

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos onze e doze dias do mês de junho de 2025, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Quinquagésima Sétima Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 367ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Apreciar e contribuir sobre o tema de Migrantes, refugiados e apátridas. **3)** Conhecer e apreciar a comemoração dos 20 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF. **4)** Apreciar e dialogar sobre o programa “Agora Tem Especialistas”. **5)** Debater e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN relacionadas ao Relatório Anual de Gestão - RAG de 2024. **6)** Conhecer e deliberar sobre a recomposição das comissões intersetoriais para o triênio 2025-2028, especificamente sobre as coordenações. **7)** Debater e deliberar sobre o Decreto nº 12.456/2025, que regulamenta a nova Política de Educação a Distância - EAD e as demandas da Comissão Intersetorial de Relações do Trabalho e Educação em Saúde - CIRTES. **8)** Apreciar e deliberar sobre os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. **MESA DE ABERTURA** – conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS - Na abertura da reunião, houve uma homenagem e um minuto de silêncio pelo falecimento do ex-conselheiro do CNS, **Edmundo Omere**. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** registrou, com profundo pesar, o falecimento do ex-conselheiro Edmundo Omere, liderança do povo Xavante e ex-integrante da Mesa Diretora do CNS. Relatou que Omere, pouco antes de falecer, denunciara a grave situação de saúde enfrentada pelos povos indígenas no Estado do Mato Grosso, em especial no município de Barra do Garças e nas aldeias da região. Informou que o ex-conselheiro havia enfatizado a elevada mortalidade infantil nos territórios indígenas, a carência de profissionais de saúde, a ausência de atendimento adequado e a recorrência de doenças como diabetes e tuberculose. Recordou, inclusive, que o Conselho havia realizado uma visita por meio de um grupo de trabalho, cujo relatório seria apresentado oportunamente, e reiterou o profundo sentimento de tristeza pela perda. Em nome do Conselho, expressou sinceras condolências à família, aos amigos e ao povo Xavante e comunicou que já havia sido divulgada nota do CNS de pesar pela perda. Ao final da homenagem, foi realizado um minuto de silêncio em memória de Edmundo Xavante. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 367ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS E APROVAÇÃO DA ATA DA 363ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Composição da mesa:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 367ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - **Deliberação:** a pauta da 367ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. **APROVAÇÃO DA ATA DA 363ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - **Deliberação:** a ata da 363ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade, com um adendo do Conselheiro Carlos Alberto Ebeling Duarte. **ITEM 2 – EXPEDIENTE – INFORMES. JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS. APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE E COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE. DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE JUNHO. INDICAÇÕES. RELATÓRIO DA MESA DIRETORA DO CNS** – *Composição da mesa:* conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS; e **Janaína Salles**, Secretária Executiva do CNS. **INFORMES – 1)** informe sobre os prazos para manifestação de interesse de participação como pessoa delegada na 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT. *Apresentação:* **Jannayna Sales**, Secretária Executiva do CNS. Informou sobre a urgência no preenchimento do questionário, por parte dos conselheiros e das conselheiras, para garantir a participação como pessoa

delegada na 5ª CNSTT. Explicou que, nos últimos dias, a equipe do CNS havia intensificado os esforços logísticos, sobretudo no que dizia respeito ao preenchimento do plano de voo e envio de documentação por parte dos delegados nacionais. Informou que, embora houvesse 96 vagas previstas na Resolução nº 744/2024, apenas 54 conselheiros haviam confirmado presença. Reforçou que o preenchimento do formulário seria obrigatório e que, sem isso, haveria perda da vaga. Alertou sobre a necessidade do envio de RG e CPF e informou que o Ministério da Saúde seria responsável pelas despesas com deslocamento, hospedagem e alimentação. Finalizou solicitando empenho dos conselheiros no cumprimento dos prazos estabelecidos. **2)** Informe sobre a falta de fornecimento de fórmulas metabólicas para pacientes com fenilcetonúria. *Apresentação:* conselheira **Maria Cecília Oliveira** (AFAG). Explicou que a fenilcetonúria é uma doença metabólica hereditária diagnosticada no teste do pezinho e que exigia uma dieta altamente restritiva, baseada em fórmulas metabólicas específicas. Denunciou a falta de fornecimento fórmulas metabólicas para pacientes com fenilcetonúria em diversos estados e alertou para os graves riscos à saúde e ao desenvolvimento cognitivo dos pacientes. Destacou a proximidade do Dia Mundial da Fenilcetonúria (28 de junho) como marco de luta e solicitou ao CNS que intercedesse junto ao Ministério da Saúde para assegurar o fornecimento contínuo das fórmulas e a revisão do protocolo de tratamento, incluindo o acesso mais amplo à medicação apropriada (Kuvan), atualmente restrita a mulheres com desejo reprodutivo. **4)** Informe sobre os Projetos “Participa Mais” e “VERSUS”. *Apresentação:* conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Rede Unida), coordenadora da Comissão de Educação Permanente. Informou sobre o andamento do projeto Participa Mais, que previa a realização de 110 oficinas em todo o país. Explicou que a primeira havia ocorrido no Chuí (RS) e a última seria em Oiapoque (AP), em novembro. Reforçou a importância da participação das comissões e das pessoas conselheiras na proposição de rodas de conversa, conforme ocorrido na edição anterior. Em seguida, falou sobre o projeto Vivências e estágios na realidade do SUS - VERSUS, executado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida. Explicou que a iniciativa buscava levar estudantes de cursos técnicos e graduação, bem como residentes, a experiências imersivas nos territórios do SUS. Informou que a primeira etapa estava sendo concluída no Distrito Federal com a formação de 380 facilitadores e que a segunda etapa envolveria mais de sete mil estudantes. Solicitou o