, em caso de concordância, o encaminhará aos Grupos de Trabalho responsáveis pelo debate do respectivo tema, vinculado ao pedido de consulta.

Seção II

Da Composição

Art. 15 Os Grupos de Trabalho são compostos paritariamente, nos termos da Resolução CNS nº 453/2012, por pessoas delegadas, com direito à voz e voto, com a participação de pessoas convidadas, proporcionalmente divididas em relação ao seu número total de participantes, com direito à voz.

§1º A distribuição das pessoas delegadas e das pessoas convidadas é feita no ato do credenciamento respeitando-se o número de vagas limite de cada Grupo de Trabalho em relação à:

I - Paridade definida no caput deste artigo;

II - Proporcionalidade das delegações dos Estados, do Distrito Federal e das Conferências Livres;

III - Proporcionalidade de até 30% de pessoas convidadas.

Seção III

Da Organização

Art. 16 Os Grupos de Trabalho (GT) contam com a seguinte organização:

I - As atividades dos GTs são dirigidas por uma mesa coordenadora com a função de organizar as discussões, realizar o processo de verificação de quórum, controlar o tempo e organizar a participação das Pessoas Delegadas e Convidadas;

II - A Mesa Coordenadora prevista no item I é composta por:

a) uma pessoa coordenadora titular, indicada pela Comissão Organizadora Nacional;

b) uma pessoa coordenadora adjunta, indicada entre as pessoas participantes do GT; e

c) uma pessoa secretária, indicada pela Comissão Organizadora.

V - A relatoria de cada Grupo de Trabalho é composta por 2 (duas) pessoas indicadas pela Comissão de Relatoria Nacional.

Art. 17 As indicações para os 48 (quarenta e oito) Grupos de Trabalho, pela Comissão Organizadora Nacional, previstas nas alíneas “a” e “b” do inciso IV, atendem a paridade da seguinte forma:

I - Pessoas coordenadoras: 24 (vinte e quatro) serão representantes do segmento usuários; 12 (doze) serão representantes do segmento trabalhadores da saúde; e 12 (doze) serão representantes do segmento gestores e prestadores de serviços de saúde; e

II - Pessoas secretárias: 24 (vinte e quatro) serão representantes do segmento usuários; 12 (doze) serão representantes do segmento trabalhadores da saúde; e 12 (doze) serão representantes do segmento gestores e prestadores de serviços de saúde.

Seção IV

Da Instalação e do Funcionamento

Art. 18 A instalação do GT ocorrerá com quórum mínimo de 40% (quarenta por cento) do número total de Pessoas Delegadas integrantes do GT.

Parágrafo único. Após a instalação prevista no item I, o processo de votação ocorre com qualquer número de presentes no GT.

Art. 19 Instalado o GT, a pessoa coordenadora titular procede à escolha da pessoa coordenadora adjunta dentre as pessoas participantes do GT.

Art. 20 Definida a Mesa Coordenadora dos trabalhos se procederá da seguinte forma:

I - Leitura de cada diretriz relacionada ao respectivo eixo temático constante do Relatório Nacional Consolidado, consultando as pessoas presentes sobre a existência de destaques e registrando os nomes das proponentes, e, em seguida;

II - Leitura de cada proposta referente ao seu respectivo eixo temático constante do Relatório Nacional Consolidado, consultando as pessoas presentes sobre a existência de destaques e registrando os nomes das pessoas proponentes.

Parágrafo único. Os destaques podem ser de:

I - Aglutinação de diretrizes ou propostas semelhantes no mérito;

II - Contribuição na redação das diretrizes e propostas, sem alteração dos respectivos méritos, e

III - Supressão parcial ou total do texto.

Art. 21 Cada destaque é apreciado separadamente, após leitura total do eixo, da seguinte maneira:

I - Ao término da leitura do destaque, a pessoa proponente tem o tempo de até 2 (dois) minutos para defender sua proposta de aglutinação ou contribuição de redação ou supressão total ou parcial;

II - Após a defesa mencionada no item I, é conferido o tempo de até 2 (dois) minutos para a pessoa delegada que queira fazer a defesa de manutenção do texto original constante do Relatório Nacional Consolidado.

§1º Caso haja mais de um destaque para a mesma diretriz ou proposta, recomenda-se que as pessoas proponentes se reúnam e, preferencialmente, apresentem um destaque único.

§2º Se não houver possibilidade de unificação dos destaques, conforme mencionado no parágrafo acima, cada destaque é tratado como uma proposição mudança do texto original constante do Relatório Nacional Consolidado;

§3º É permitida uma segunda manifestação, a favor e contra, caso as pessoas integrantes do GT estejam com dúvidas para a votação;

§4º Caso a pessoa proponente não estiver presente no momento da sua apreciação, o destaque não será considerado.

Art. 22 Superada a fase de apreciação, cada destaque passará para a fase de votação.

§1º Para efeito de votação, o texto original é denominado “proposição número 1” e cada destaque é denominado “proposição número 2” e as pessoas delegadas devem se manifestar por:

a) “Favorável” à “proposição número 1”; ou

b) “Favorável” à “proposição número 2”, ou

c) “Abstenção”.