apoio do CNS para mobilizar instituições de ensino e serviços nos territórios para acolhimento dos participantes. **5)** Informe sobre o “Junho Vermelho”, campanha mundial que enfatiza a importância da doação de sangue. *Apresentação:* conselheira **Talita Garrido de Araújo** (ABRASTA). Ressaltou a importância da doação de sangue no contexto do Junho Vermelho e lembrou que o mês de junho era marcado pela campanha Junho Vermelho, voltada à conscientização sobre a doação de sangue. Citou dados da ONU que indicavam que apenas 2% da população brasileira doava sangue, número abaixo do necessário. Ressaltou o impacto desse déficit para pessoas com doenças crônicas, como a talassemia, que exigia transfusões frequentes. Denunciou o desmonte da rede de hemocentros, a falta de orçamento, de concursos públicos e a sobrecarga sobre os trabalhadores da área. Manifestou preocupação com possíveis retrocessos, como a proposta de PEC sobre o plasma. Defendeu campanhas permanentes de comunicação para incentivar a doação de sangue, destacando o papel da sociedade civil e do poder público. **6)** Informe sobre a participação no XV Congresso da Sociedade Brasileira de DST e HIV/Aids. *Apresentação:* conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** (Art Tb Br). Criticou o enfoque excessivamente biomédico do evento e apontou que as desigualdades sociais, embora mencionadas, não eram tratadas como questão central. Destacou que os fracassos no enfrentamento de doenças como sífilis, tuberculose e HIV/Aids eram frequentemente atribuídos às iniquidades, mas que essas iniquidades não vinham sendo efetivamente discutidas nem combatidas. Enfatizou a importância da atenção básica como principal porta de entrada para o SUS e cobrou maior compromisso da gestão pública com a estruturação dessa rede de cuidados. **7)** Informe sobre o Programa Maior Cuidado e distribuição de material informativo a respeito. *Apresentação:* conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** (CNBB). Compartilhou informações sobre o programa “Maior Cuidado”, desenvolvido pela Prefeitura de Belo Horizonte, destacando que a iniciativa oferecia cuidado domiciliar para pessoas idosas dependentes ou semidependentes e que visava apoiar as famílias e promover qualidade de vida. Reforçou a importância de iniciativas como essa diante do envelhecimento populacional e sugeriu que os conselheiros conhecessem melhor o programa e refletissem sobre sua possível replicação em outros. **8)** Informe sobre o XVI Fórum Nacional de Políticas de Saúde do Brasil e debate sobre doenças raras de forma desarticulada. *Apresentação:* conselheira **Karina Zuge** (Aliança Distrofia Brasil (ADB). Disse que o 16º Fórum Nacional de Políticas de Saúde para Doenças Raras ocorreu em Brasília,

organizado por iniciativa da senadora Damares Alves. Fez um paralelo com o seminário realizado pelo CNS sobre o mesmo tema e alertou que vinham sendo construídas políticas paralelas e desarticuladas para doenças raras, o que gerava prejuízos à população na ponta do sistema. Disse que muitas decisões políticas não levavam em consideração a experiência das pessoas afetadas, e concordou com a fala do conselheiro Carlos Duarte ao afirmar que as iniquidades seguiam sendo ignoradas enquanto as pessoas continuavam morrendo por falta de acesso e políticas coerentes. Conselheira **Maria Cecília Branco Martiniano** (Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências – AFAG) fez uma breve consideração sobre a fala da conselheira Karina Zuge, reforçando a importância do evento mencionado. Disse que tentou garantir a presença de um representante da AFAG no fórum realizado em Brasília, mas foi informada de que apenas conselheiros poderiam participar presencialmente. Relatou que acompanhou o evento online, mas enfrentou dificuldades técnicas com a transmissão. Reiterou o valor daquele espaço para os movimentos de pessoas com doenças raras e solicitou que se buscasse solucionar esses problemas em eventos futuros. **10) Informe sobre o miniaplicativo “Doe Vida”.** *Apresentação:* conselheira **Ana Estela Haddad**. Informou que o Ministério da Saúde havia inserido, no aplicativo “Meu SUS Digital”, o miniaplicativo “Doe Vida”, que estimula a doação de sangue, permitindo acompanhamento e avaliação dos serviços pelos usuários. **11) Informe sobre a celebração dos 44 anos de fundação do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN,** ocorrida em 6 de junho de 2025. *Apresentação:* conselheiro **Elenilson Silva de Souza** (MORHAN). Destacou que o movimento, criado em 1981, nasceu como um ato de resistência à exclusão, ao silêncio e ao preconceito enfrentados pelas pessoas com hanseníase no Brasil, especialmente no contexto da ditadura militar. Lembrou que o MORHAN foi o primeiro movimento formado por pessoas atingidas pela hanseníase, seus familiares e apoiadores, com o objetivo de ocupar espaços e exigir dignidade. Citou como inspiração a pedagogia de Paulo Freire e a Teologia da Libertação, e homenageou Francisco Augusto Vieira Nunes, o “Bacurau”, uma de suas principais lideranças. Entre as principais conquistas, destacou a Lei nº 11.520/2007, que reconheceu a responsabilidade do Estado brasileiro pela política de isolamento compulsório, e sua ampliação em 2023, que passou a incluir também os filhos separados de seus pais e outros casos de segregação. **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA –** Titular: Abrahão Nunes da Silva, Central de Movimentos Populares (CMP), Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Anselmo Dantas, Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), profissional de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular: Elenilson Silva de Souza, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), Usuário. Motivo: rodízio de titularidade (participa da reunião enquanto representante da Mesa Diretora do CNS). Titular: João Donizete Scaboli, Força Sindical (FS), Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: José Ramix de Melo Pontes Junior, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG), Usuário. Motivo: não informado. Titular: Maria do Carmo Tourinho Ribeiro, Associação Brasileira de Autismo (ABRA), Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Maria Thereza Almeida Antunes, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Nelson Augusto Mussolini, Confederação Nacional da Indústria (CNI), Prestadores de Serviços de Saúde, motivo: razões pessoais. Titular: Priscila Torres da Silva, Biored Brasil, Usuário, motivo: rodízio de titularidade (participa da reunião enquanto representante da Mesa Diretora do CNS). Titular: Raimundo Carlos Moreira Costa, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Thiago Soares Leitão, Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras e Saúde (RENAFRO), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Victoria Matos das Chagas Silva, União Nacional dos Estudantes (UNE), Usuário, motivo: agenda de trabalho. Titular: Walquíria Cristina Batista Alves Barbosa, Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. **APRESENTAÇÃO DE NOVAS PESSOAS CONSELHEIRAS NACIONAIS DE SAÚDE –** Não houve mudanças. **COORDENAÇÃO DE PLENÁRIA DE CONSELHOS DE SAÚDE –** Carlos Cesar de Oliveira Sousa - Roraima – Norte. Jefferson de Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro-Oeste. Maria Antônia Conceição de Souza Kuendig – Mato Grosso do Sul – Centro-Oeste. Osmar de Oliveira Cardoso – Piauí – Nordeste. Sueli Terezinha do Nascimento – Ceará – Nordeste. Valdemar de Jesus da Silva – Rio Grande do Sul – Sul. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE JUNHO -** Junho vermelho - doação de sangue. Junho verde - proteção

do meio ambiente. 2/jun. - Dia Mundial de Conscientização dos Transtornos Alimentares. 3/jun. - Dia da Conscientização contra a Obesidade Infantil. 4/jun. - Dia Mundial das Crianças Vítimas de Agressão. 5/jun. - Dia Mundial do Meio Ambiente. 6/jun. - Dia Nacional de Luta contra Queimaduras. 6/jun. - Dia Nacional do Teste do Pezinho. 7/jun. - Dia Mundial da Segurança Alimentar. 9/jun. - Dia da Imunização. 11/jun. - Dia do Educador Sanitário. 12/jun. - Dia Mundial de Luta contra o Trabalho Infantil. 12/jun. - Dia Nacional de Conscientização da Cardiopatia Congênita. 12/jun. - Dia dos Namorados. 13/jun. - Dia Internacional de Conscientização sobre o Albinismo. 13/jun. - Dia Global de Conscientização sobre o Câncer de Pele Não Melanoma. 14/jun. - Dia Mundial do Doador de Sangue. 15/jun. - Dia Mundial de Combate à Violência contra a Pessoa Idosa. 18/jun. - Dia Mundial de Conscientização do Câncer de Rim. 19/jun. - Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença Falciforme. 21/jun. - Dia Nacional de Controle da Asma. 21/jun. - Dia Mundial de Conscientização sobre a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). 13/jun. a 29/jun. - Semana Mundial da Alergia. 24/jun. - Dia Nacional de Conscientização sobre a Fissura Labiopalatina. 24/jun. - Dia Mundial de Prevenção de Quedas. 25/jun. - Dia Mundial do Vitiligo. 26/jun. - Dia Internacional sobre o Abuso e Tráfico Ilícito de Drogas. 26/jun. - Dia Internacional de Apoio às Vítimas da Tortura. 26/jun. - Dia Nacional do Diabetes. 27/jun. - Dia Internacional do Diabético. 28/jun. - Dia do orgulho LGBTQIA+. Inclusão: dia da Fenilcetonúria – 28 de junho. **INDICAÇÕES - 1)** Convite da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), por meio da Gerência de Equidade em Saúde, para participar no II Encontro Estadual de Consultórios na Rua para O Painel Temático com as vivências e trajetórias no campo da "rualogia" e no controle social para enriquecimento da discussão e fortalecimento das políticas de saúde voltadas para as populações em situação de rua, na cidade de Campo Grande – MS, do dia 26 de junho de 2025. Campo Grande. *Indicação (referendar):* conselheiro José Vanilson Torres (MNPR) (Custeio do CNS). **2)** Convite do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, conforme deliberado na 211ª reunião da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde (CNS), live sobre "Conferências Livres", no dia 19 de maio de 2025. *Indicação (referendar):* Conselheiro e integrante da Mesa Getúlio Vargas (CONAM) (remoto). **3)** Convite do Conselho Estadual do Rio de Janeiro, para Reunião Extraordinária do Conselho Estadual, sobre a incorporação do INCA pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no dia 27 de maio de 2025, Híbrido. *Indicação (referendar):* conselheiro Paulo Henrique Scrivano Garrido (ASFOC) (Reside no Rio); conselheira Fernanda Lou Sans Magano (FENAPSI), Presidente integrante da MD (remoto); e conselheiro Getúlio Vargas (CONAM), integrante da Mesa (remoto). **4)** Convite do Cerimonial do Ministério das Mulheres, para representar o Conselho Nacional de Saúde, na Cerimônia de Transmissão de Cargo da Ministra de Estado das Mulheres, Márcia Lopes, dia 28 de maio de 2025. Brasília. *Indicação (referendar):* Conselheira e integrante da Mesa Cristiane Pereira dos Santos (MS) (Reside em Brasília). **5)** Convite do Comitê Comunitário de Acompanhamento em Pesquisas sobre TB, conhecido como CCAP TB Brasil, compor a Mesa de Abertura do Seminário "Limites e Possibilidades de Acompanhamento Comunitário de Pesquisas em TB na América Latina", no dia 29 de maio de 2025. *Indicação (referendar):* conselheiro Carlos Ebeling (ART TB BR) (remoto). **6)** Convite do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, para participar da "Cerimônia de Lançamento de Programa do Ministério da Saúde" cujo objetivo é ampliar e acelerar o atendimento especializado da população no SUS, Assinatura de Atos e Inauguração de Aceleradores Lineares, para os Municípios de São Paulo/Hospital São Paulo/UNIFESP; Bauru/SP – Hospital Estadual de Bauru; Teresina/Piauí – Hospital Universitário da UFP/EBSERH; Rio de Janeiro/RJ – Hospital Federal do Andaraí; Piracicaba/SP – Santa Casa de Misericórdia de Piracicaba e Curitiba/PR – Hospital Erasto Gaertner, no dia 30 de maio de 2025. *Indicação (referendar):* Brasília – Fernanda Magano (FENAPSI) Estava em Brasília; Rio de Janeiro/RJ – Paulo Garrido (ASFOC) reside no Rio; São Paulo – Priscila Torres (Biored Brasil) reside em São Paulo; e Curitiba – Heliana Hemetério (CANDACES BR) – Reside em Curitiba. **7)** Convite da Diretoria - Departamento de HIV, Aids, TB, HV e IST, para compor a Mesa de Abertura na "6ª Reunião da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – CAMS", no dia 30 de maio de 2025. *Indicação (referendar):* conselheiro Thiago Doté (RENAFRO) (custeio DATHI). **8)** Convite da Mostra sobre Saúde da população Negra, com a ENSP/FIOCRUZ, UFRJ Ministério da Saúde (SEMS-RJ), SES RJ, Superintendente de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (SES-RJ/SAPV), COSEMS-RJ e Associação Estadual das Comunidades Quilombolas (ACQUILERJ), para participar da Mostra "Boas Práticas dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro na Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Edição 2025", no dia 03 de junho de 2025, Rio de