§2º Caso exista um ou mais destaques em relação a uma diretriz ou proposta original do

Relatório Nacional Consolidado, a ordem de votação dos destaques deve ser a seguinte:

I - Primeiramente, coloca-se em votação, caso haja, destaque relacionado à supressão total;

II - Se o destaque de supressão total obtiver a votação favorável de no mínimo 50% (cinquenta por cento) mais um (1) das pessoas delegadas presentes no momento da votação, não serão apreciados os demais destaques que por ventura tenham sido apresentados em relação ao texto em apreciação;

II - Se o destaque de manutenção do texto original obtiver a votação favorável de no mínimo 50% (cinquenta por cento) mais um (1) das pessoas delegadas presentes no momento da votação, serão apreciados os demais destaques que por ventura tenham sido apresentados em relação ao texto em apreciação;

III - Em seguida, coloca-se em votação o texto original contra, caso haja, o destaque relacionado à contribuição na redação do texto original;

IV - Finalmente, coloca-se em votação o texto original, ou o texto com a nova redação, contra, caso haja, o destaque relacionado à aglutinação de diretrizes ou propostas semelhantes no mérito.

Art. 23 Encerrada a fase de votação de todos os destaques, as diretrizes e propostas do Relatório Nacional Consolidado que não foram objeto de destaques são votadas em conjunto, consultando as pessoas delegadas sobre a seguinte manifestação:

I - Favorável ao conjunto das diretrizes e propostas;

II - Contrária ao conjunto das diretrizes e propostas; e

III - Abstenção.

Art. 24 O registro de todas as votações é feito em mecanismo a ser definido e disponibilizado pela Comissão de Relatoria Nacional.

Art. 25 A Mesa Coordenadora do Grupo de Trabalho pode assegurar às pessoas participantes uma intervenção pelo tempo improrrogável de 2 (dois) minutos, nas seguintes situações:

I - Pela “Questão de Ordem”, quando os dispositivos do Regimento e deste Regulamento não estiverem sendo observados; e

II - Por solicitação de “Explicação”, quando a dúvida for dirigida à Mesa Coordenadora do GT, antes do processo de votação.

§1º Não são permitidas questões de ordem durante o regime de votação.

§2º As solicitações de encaminhamento somente são acatadas pela Mesa Coordenadora dos Trabalhos quando se referirem às propostas em debate, com vistas à votação.

CAPÍTULO VIII

DO RELATÓRIO CONSOLIDADO DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art. 26 Cabe à Comissão de Relatoria Nacional organizar o Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho a ser apreciado pela Plenária Deliberativa, com a seguinte estrutura:

I - Diretrizes e propostas consideradas aprovadas pela Etapa Nacional por terem obtido, no mínimo, 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em, pelo menos, metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático;

II - Diretrizes e propostas para apreciação e deliberação da Plenária Deliberativa:

a) que obtiverem no mínimo 50% (cinquenta por cento) mais um (1) e menos de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em, pelo menos, metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático;

b) que obtiverem mais de 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em pelo menos 5 (cinco) Grupos de Trabalho;

c) identificadas como conflitantes, ou resultantes de duas ou mais supressões diferentes de uma mesma diretriz ou proposta, após a análise, pela Comissão de Relatoria Nacional, de todas as diretrizes e propostas aprovadas nos Grupos de Trabalho.

§1º As diretrizes e propostas que não atingirem o número de votos favoráveis e que não se encaixe em nenhuma das situações descritas no inciso I e nas alíneas do inciso II serão consideradas não aprovadas.

§2º As Diretrizes e propostas constantes do referido relatório são agrupadas de acordo com os eixos temáticos descritos no Art. 2º deste regulamento.

§3º A Comissão de Relatoria Nacional deve criar um código de identificação de cada uma das diretrizes e propostas constantes do referido relatório.

CAPÍTULO IX

DAS MOÇÕES

Art. 27 As propostas de moção, de âmbito, repercussão e relevância nacional ou internacional, devem ser encaminhadas por Pessoas Delegadas e apresentadas à Comissão de Relatoria Nacional, até às 12 horas do dia 04 de julho de 2023, em formulário próprio, de preferência por meio eletrônico, definido pela referida comissão, com os seguintes campos:

I - Âmbito (nacional ou internacional);

II - Tipo (apoio, repúdio, apelo, solidariedade ou outro);

III - A quem é destinada;

IV - Fato ou condição que motiva ou gera a moção e a providência referente ao pleito; e

V - Identificação da pessoa proponente (nome, unidade federativa, segmento que representa), de forma opcional.

Art. 28 Cada proposta de moção deve ser assinada por, no mínimo, 400 (quatrocentas) Pessoas Delegadas credenciadas.

Art. 29 A Comissão de Relatoria Nacional, ao observar o atendimento aos critérios previstos nos artigos 27 e 28 deste Regulamento, deve organizar as propostas de moção classificando-as e agrupando-as por tema, codifica-las e disponibilizá-las para apreciação da Plenária Deliberativa.

CAPÍTULO X

DA PLENÁRIA DELIBERATIVA

Art. 30 A Plenária Deliberativa tem por objetivo debater, aprovar ou rejeitar as diretrizes e propostas provenientes do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, bem como as moções de âmbito nacional e internacional disponibilizadas pela Comissão de Relatoria Nacional.

Parágrafo único. O relatório será apresentado no espaço destinado à realização da Plenária Deliberativa, podendo ser em formato eletrônico ou impresso, dependendo dos meios disponíveis no momento.

Art. 31 Cabe, também, à Plenária Deliberativa apreciar e votar as propostas novas que possam ter sido apresentadas, diretamente para a Comissão de Relatoria Nacional, em formulário próprio, definido pela referida comissão, até 48 horas antes do início da Etapa Nacional.

§1º As propostas novas, às quais se refere o caput deste artigo, são diretrizes ou propostas que não constem do Relatório Nacional Consolidado e que poderão ser apresentadas, ou seja, que não foram objetos de discussão e aprovação durante as etapas municipal e estadual ou durante as conferências livres nacionais, desde que cumpram, simultaneamente, os seguintes quesitos:

I - Sejam de relevância e de âmbito nacional e pertinentes a um, ou mais, eixo temático do tema da 17ª CNS;

II - Não sejam afetas às diretrizes e propostas já contempladas no Relatório Nacional Consolidado;

III - A extemporaneidade e excepcionalidade da proposta seja justificada por fato ou situação ocorrida após a conclusão das etapas anteriores da 17ª CNS, o que impediu seu debate anteriormente à Etapa Nacional; e

IV - Sejam formuladas a partir da articulação de movimentos sociais, entidades e instituições com articulação em pelo menos nove (9) estados da Federação distribuídos em pelo menos três 3 regiões do país.

§2º Cabe à Comissão de Relatoria Nacional receber as propostas novas, avaliar o cumprimento dos quesitos e apresentá-las para apreciação e votação na plenária deliberativa.

Art. 32 Participam da Plenária Deliberativa:

I - Pessoas Delegadas, com direito a voz e voto; e

II - Integrantes das comissões de organização nacional da 17ª CNS.

Parágrafo único. A Comissão Organizadora Nacional deve destinar locais específicos de permanência para as pessoas com deficiência.

Art. 33 As atividades da Plenária Deliberativa são dirigidas por uma Mesa Coordenadora composta por 4 (quatro) pessoas indicadas pela Comissão Organizadora Nacional, de modo paritário, sendo:

I - 2 (duas) pessoas representantes do segmento usuários;

II - 1 (uma) pessoa representante do segmento trabalhadores;

III - 1 (uma) pessoa representante do segmento gestores e prestadores de serviços de saúde;

Art. 34 A apreciação e votação do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, das moções e das propostas novas serão encaminhadas da seguinte maneira:

I - Serão informados os códigos de identificação das diretrizes e propostas consideradas aprovadas pela Etapa Nacional por terem obtido, no mínimo, 70% (setenta por cento) de votos favoráveis em, pelo menos, metade mais um (1) dos Grupos de Trabalho de cada Eixo Temático;

II - Serão informados os códigos de identificação das diretrizes e propostas consideradas não aprovadas pela Etapa Nacional por não terem obtido a votação mínima prevista nesse regulamento;

III - Em seguida, será feita a leitura e votação das diretrizes e propostas aprovadas para apreciação e deliberação da Plenária Deliberativa, referidas nas alíneas “a”, “b”, “c”, e “d” do inciso II do Art. 25 deste Regulamento;

IV - Após a votação do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho, serão colocadas em apreciação e votação as propostas novas que se referem ao Art. 30 deste regulamento.

§1º Caso a maioria das pessoas presentes manifeste dúvidas para a votação, será permitida às Pessoas Delegadas uma manifestação “a favor” e uma “contra”, com duração de até 2 (dois) minutos, cada uma.

§2º A Mesa Coordenadora dos Trabalhos da Plenária Deliberativa avaliará e poderá assegurar às Pessoas Delegadas o direito de questão de ordem, ou de esclarecimento e propostas de encaminhamento, nos termos do Art. 21 deste Regulamento.

Art. 35 Encerrada a fase de apreciação do Relatório Consolidado dos Grupos de Trabalho e das propostas novas, a Mesa Coordenadora procederá à leitura das propostas de moções e as submeterá à votação.

Art. 36 As diretrizes, as propostas e as moções, que obtiverem o voto favorável de no mínimo 50% mais 1 (um) das Pessoas Delegadas presentes na Plenária Deliberativa serão consideradas aprovadas pela Etapa Nacional da 17ª CNS.

Art. 37 Concluída a fase de votação encerra-se a sessão da Plenária Deliberativa da 17ª CNS.