Janeiro/RJ. *Indicação (referendar)*: conselheira Michele Seixas de Oliveira (ABL) (reside no Rio). **9)** Convite do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretária-geral da Presidência da República e com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para o Seminário "Justiça Climática e Saúde nas Periferias", a ser realizado em alusão ao Dia Mundial do Meio Ambiente, no dia 5 de junho de 2025, Híbrido. *Indicação (referendar)*: conselheiro e integrante da Mesa Getúlio Vargas (CONAM) (remoto). **10)** Convite da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas no Congresso SBAC 2025, para participar da Mesa Redonda sobre a Política Nacional de Diagnóstico Laboratorial (PNDL), como debatedor na Mesa-redonda intitulada "A Política Nacional de Diagnóstico Laboratorial (PNDL): Construção coletiva e os caminhos para sua efetivação como política pública no SUS", a ser realizada no dia 15 de junho de 2025, Campinas/SP. *Indicação (referendar)*: conselheira Débora Melecchi, coordenadora CICTAF (FENAFAR) (custeio SBAC). **11)** Convite do Conselho Distrital de Saúde Indígena Interior Sul – CONDISI/ISUL, do estado do Rio Grande do Sul, para participar da Reunião Ordinária do CONDISI/ISUL de 2025, no período de 24 a 27 de junho de 2025, na cidade de Porto Alegre/RS. *Indicação (referendar)*: conselheiro Rildo Mendes (ARPIN-SUL), coordenador da CISI (custeio CNS). **12)** Convite da Universidade federal de Ponta Grossa, Universidade do Paraná, ProfSaúde e Abratecom, para participar do lançamento do Guia Prático de Implantação da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na Atenção Primária à Saúde (APS), no dia 1º de julho de 2025. *Indicação (referendar)*: conselheira Elgiane Lago (CTB), coordenadora CIPPSPICS (remoto). *Atividade internacional - 13)* Convite do Cerimonial do Gabinete do Ministro da Saúde para compor a Delegação Brasileira para a Reunião Ordinária presencial do Comitê Coordenador da Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL, no dia 13 de junho de 2025, para a Reunião de Ministros da Saúde, na Argentina. *Indicação (referendar)*: Conselheira Vânia Leite (CNBB), integrante da Mesa Diretora. (Custeio CNS). *Atividades da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde. 14)* Convite do CONASEMS, para as atividades do XXXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, em Belo Horizonte MG. *Indicação (referendar)*: Conselheira Fernanda Magano (FENAPSI), Presidenta do CNS. **15)** Participar na Mesa de Abertura Oficial no dia 16 de junho de 2025, e na qualidade de palestrante, do Seminário "Ser Gestor - Modelo de Atenção", com o tema "Modelos de Atenção à Saúde no SUS Municipal: Integração de Serviços, Redes e Estratégias no Território", no dia 17 de junho de 2025. *Indicação (referendar)*: Conselheira Priscila Torres (BIORED), integrante da Mesa Diretora. **16)** Participar na qualidade de palestrante, do Seminário "Ser Gestor - Modelo de Atenção", com o tema "Modelos de Atenção à Saúde no SUS Municipal: Integração de Serviços, Redes e Estratégias no Território", no dia 17 de junho de 2025. *Indicação (referendar)*: Conselheira Vânia Leite (CNBB), integrante da Mesa Diretora. **17)** Para participar na qualidade de debatedora, do Seminário "Ser Gestor - Redes atenção à saúde", no dia 18 de junho de 2025. *Indicação (referendar)*: conselheira Francisca Valda (ABEn), integrante da Mesa Diretora. *Comissões Externas - 18)* Convite da Comissão Própria de Avaliação (CPA) da Fiocruz, conforme decisão da 211ª Mesa Diretora, para integrar a Comissão Própria de Avaliação (CPA) como membro da sociedade civil. *Indicação (referendar)*: conselheira Francisca Valda da Silva (ABEn), integrante da MD. **19)** Convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, para a Reunião da Subcomissão de Avaliação dos Cursos de Medicina, no dia 28 de maio de 2025, e indicação dos representantes para composição da Subcomissão de Avaliação dos Cursos de Medicina, com acompanhamento da SGTES/MS. *Indicação (referendar)*: titular: Francisca Valda da Silva (ABEn); e suplente: João Pedro Santos (ANPG). **20)** Convite da Coordenação-Geral de Preparação para as Emergências em Saúde Pública do Departamento de Emergências em Saúde Pública, da SVSA, para compor o Grupo de Trabalho Calor Extremo, no âmbito do Programa Vigilância em Saúde dos Riscos Associados aos Desastres (Vigidesastres), e resposta à saúde em situações de calor extremo com o objetivo a elaboração das Diretrizes Nacionais para ações de preparação vigilância e resposta à saúde em situações de calor extremo. *Indicação (referendar)*: representante: Francisco Marcelino Rogério Filho (FBH). **Deliberação: as indicações foram referendadas. RELATÓRIO DA MESA DIRETORA** – atividades do mês de abril e maio de 2025. CNS em Movimento: Fortalecimento da Participação Social em Saúde na CPLP. CNS participa de missão em São Tomé e Príncipe | 15 a 19 de abril de 2025. O CNS integrou a delegação brasileira na 7ª Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). A conselheira **Heliana Hemetério**, integrante da Mesa Diretora, representou o Conselho na missão. Participação do CNS no VII Congresso Brasileiro de Psicologia da Saúde, em São Paulo/SP, de 1º a 3 de maio de 2025. A presidenta do CNS, Fernanda Magano, participou da mesa de abertura do Congresso, realizado na UNIP

Indianópolis. O tema central foi: “Inovações e desafios na promoção da saúde: enfrentamento das desigualdades e das emergências em saúde pública”. CNS participa de audiência pública promovida pelo MPF sobre a revogação da Lei de Alienação Parental (Lei nº 12.318/2010), em 5 de maio de 2025. A presidenta Fernanda Magano foi uma das debatedoras convidadas e reafirmou o posicionamento do colegiado pela revogação da norma, destacando a fragilidade do conceito de alienação parental e a centralidade dos direitos de crianças e adolescentes. A conselheira Sibeles de Lima também participou, junto a representantes do CFESS e da sociedade civil, que denunciaram a ausência de participação social na formulação da norma. Reunião com a Secretária de Atenção Primária à Saúde - SAPS, em 7 de maio de 2025. A Mesa Diretora do CNS se reuniu com a nova secretária de Atenção Primária à Saúde, Ana Luiza Caldas, em Brasília/DF. O encontro teve como objetivo alinhar demandas entre a SAPS e o CNS, com destaque para a recomposição das representações da secretaria nas comissões intersectoriais que tratam de temas como Atenção Básica, Promoção da Equidade, Ciclos de Vida, Alimentação e Nutrição. CNS em Movimento: Alinhamento com a Secretaria-Executiva do MS. Reunião com a SE/MS, em 7 de maio de 2025. Em continuidade