CAPÍTULO XI

DO DESLOCAMENTO, DA HOSPEDAGEM E DA ALIMENTAÇÃO

Art. 38 O deslocamento da cidade de origem para Brasília, assim como o seu retorno, no período da Etapa Nacional será custeado pela dotação orçamentária consignada pelo Ministério da Saúde, exclusivamente para pessoas:

I - Delegadas, que são conselheiras nacionais de saúde, eleitas pelo Conselho Nacional de Saúde;

II - Delegadas eleitas pelas Conferências Livres Nacionais, aprovadas nesta categoria pela Comissão Organizadora da 17ª CNS;

III - Convidadas para os espaços de discussão dos eixos temáticos;

IV - Artistas e responsáveis pela condução das atividades de arte, cultura e educação popular;

V - Das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº 669, de 25 de fevereiro de 2022.

Art. 39 A hospedagem durante a Etapa Nacional em Brasília será custeada pela dotação orçamentária consignada pelo Ministério da Saúde, exclusivamente para pessoas:

I - Delegadas credenciadas;

II - Convidadas credenciadas;

III - Convidadas para os espaços de discussão dos eixos temáticos;

IV - Artistas e responsáveis pela condução das atividades de arte, cultura e educação popular; e

V - Das comissões que integram a estrutura da Comissão Organizadora, conforme disposto na Resolução CNS nº 669, de 25 de fevereiro de 2022.

Parágrafo único. Pessoas residentes no Distrito Federal não terão custeio para a hospedagem a partir da dotação orçamentária consignada pelo Ministério da Saúde.

Art. 40 A alimentação durante a Etapa Nacional será custeada pela dotação orçamentária consignada pelo Ministério da Saúde, exclusivamente para pessoas:

I - Todos os grupos referidos entre os incisos I e V do artigo anterior;

II - Integrantes das Atividades Autogestionadas inscritas conforme artigo 9º deste Regulamento;

III - Integrantes da Equipe de Apoio credenciadas; e

IV - Pessoas credenciadas na condição de comunicação e indicadas pela Comissão Organizadora Nacional.

CAPÍTULO XII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 41 Serão conferidos certificados de participação na Etapa Nacional de 17ª CNS para as pessoas:

I - Delegadas, credenciadas de acordo com os artigos 5º e 6º deste Regulamento;

II - Convidadas; integrantes das atividades de arte, cultura e educação popular; integrantes das comissões nacionais de organização e do Comitê Executivo da

conferência; e integrantes da equipe de apoio, credenciadas de acordo com o Art. 7º deste Regulamento;

III - Acompanhantes das pessoas com deficiência, credenciadas de acordo com o artigo 8º deste Regulamento; e

IV - Pessoas credenciadas na condição de comunicação e indicadas pela Comissão Organizadora Nacional.

Parágrafo único. A emissão de certificado para as pessoas integrantes das Atividades Autogestionadas é de responsabilidade das organizações responsáveis pela propositura da atividade.

Art. 42 A programação das atividades da Etapa Nacional será definida pela Comissão Organizadora Nacional da 17ª CNS.

Art. 43 O atendimento às especificidades relacionadas a mobilidade, hospedagem, alimentação e demais necessidades específicas, dependerá das informações prestadas pela pessoa participante no ato de sua pré-inscrição.

Art. 44 Participantes que optem por levarem crianças durante a etapa nacional são responsáveis pelo seu cuidado, cabendo à Comissão Organizadora Nacional, com base nas informações fornecidas no ato de sua pré-inscrição, prever, exclusivamente:

I - Adequação na hospedagem; e

II - Espaço adequado para amamentação e troca da criança.

Art. 45 Os casos omissos serão diligenciados pela Comissão Organizadora Nacional, prevista na Resolução nº 669, de 25 de fevereiro de 2022.

ANEXO II À RESOLUÇÃO CNS Nº 705, DE 10 DE JANEIRO DE 2023.

INFORMAÇÕES QUE SERÃO SOLICITADAS NA INSCRIÇÃO PRÉVIA

1. **NATUREZA DA PARTICIPAÇÃO NA ETAPA NACIONAL DA 17ª – CATEGORIA DE PARTICIPANTE**

- Pessoa Delegada Nacional (conselheiras nacionais de saúde, eleitas pelo Conselho Nacional de Saúde)
  - Segmento
    - Usuário
    - Trabalhador
    - Gestor
    - Prestador
- Pessoa Delegada pela Etapa Estadual e do Distrito Federal
  - (Especificar a UF pela qual se elegeu)
  - Segmento
    - Usuário
    - Trabalhador
    - Gestor
    - Prestador

- Pessoa Delegada por Conferência Livre Nacional
    - Segmento
        - Usuário
        - Trabalhador
        - Gestor
        - Prestador
  - Pessoa Convidada
    - Nacional
    - Internacional
  - Integrante ou convidada/o/e de uma das comissões da organização
    - (especificar qual comissão)
    - Pessoa Acompanhante
    - (Especificar a pessoa acompanhada)
  - Integrante da Equipe de Apoio

2. DADOS PESSOAIS

- Nome Completo
- Nome Social
  - Qual nome deverá ser impresso no crachá?
  - Qual nome deverá constar no certificado?
- CPF
- Data de Nascimento
- Telefone Celular (DDD)
- E-Mail
- Estado (UF)
- Cidade

3. SEXO, GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

- Qual o seu Sexo?
  - Masculino
  - Feminino
  - Intersexo
- Qual a sua Identidade de Gênero?
  - Mulher Cis (sexo biológico e identidade de gênero iguais)
  - Homem Cis (sexo biológico e identidade de gênero iguais)
  - Travesti
  - Mulher Trans
  - Homem Trans

- Outra (Por favor, especifique)

- Qual a sua Orientação Sexual?
  - Por favor, especifique

4. RAÇA/COR/ETNIA (de acordo com o IBGE)

- Amarela
- Branca
- Indígena
- Parda
- Preta
- Você escolheria outro termo diferente desses para sua cor/raça/etnia? Qual?

5. DEFICIÊNCIA

- (__) NÃO (__) SIM
- Qual/Quais
  - Deficiência Física
  - Deficiência Auditiva
  - Deficiência Visual
  - Deficiência Mental/ Psicossocial
  - Deficiência Intelectual
  - Deficiência Múltipla

6. PATOLOGIA/DOENÇA

- Você tem alguma patologia?
  - (__) NÃO (__) SIM
- Qual/ Quais:
- Necessita de Hospedagem Adaptada?
  - (__) NÃO (__) SIM
- Que tipo de adaptação?

7. RECURSOS DE ACESSIBILIDADE/TECNOLOGIA ASSISTIVA

- Necessita de Transporte Acessível?
  - (__) NÃO (__) SIM
- Necessita de Hospedagem Acessível?
  - (__) NÃO (__) SIM
- Qual/ Quais:
  - Acesso para cadeirantes
  - Cadeira de banho (largura, braços móveis e/ou com pés, por exemplo)
  - Box (barras de apoio, banco fixo no box e/ou espaço amplo que permita auxílio no banho, por exemplo)
  - Tamanho da cama

- Piso tátil
- Identificação em Braille em elevadores e quartos
- Aviso sonoro em elevadores
- Outras condições/recursos necessários (especificar):

- Necessita de condições e recursos acessíveis durante a conferência? Assinale qual ou quais
  - Impressão em fonte ampliada. Fonte tamanho:
  - Impressão em braille
  - Material em formato digital
  - Tradução/Interpretação de Língua de Sinais
  - Guia-Intérprete
  - Banheiro acessível
  - Outras condições/recursos específicos necessários (especifique):
- Terá Acompanhante?
  - (__) NÃO (__) SIM
  - Nome Acompanhante
  - CPF Acompanhante
  - Telefone Celular Acompanhante (DDD)

8. PESSOAS ACOMPANHADAS DE CRIANÇA

- Pessoa acompanhada de Criança?
  - (__) NÃO (__) SIM
  - Idade da criança
  - Nome da criança
  - Precisa de espaço adequado para amamentação ou trocador?
  - (__) NÃO (__) SIM

9. RESTRIÇÃO ALIMENTAR

- Qual a sua restrição alimentar?
  - Decorrente de Diabetes
  - Decorrente de Hipertensão
  - Intolerância à lactose
  - Doença celíaca
  - Religiosa (especificar):
  - Outras condições. Especificar:

3.9. Guia de Acessibilidade para realização de conferências de Saúde

Apresentação

Inclusão Social, Respeito e Promoção da Cidadania

A inclusão de pessoas com deficiência na sociedade, pela igualdade de acessibilidade, direitos e sem discriminação, tem ganhado destaque no Brasil, ao longo das últimas décadas.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) existem cerca de 1 bilhão de pessoas, em todo o mundo, que vivem com alguma deficiência, o que significa uma em cada sete pessoas. Destas, cerca de 80% residem nos países em desenvolvimento. No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), coletados no censo demográfico de 2010, apontam que aproximadamente 45,6 milhões de indivíduos vivem com deficiência, o que corresponde a 23,92% da população brasileira.

A formulação de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos desta população é fundamental. No entanto, é importante realizar medidas específicas, somadas às ações já estabelecidas para a promoção e acesso das pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida na sociedade, que garantam igual dade, autonomia e maior exercício da cidadania.

Este guia tem a finalidade de auxiliar conselhos estaduais e municipais de saúde, entidades e movimentos sociais a promoverem conferências acessíveis, que atendam às necessidades das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida de maneira plena e igualitária, garantindo a elas condições de igualdade e autonomia.

Boa conferência!

Terminologia

A terminologia correta a ser aplicada em situações que tratem de promoção e garantia de igualdade para este seg- mento da população é Pessoa com Deficiência. Ao longo do tempo, o termo sobre deficiência sofreu alterações, mudando inicialmente de “deficiente” para “portador de deficiência” e posteriormente para “portadores de necessidades especiais”, até chegar no termo empregado nos dias atuais.

O termo Pessoa com Deficiência segue a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU), estabeleci- da no Brasil pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, com a finalidade de destacar a pessoa (indivíduo) em primeiro lugar.

Segundo a Convenção, pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as de- mais pessoas.

Há ainda a pessoa com mobilidade reduzida, considerada aquela que, por qualquer motivo, tenha dificuldade de se movimentar, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção. Aplica-se também às pessoas com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, gestantes, obesos e pessoas com crianças de colo.