à agenda de articulação institucional, a Mesa Diretora do CNS se reuniu com o novo secretário-executivo do Ministério da Saúde, Adriano Massuda. A presidenta do CNS Fernanda Magano apresentou pautas prioritárias como: criação de Conselhos Locais de Saúde; Plataforma tecnológica para o controle social; planejamento da 18ª Conferência Nacional de Saúde; e encaminhamentos da 5ª CNSTT. Também no dia 7 de maio, o CNS participou da mesa de abertura do lançamento do projeto Territórios Saudáveis e Sustentáveis na Promoção do Cuidado, realizado pela Fiocruz Brasília em parceria com o Ministério da Saúde. Representando o CNS, a conselheira Francyslane Vitória celebrou o compromisso da Fiocruz com a formação crítica e a ampliação da democracia participativa. Nos dias 7 e 8 de maio, o CNS marcou presença no Seminário Nacional de Tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade, promovido pelo Ministério da Saúde. O conselheiro Carlos Ebeling representou o CNS na mesa de abertura do evento, que reuniu profissionais de saúde, especialistas, gestores públicos e representantes do sistema penitenciário para fortalecer ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose no sistema prisional. No dia 12 de maio, o CNS realizou oficina para qualificar a avaliação do Relatório Anual de Gestão - RAG 2024. A Mesa Diretora do CNS reuniu-se com a secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente, Mariângela Simão, e com a diretora do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Agnes da Silva. O encontro deu continuidade à agenda de alinhamento institucional com o Ministério da Saúde, com foco na aproximação da 5ª CNSTT (agendada para 18 a 21 de agosto de 2025), que traz como tema “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano”. A CIASPP/CNS realizou o 2º Seminário Nacional de Doenças Raras | 13 e 14 de maio de 2025 – Brasília/DF. A presidenta do CNS, Fernanda Magano, participou da mesa de abertura, reafirmando a importância de fortalecer o controle social no enfrentamento das desigualdades que atingem essa população. Reunião com a secretária de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde - SEIDIGI, no dia 15 de maio. Durante a reunião da Mesa Diretora, foi realizada uma agenda com a secretária da SEIDIGI/MS, Ana Estela Haddad. A reunião debateu o fortalecimento da Câmara Técnica de Saúde Digital, o aprimoramento do sistema de conferências e o desenvolvimento de plataformas digitais para apoiar as comissões do CNS. CNS em Movimento: Série de Lives “Por que Conferências?” – Conferências Livres de Assistência Social. No dia 19 de maio, o conselheiro e membro da Mesa Diretora do CNS, Getúlio Vargas Júnior, representou o CNS na quarta live da série “Por que Conferências?”, promovida pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), com foco nas Conferências Livres de Assistência Social. CNS em Movimento: Participação Social como Pauta Global. O CNS integrou a delegação oficial brasileira na 78ª Assembleia Mundial da Saúde (AMS/OMS), em Genebra – Suíça, de 19 a 23 de maio de 2025, reafirmando a participação social como pilar da democracia sanitária. A presidenta Fernanda Magano levou à Assembleia a experiência brasileira de Controle Social no SUS, considerada referência mundial, e participou da mesa ministerial “Avançando rumo a uma tomada de decisão mais aberta e inclusiva para a saúde”. No dia 21 de maio, a conselheira e integrante da Mesa Diretora Priscila Torres representou o CNS na mesa-redonda internacional promovida pela *Global Alliance for Patient Access (GAfPA)*, em Genebra, paralelamente à 78ª Assembleia Mundial da Saúde. Missão Xavante: Condições de Saúde e Direitos em Barra do Garças (MT). Também entre os dias 19 e 23 de maio, um GT do CNS visitou aldeias Xavante em Barra do Garças (MT), com acompanhamento da Sesai/MS. A missão constatou graves violações de direitos: desnutrição, mortalidade infantil, falta de vacinas, precariedade no transporte e ausência de água potável. O GT irá elaborar um relatório para apreciação da Mesa Diretora.

CNS em Movimento: Fortalecimento do SUS e Atenção Especializada. No dia 24 de maio, a conselheira Sylvia Peixoto representou o CNS no 24h pelo Glaucoma, evento promovido pelo no debate ao vivo promovido pelo Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) e pela Sociedade Brasileira de Glaucoma (SBG), como parte da mobilização nacional “24h pelo Glaucoma”. Reunião com a FMB e Secretaria-Geral da Presidência, em 26 de maio de 2025. CNS em Movimento: Controle Social e Sustentabilidade da Assistência Farmacêutica. No dia 27 de maio, a presidenta do CNS, Fernanda Magano, participou da mesa de abertura do Seminário sobre Judicialização e Assistência Farmacêutica na OPAS, em Brasília. CNS em Movimento: Clima e Saúde nos Territórios. No dia 28 de maio, o CNS participou da Oficina Técnica sobre Adaptação à Mudança do Clima no Setor Saúde, realizada em Brasília, reafirmando o papel da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (CIVS/CNS) no enfrentamento das desigualdades climáticas com base nos territórios. CNS em Movimento: Reunião da Subcomissão de Avaliação dos Cursos de Medicina. No dia 28 de maio, a conselheira Francisca Valda, integrante da Mesa Diretora do CNS, participou da Reunião da Subcomissão de Avaliação dos Cursos de Medicina, realizada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), com acompanhamento técnico da equipe do Ministério da Saúde. CNS em Movimento: Acompanhamento Comunitário em Pesquisas sobre Tuberculose. No dia 29 de maio de 2025, o CNS participou do Seminário “Limites e Possibilidades do Acompanhamento Comunitário de Pesquisas em Tuberculose na América Latina”, realizado em Brasília, com participação remota do conselheiro Carlos Ebeling (ART TB BR), indicado para compor a Mesa de Abertura do evento, como representante do CNS. Participação e Diálogo na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). No dia 29 de maio, o CNS participou da reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Brasília. A presidenta do CNS, Fernanda Magano, ressaltou a importância da participação social nesse espaço como instrumento estratégico para fortalecer a interlocução com a gestão e garantir o diálogo entre usuários, trabalhadores, gestores e prestadores — uma construção coletiva essencial para o fortalecimento do SUS. Fortalecimento da Participação e Defesa de Direitos. No dia 30 de maio o CNS participou da cerimônia de lançamento do novo programa do Governo Federal para ampliar o acesso a atendimentos especializados no SUS. CNS em