Inscrições

O formulário de inscrição deve conter campos específicos para preenchimento, onde a pessoa com deficiência poderá informar a sua respectiva necessidade. Com isso, será mais fácil visualizar o público participante e providenciar de maneira mais assertiva, o atendimento a todos de maneira igualitária

Espaço

O espaço escolhido para a realização da conferência de saúde deve ter capacidade para atender a totalidade de pessoas, principalmente aquelas com mobilidade reduzida. É

importante observar a disponibilidade de caminhos com dimensões mais amplas, com rampas, sem escadas ou batentes, a fim de garantir a autonomia e circulação de pessoas que necessitam de andadores, bengalas, muletas ou cadeira de rodas. Os corredores de circulação deverão ter pelo menos a largura de 1,20m para mão única e 1,50m para circulação dupla, correspondendo a circulação de uma pessoa com cadeira de rodas e um pedestre.

O piso deverá ter superfície regular, firme e antiderrapante e é aconselhável evitar a colocação de obstáculos (equipamentos de filmagem, por exemplo) ou fios que atrapalhem a circulação.

É importante que o local escolhido já tenha em sua estrutura banheiros adaptados e que estes estejam loca- lizados em rotas específicas, que facilitem o acesso e locomoção. Assim como, vagas reservadas no estaciona- mento de veículos. Se o local não oferecer vagas específicas, é necessário disponibilizar um local para embarque e desembarque, de preferência com fácil acesso às áreas reservadas. Se houver restaurante no local do evento, é necessário que o mesmo também tenha áreas específicas para pessoas que utilizam cadeiras de rodas.

Áreas reservadas

É necessário reservar espaços para pessoas em cadeira de rodas e assen tos para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, de acordo com a capacidade de lotação do local.

Os espaços e os assentos reservados deverão situar-se em locais que garantam a acomodação de pelo menos um acompanhante ao lado da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, resguardado o direito de se acomodar proximamente a grupo familiar e comunitário.

Nos locais referidos deverá haver, obrigatoriamente, rotas de fuga e saídas de emergência acessíveis, a fim de permitir a saída segura de pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzi- da, em casos de emergência.

- Para locais com capacidade de lotação de até 1.000 lugares, estabelecer a proporção de:
- 2% de espaços para pessoas em cadeira de rodas, com a garantia de, no mínimo, um espaço
- 2% de assentos para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, com a garantia de, no mínimo, um assento
- Para locais om capacidade de lotação acima de 1.000 lugares, estabelecer a proporção de:
- 20 espaços para pessoas em cadeira de rodas mais 1% do que exceder mil lugares
- 20 espaços para pessoas com deficiência ou mobilida- de reduzida mais 1% do que exceder mil lugares

Rotas de fuga ou saídas de emergência

No local escolhido para realização da conferência, as portas de corredores, aces- sos, áreas de resgate, escadas de emergência e descargas integrantes de rotas de fuga acessíveis devem ser dotadas de barras antipânico. É necessário ainda disponibilizar sinalização tátil e visual junto às portas das saídas de emergência em altura de alcance visual e tátil (aproximadamente 1,20m). As saídas de emergência devem ser providas de alarmes sonoros e visuais.

Piso tátil

O piso tátil tem a finalidade de auxiliar e guiar pessoas com deficiência visual, baixa visão ou cegas, assim ele é caracterizado por uma diferenciação de textura em relação ao piso comum, formando uma faixa ou linha perceptível para estas pessoas. Ele deve ser instalado em todos os caminhos de circulação do evento, em especial nas entradas e saídas. Para facilitar a autonomia de circulação de pessoas com deficiência visual e das pessoas com deficiência que usam cadeira de rodas, evite qualquer tipo de piso desnivela- do. Em todos os ambientes deve estar sinalizado degraus, piso desnivelado,

elevadores e obstáculos.

Evite o uso de tapetes decorativos que possam dificultar a autonomia e circulação de pessoas com mobilidade reduzida ou que utilizam cadeira de rodas.

Rampas e degraus

As rampas devem ter pelo menos 1,50m de largura, estarem acompanhadas de corrimão, guia de balizamento, guarda-corpo e sinalização e localizadas, inclusi- ve, para acesso ao palco. A inclinação máxima de rampas com até 30 metros é de 5%, para rampas de até 16 metros a inclinação deve ser de 6,25% e as menores, de até 12 metros, podem ser de 8,33%. Todos os degraus ou escadas devem ter sinalização visual na borda do piso, em todos os ambientes.

Guichês para atendimento prioritário

Na área de credenciamento e demais espaços que realizem atendimento ao público, é necessário sinalizar e disponibilizar guichês específicos para atendimento prioritário. Devem ser consideradas para atendimento prioritário as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, idosos, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo e obesos.

É importante observar que os guichês para atendimento de pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida devem ter altura apropriada para aquelas que utilizam cadeira de rodas. Para isso é ideal considerar que a altura do guichê esteja entre 0,75m e 0,85m do chão. Nestas áreas devem ser utilizados os símbolos para atendimento preferencial, conforme abaixo.