Movimento: VIII Congresso Internacional de Odontologia do Ceará – CIOCE. Nos dias 30 de maio a 1º de junho de 2025, o conselheiro Anselmo Dantas representou o Conselho Nacional de Saúde (CNS) no VIII Congresso Internacional de Odontologia do Ceará (CIOCE), realizado em Fortaleza (CE). CNS em Movimento: Clima e Saúde nos Territórios. No dia 30 de maio o CNS participou da 6ª Reunião da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CAMS), realizada pelo Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs (DATHI/MS). CNS em Movimento: Representação na Mostra sobre Saúde da População Negra. No dia 3 de junho o CNS esteve presente na Mostra “Boas Práticas dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro na Implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Edição 2025”, no Rio de Janeiro (RJ). A conselheira Michele Seixas representou o CNS na atividade, realizada em parceria entre a Fiocruz/ENSP, UFRJ, Ministério da Saúde, SES-RJ, COSEMS-RJ e organizações da sociedade civil. CNS em Movimento: Seminário “Justiça Climática e Saúde nas Periferias”. □ No dia 5 de junho, o conselheiro e integrante da Mesa Diretora, Getúlio Vargas, representou o CNS de forma online no Seminário “Justiça Climática e Saúde nas Periferias”, realizado em alusão ao Dia Mundial do Meio Ambiente. Seminário Nacional da CISB reforça a saúde bucal como direito humano. No dia 6 de junho, o CNS promoveu o II Seminário Nacional da CISB, com o tema “Brasil Sorridente e o Papel do Controle Social na Garantia da Saúde Bucal como Direito Humano”. Para conhecimento. Não houve deliberação. **ITEM 3 – MIGRANTES, REFUGIADOS E APÁTRIDAS - Apresentação: Gilvanda Soares Torres**, integrante da Diretoria Nacional do Serviço Pastoral do Migrante - SPM; **João Roberto Cavalcante**, assessor para Assuntos de Migração na Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA/MS; **Thaís Senra**, coordenadora institucional de saúde da Organização Internacional para as Migrações - OIM Brasil - *participação virtual*; e conselheiro **Alex Gomes Motta**, coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS/CNS. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, integrante da Mesa Diretora do CNS, deu início à pauta saudando as pessoas presentes e as que acompanhavam a reunião de forma virtual e pontuando que este ponto atendia a solicitação da CIVS/CNS. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** saudou a plenária e



destacou a complexidade do tema em debate e a relevância de sua abordagem diante do cenário nacional e internacional. Considerou que, embora a questão migratória estivesse sendo amplamente debatida nos últimos anos, a conjuntura recente tornava o assunto ainda mais urgente, citando como exemplo a violência direcionada contra migrantes nos Estados Unidos, dentro de políticas de viés autoritário. Alertou para os riscos do avanço de posturas autoritárias em diversas partes do mundo e enfatizou que o Brasil deveria manter-se atento às suas próprias práticas. Afirmou, com base em sua vivência, que era possível observar no país a presença de indivíduos e discursos semelhantes aos que sustentavam políticas excludentes em outras nações. Com isso, reafirmou a importância da vigilância democrática e do compromisso com os direitos humanos. A seguir, abriu a palavra ao conselheiro **Alex Gomes Motta**, coordenador da CIVS/CNS, que fez considerações iniciais sobre o tema. Após saudar todas as pessoas, destacou a urgência da pauta, informando que o tema fora trazido por um ex-integrante da CIVS e que a comissão vinha buscando aprofundar-se tecnicamente sobre o assunto. Relatou que, desde os anos de 2003 e 2004, a CIVS promovia discussões sobre a temática migratória, com colaborações relevantes de agências internacionais, como a Organização Internacional para as Migrações - OIM, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados - ACNUR e a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS, além da SVSA/MS. Informou que os debates realizados revelaram a magnitude e a complexidade da realidade migratória, que não deveria ser tratada como fenômeno isolado, mas como processo intrínseco à condição humana e à dignidade de vida. Apresentou dados que indicavam a existência de mais de 280 milhões de migrantes internacionais no mundo e 59 milhões de deslocados internos. Ressaltou que o Brasil era tanto país de destino — com cerca de 1,6 milhão de migrantes internacionais — quanto de origem, abrigando aproximadamente 4 milhões de brasileiros no exterior e registrando mais de 6 milhões de deslocamentos internos provocados por desastres naturais. Pontuou que a migração deveria ser compreendida em sua interseção com a saúde, em especial com a saúde mental, considerando que migrantes e refugiados frequentemente chegavam ao Brasil após vivências traumáticas, perdas de bens, vínculos e referências, muitas vezes marcadas por violência e extorsão. Destacou que esse contexto de vulnerabilidade exigia uma abordagem integral e sensível por parte das políticas públicas de saúde. Relatou que as agências e especialistas haviam contribuído com ações concretas, como o apoio da OIM à estruturação dos serviços locais de saúde e à qualificação de dados no SUS; a atuação da ACNUR no acolhimento e na garantia de direitos dos refugiados; e o histórico suporte da OPAS a estados e municípios, com foco no acesso à saúde por parte da população migrante. Ressaltou o papel estratégico da Operação Acolhida, mencionando que mais de mil venezuelanos haviam sido interiorizados em cerca de 900 municípios brasileiros. Apesar dos avanços, reconheceu a existência de obstáculos significativos ao acesso e à qualificação do atendimento em saúde. Defendeu a produção de dados desagregados por nacionalidade, bem como a ampliação de pesquisas temáticas e análises epidemiológicas e sociodemográficas. Apontou a vigilância em saúde como instância fundamental para a construção e uso desses dados. Sublinhou a necessidade de superar barreiras documentais e linguísticas, com flexibilização da documentação, presença de intérpretes e materiais multilíngues, além da inclusão explícita de migrantes nos planos e políticas de saúde, como os Planos Plurianuais - PPAs. Defendeu também o fortalecimento da relação de confiança e continuidade de cuidado, com formação e sensibilização dos profissionais de saúde e eventual contratação de profissionais migrantes para atuação no SUS. Por fim, destacou que a SVSA/MS vinha demonstrando que a equidade era princípio estruturante das políticas públicas. Defendeu que a atuação em saúde com a população migrante deveria considerar as múltiplas dimensões de desigualdade, como raça, cor, identidade de gênero e outros marcadores sociais. Propôs a criação de um grupo de trabalho específico sobre saúde de migrantes e refugiados no âmbito do Conselho e sugeriu, caso houvesse respaldo, a discussão sobre o estabelecimento de uma comissão intersetorial voltada ao tema ou o fortalecimento desta pauta na Comissão de Equidade. Concluiu convidando todas as pessoas conselheiras ao aprofundamento da pauta e à construção de respostas efetivas, com o devido investimento institucional. A coordenadora institucional de saúde da OIM Brasil, **Thaís Senra**, com participação virtual, expôs sobre a atuação da OIM no contexto da saúde de migrantes, refugiados, repatriados e deslocados internos. Iniciou sua fala apresentando a OIM como integrante do sistema das Nações Unidas, criada em 1951, atualmente composta por 175 Estados-membros, incluindo o Brasil. Explicou que a missão da organização consistia em promover a migração regular, reduzir a migração forçada e irregular e proteger os direitos dos migrantes, independentemente das motivações de deslocamento, tais como razões laborais,



desastres ambientais ou situações de conflito. Destacou que a OIM desenvolvia ações em parceria com governos, organismos internacionais e sociedade civil, com forte atuação junto a ministérios brasileiros, como os da Justiça e da Saúde. Ressaltou que o Brasil, por sua característica acolhedora, havia recebido, nos últimos anos, elevado número de migrantes, em especial os provenientes da Venezuela, no âmbito da Operação Acolhida. Apontou que o conceito de “migrante” utilizado pela OIM era abrangente, englobando tanto os deslocamentos internacionais quanto os internos. Mencionou, como exemplo, a situação de pessoas deslocadas por causa das enchentes no Rio Grande do Sul. Acrescentou que a atuação da organização se estendia a diferentes perfis, como solicitantes de refúgio, refugiados reconhecidos, migrantes internos e comunidades de acolhida. Assinalou a importância do papel desempenhado pela sociedade civil no acolhimento de migrantes, na mediação cultural e na articulação com os serviços de saúde locais. Reforçou também a relevância da comunidade acadêmica na produção de dados sobre migração e saúde, e do setor privado na integração socioeconômica e na promoção da saúde de trabalhadores migrantes, sobretudo em áreas como a indústria têxtil e os frigoríficos. Apresentou dados sobre o cenário migratório internacional e brasileiro, informando que havia mais de 280 milhões de migrantes internacionais no mundo e cerca de 75 milhões de deslocados internos. No Brasil, havia aproximadamente 4,9 milhões de cidadãos vivendo no exterior e cerca de 2 milhões de migrantes internacionais, com maior presença de venezuelanos, portugueses, haitianos, bolivianos e argentinos. Destacou ainda que mais de 65 milhões de brasileiros residiam fora de seus municípios de nascimento, evidenciando a expressiva dimensão da migração interna. Informou que a OIM mantinha escritórios em treze estados brasileiros, com representação operacional em todo o território nacional, e que sua atuação em saúde estava estruturada em três eixos: avaliação de saúde para migração, promoção da saúde e assistência sanitária em situações de crise. Detalhou atividades como triagem para tuberculose, vacinação, atendimento em saúde primária e capacitações de profissionais de saúde. Destacou a produção de cartilhas multilíngues para acolhimento de migrantes nas unidades básicas de saúde, elaboradas com o apoio de secretarias municipais e estaduais, universidades e organizações da sociedade civil. Mencionou também ações de apoio técnico aos sistemas locais de saúde, como a criação de protocolos e planos de contingência, capacitação de agentes indígenas em diagnóstico de malária e implementação de áreas de isolamento para comunidades indígenas. Relatou que a OIM possuía autorização para aquisição de medicamentos e equipamentos, os quais podiam ser utilizados em suas ações ou doados às redes públicas de saúde, conforme disponibilidade de recursos. Enfatizou a necessidade de institucionalização de grupos de trabalho sobre migração e saúde, considerados essenciais para a construção de estratégias intersetoriais, superação de barreiras de acesso e disseminação de boas práticas. Apontou como principais desafios a ausência de dados desagregados por nacionalidade, entraves documentais, barreiras linguísticas e a descontinuidade no cuidado. Defendeu a inclusão de migrantes e refugiados nos instrumentos de planejamento em saúde (como planos municipais e PPAs), o fortalecimento do papel de mediadores culturais e intérpretes nos serviços, a produção de materiais em diversos idiomas e a formulação de protocolos específicos de atendimento. Ressaltou ainda a importância da construção de vínculos de confiança entre migrantes e os serviços locais. Por fim, abordou os desafios específicos enfrentados por indígenas migrantes, cuja língua materna frequentemente não era o português, bem como por brasileiros repatriados oriundos de regiões em crise, como a Faixa de Gaza e o Líbano. Informou que, nesse contexto, a OIM vinha atuando em parceria com o governo federal, promovendo acolhimento humanizado, escuta qualificada e levantamento de demandas como barreiras linguísticas, interrupção de tratamentos e dificuldades de vacinação. Encerrando sua intervenção, disponibilizou os contatos institucionais da OIM e reiterou o compromisso da organização com a garantia do direito à saúde da população migrante no Brasil. A segunda expositora foi a integrante da Diretoria Nacional do SPM, **Gilvanda Soares Torres**, que iniciou sua apresentação destacando sua identidade como mulher migrante, oriunda do Ceará, representando um coletivo com quatro décadas de atuação nacional em acolhimento direto a migrantes e refugiados. Informou que a organização comemorava, naquele momento, seus 40 anos de caminhada junto às populações migrantes. Enfatizou que o trabalho da instituição contemplava desde o acolhimento de migrantes voluntários e estudantes até os provenientes da Operação Acolhida e aproveitou para ressaltar a importância do reconhecimento da palavra “migrante” como conquista política e simbólica. Relembrou que esse termo havia sido fortemente defendido durante o processo de aprovação da nova Lei de Migração, que substituiu o Estatuto do Estrangeiro e que, historicamente,

538 atribuíra ao migrante uma imagem negativa, de ameaça ou competição por recursos escassos.  