Está em tramitação, na Câmara dos Deputados, um projeto de lei para a substituição do símbolo de identificação da pessoa idosa. Trata-se do Projeto de Lei do Senado (PLS) 126/2016, que altera a Lei nº 7.405, de 12 de novembro de 1985, e a Lei 10.741 (Estatuto do Idoso), de 1º de outubro de 2003. De acordo com o projeto de lei, a identificação de idosos deve ser desprovida de caráter pejorativo e juízo de valor. Assim, deve-se substituir a figura de alguém arqueado sobre uma bengala, como atualmente é empregada na comunicação visu- al para identificar este grupo de pessoas, para algum símbolo que expresse objetivamente a idade mínima de 60 anos, conforme ilustração abaixo.

Figura 1. Símbolos para atendimento prioritário

Figura 2. . Sugestão de alteração de símbolo, con- forme PLS 126/2016, para atendimento prioritá- rio de idosos

Símbolo Internacional de Acesso

Orienta-se a utilização do Símbolo Internacional de Acessibilidade (conforme ilustração abaixo), em todos os locais que possibilitem o acesso, a circulação e a utilização por pessoas portadoras de deficiência, e em todos os serviços que forem postos à disposição deste público.

Em conferências de saúde o símbolo deve estar disponível em todas as ro- tas acessíveis, com altura de fácil visu- alização, além das áreas que compre- endem a entrada do evento, vagas de estacionamento de veículos e de em- barque e desembarque, sanitários, áre as reservadas e saídas de emergência.

O Símbolo Internacional de Acesso deve ser, obrigatoriamente, nas cores azul, branco e preto e a figura deve es tar sempre voltada para o lado direito.

Símbolo Internacional de Acesso para Pessoas com Deficiência Visual

Este símbolo deve indicar a existência de equipamentos, mobiliários, áreas e serviços específicos para pessoas com baixa visão ou cegas.

Símbolo Internacional de Acesso para Pessoas com Deficiência Auditiva

Este símbolo deve indicar a existência de equi- pamentos, mobiliários, áreas e serviços especí- ficos para pessoas com deficiência auditiva.

Permissão para cão-guia

A Lei nº 11.126 assegura às pessoas com deficiência visual o direito de ingres- sarem e permanecerem em ambientes de uso coletivo acompanhadas de seu cão-guia.

Recurso de áudiodescrição

É aconselhável a utilização de recurso de audiodescrição dos slides para atender os participantes com deficiência visual ou cegos. Este recurso de acessibilidade consiste na descrição das informações e imagens. Com ele é possível conhecer cenários, expres sões faciais, linguagem corporal e de- mais detalhes para o entendimento e interpretação. Transforma as informações visuais em verbais e permite a pessoa com deficiência visual participar dos eventos com igualdade de condições, autonomia e independência.

Intérprete de Língua Brasileira de Sinais (Libras)

Segundo a Lei nº 10.436 é obrigatória a contratação de intérprete para a Língua Brasileira de Sinais (Libras), para estabelecer uma comunicação, tradução e interpretação do evento para as pessoas com deficiência auditiva ou surdez. As pessoas com esta deficiência devem ocupar as primeiras filas para que possam ter acesso ao intérprete de Libras.

Língua Brasileira de Sinais Tátil (Libras-tátil)

Para garantir a participação de pessoas surdocegas, é aconselhável a contratação de profissionais para a Língua Brasileira de Sinais Tátil (Libras-Tátil). A metodologia consiste no toque dos participantes sobre as mãos do intérprete, que traduz as falas do português para a Libras. Para este segmento da população, há ainda outra forma de comunicação utilizada, chamada Tadoma, que é uma espécie de leitura labial tátil. Neste caso, o participante tateia os lábios do intérprete para a compreensão do que está sendo falado.

Produção de vídeos

É muito importante que os vídeos que vão ser exibidos na conferência e que vão ser postados nas redes sociais sejam totalmente legendados. Isso facilita para as pessoas surdas ou com dificuldade de audição.

Estenotipia

Consiste numa técnica de legendagem ao vivo. Enquanto o evento acontece, em uma tela é projetada, ao vivo, a transcrição na íntegra de tudo que é dito, semelhante ao que ocorre no Closed Caption, utilizado pelas emissoras de TV.

PraCegoVer

As publicações de matérias que acompanham fotos do evento devem conter no rodapé a hashtag #PraCegoVer, seguida da descrição detalhada (informar tipo de imagem e cores, descrever da esquerda para a direita e de cima para baixo). Assim, a pessoa com deficiência visual ou com baixa visão, que utiliza o recurso de software leitor de tela para leitura de textos no computador, poderá conhecer os detalhes da foto que foi utilizada para ilustrar o assunto.

Empatia e Cuidado

Se, mesmo diante de todas essas ações, alguma dificuldade com a acessibilidade for relatada, em qualquer aspecto, cabe à organização do evento o acolhimento respeitoso, justificando para o participante os motivos de tal ausência, a tentativa de resolução do problema e eliminação da barreira.

3.10 FICHA TÉCNICA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Fernando Pigatto

Mesa Diretora

Ana Lúcia Marçal Paduello - Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras

Fernanda Lou Sans Magano - Federação Nacional dos Psicólogos (Fenapsi)

Fernando Zasso Pigatto - Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam)

Francisca Valda da Silva - Associação Brasileira de Enfermagem (Aben)

Heliana Hemetério - Rede Nacional de Lésbicas e Bissexuais Negras Feministas (Candaces)

Jurandi Frutuoso Silva - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Madalena Margarida da Silva Teixeira - Central Única dos Trabalhadores (CUT)

Neilton Araújo de Oliveira - Ministério da Saúde (MS) Secretaria Executiva

Ana Carolina Dantas - Secretária-executiva

Gustavo Bittencourt - Secretário-executivo adjunto

17º Conferência Nacional de Saúde

Presidente da Conferência

Nísia Trindade

Coordenador-Geral

Fernando Pigatto

Coordenadora-Adjunta

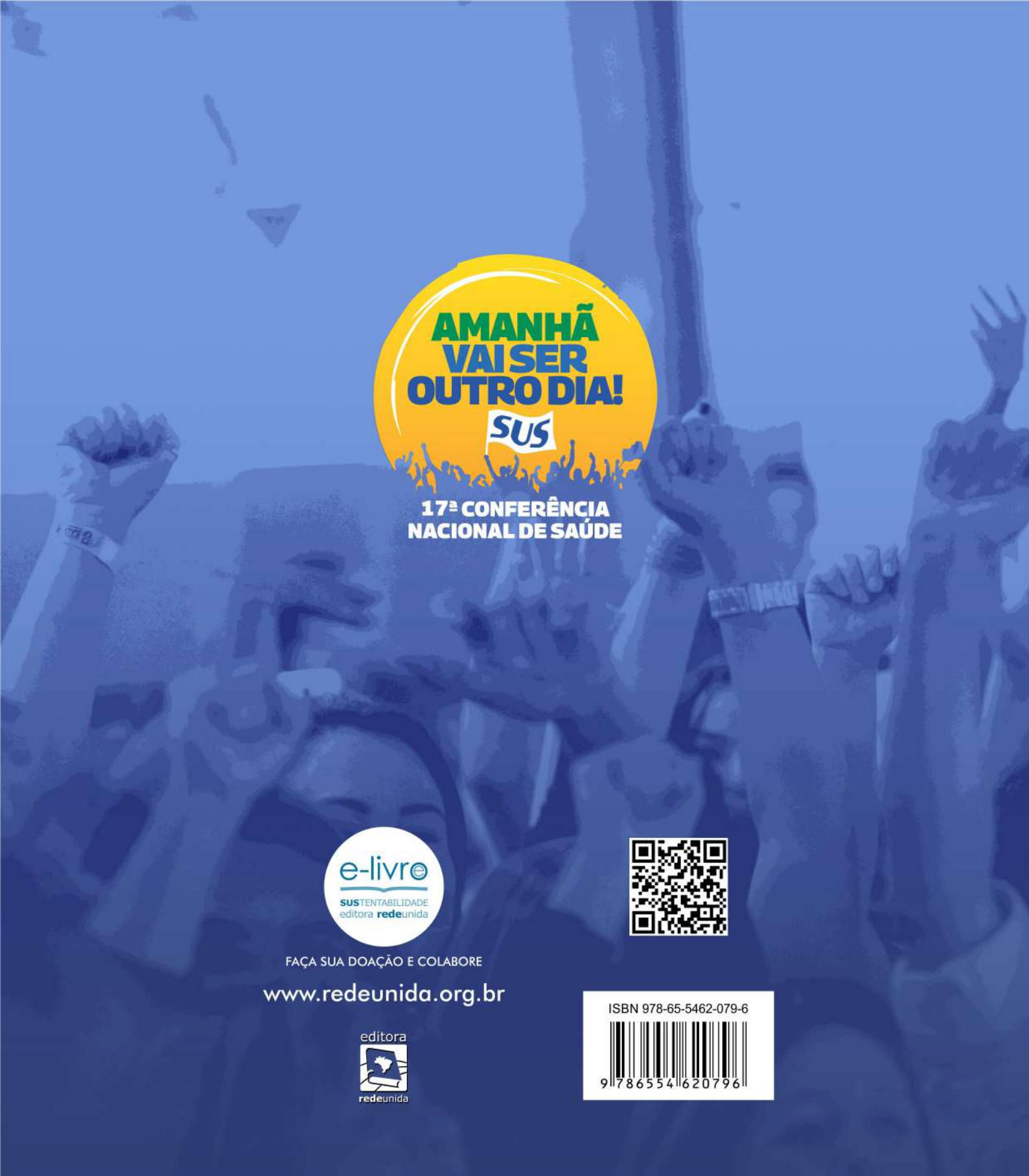
Fernanda Magano

Contatos (61) 3315-3821 /3315-2150

17cnstdsaudegov.br

www.conselho.saudegov.br/17cns

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B. Sala 104B. Brasilia-DF, CEP:70.058-900



e-livro
SUSTENTABILIDADE editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora redeunida

ISBN 978-65-5462-079-6