539 Explicou a distinção entre os conceitos de migrante, refugiado e apátrida, indicando que o  
540 termo “migrante” também abarcava deslocamentos internos e internacionais, enquanto os  
541 refugiados seriam aqueles perseguidos por conflitos ou violações de direitos humanos, e os  
542 apátridas seriam pessoas sem reconhecimento oficial de nacionalidade. Relatou um caso  
543 concreto de apatridia, envolvendo um jovem abandonado em uma embarcação, sem  
544 pertencimento reconhecido a nenhum país, situação que tornara seu acolhimento ainda mais  
545 desafiador. Apontou as principais barreiras enfrentadas por migrantes no acesso ao SUS,  
546 destacando os entraves linguísticos e documentais como fatores limitadores. Observou que,  
547 apesar dos avanços legais e normativos em defesa da atenção integral a essa população,  
548 muitos municípios ainda desconheciam ou não aplicavam a legislação vigente. Apontou, ainda,  
549 a existência de discriminação, racismo e xenofobia em serviços de saúde, ilustrando com  
550 episódios concretos em que gestantes foram impedidas de realizar o pré-natal devido à  
551 ausência de formação dos profissionais para lidar com a diversidade cultural. Defendeu a  
552 incorporação da abordagem intercultural nas práticas de saúde, ressaltando a necessidade de  
553 formação contínua de profissionais e da atuação de agentes interculturais dentro das unidades  
554 do SUS, capazes de garantir atendimento humanizado e respeitoso às diferenças religiosas e  
555 étnicas, como no caso de pacientes muçulmanos. Ressaltou que, embora houvesse materiais  
556 de apoio e cartilhas elaboradas por organizações como a OIM, esses conteúdos muitas vezes  
557 não chegavam à ponta dos serviços. Reivindicou a criação de protocolos nacionais de  
558 acolhimento que assegurassem acesso à saúde independentemente da situação migratória e  
559 criticou a falta de uniformidade nos atendimentos. Narrou, com base em sua vivência pessoal  
560 como migrante pendular entre municípios cearenses, um episódio em que fora impedida de  
561 realizar um procedimento simples em unidade básica por não residir oficialmente naquele  
562 território — realidade que se agravaria no caso de migrantes internacionais não falantes do  
563 português. Destacou a importância da produção de dados por nacionalidade e situação  
564 migratória nos registros do SUS, considerando que a omissão dessas informações é um  
565 entrave à formulação de políticas públicas eficazes. Citou a pandemia de COVID-19 como  
566 exemplo emblemático, em que a exigência inicial de passaporte dificultou a vacinação de  
567 migrantes, sendo necessário um esforço de incidência para incluir o número de protocolo de  
568 refúgio como documento válido. Reconheceu iniciativas positivas, como a nota técnica do  
569 Ministério da Saúde que desobrigava a apresentação de documentos para o atendimento de  
570 migrantes, mas lamentou a falta de conhecimento dessas orientações por profissionais da  
571 ponta. Defendeu a ampliação dos Centros de Referência e Atendimento a Imigrantes - CRAs,  
572 com presença obrigatória de agentes que dominassem os idiomas predominantes em cada  
573 território. Elogiou a Operação Acolhida e o papel da OIM como parceira estratégica na  
574 formação e no apoio técnico, mas destacou que a efetivação da saúde como direito universal  
575 ainda não era uma realidade plenamente compreendida por muitos gestores locais. Apontou  
576 como boas práticas experiências como a da Missão Paz, em São Paulo, que prestava  
577 atendimento jurídico, psicológico e cursos de português, reforçando o papel das organizações  
578 da sociedade civil no acolhimento humanitário. Enfatizou que, embora o SPM fosse vinculado à  
579 Igreja Católica, sua atuação era baseada no respeito à diversidade religiosa e na defesa  
580 incondicional da dignidade humana. Apresentou um conjunto de propostas formuladas no  
581 âmbito do coletivo que integra, entre elas: a inclusão de migrantes nas diretrizes nacionais de  
582 saúde; a criação de protocolos nacionais de acolhimento; a formação de profissionais do SUS  
583 para atuação em contextos de diversidade cultural; a contratação de tradutores e mediadores  
584 culturais; e a produção de dados desagregados por nacionalidade e situação migratória.  
585 Afirmou que migrar era um direito humano, assim como o direito de permanecer em seu  
586 território de origem. Destacou que políticas públicas eficazes e estruturantes, como o acesso à  
587 água no semiárido nordestino, podiam reduzir os deslocamentos forçados. Reiterou que a  
588 inclusão dos migrantes no SUS não representava ônus, mas sim fortalecimento do sistema,  
589 ampliando o reconhecimento internacional do Brasil como país acolhedor, justo e equitativo.  
590 Concluiu reafirmando o compromisso do SPM com a formação, a incidência política e a  
591 articulação institucional (eixos que denominou de “FIA”), e destacou que o debate sobre  
592 migração precisava ganhar espaço nos fóruns, nas universidades e nos espaços de decisão do  
593 SUS. Ressaltou que a mobilidade humana era tão antiga quanto a própria humanidade e que  
594 sonhar com uma vida melhor não deveria significar a perda de direitos fundamentais. Na  
595 sequência, o assessor para Assuntos de Migração da SVSA/MS, João Roberto Cavalcante,  
596 iniciou sua apresentação agradecendo o convite para participar da reunião e destacando o  
597 significado simbólico daquela ocasião em sua trajetória como sanitarista. Ressaltou que, ao

lado de outro colega, integrava a pequena equipe da SVSA dedicada à pauta migratória, e que aquele era o primeiro momento em que o tema da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas era formalmente apresentado ao Pleno. Informou que a política encontrava-se em fase de construção, com participação ativa do Conselho e de organizações da sociedade civil, e que em breve a minuta seria submetida à análise do colegiado. Em sua fala, buscou esclarecer definições técnicas importantes, diferenciando migrantes internacionais, refugiados, apátridas, repatriados, retornados e residentes fronteiriços. Apontou que o uso do termo “deportado” vinha sendo evitado, por sua conotação estigmatizante. Destacou a relevância de considerar os residentes fronteiriços que, mesmo vivendo em países vizinhos, cruzam diariamente a fronteira para acessar serviços do SUS, fenômeno que denominou de “milagre do SUS”. Apresentou dados que estimavam entre 1,5 a 2 milhões o número de migrantes internacionais residentes no Brasil em 2024, sendo 450 mil solicitantes de refúgio desde 2010, dos quais 146 mil foram reconhecidos como refugiados. Salientou que, embora expressivos, esses números representavam menos de 1% da população brasileira, o que evidenciava a infundada associação entre imigração e perda de empregos. Ao tratar das vulnerabilidades em saúde, destacou que as pessoas migrantes estavam expostas a riscos antes, durante e após o processo migratório, com maior gravidade entre os deslocados forçados. Enumerou dificuldades enfrentadas, como ocupações precárias, barreiras linguísticas e ausência de políticas públicas, e elencou agravos prioritários identificados pela SVSA: tuberculose, HIV/AIDS, hipertensão, diabetes, transtornos mentais, estresse pós-traumático e violência sexual, esta última apontada como recorrente. Indicou que grupos específicos como crianças, idosos, mulheres, população LGBTQIA+ e indígenas migrantes demandavam atenção especial. Recordou que, desde a Lei nº. 8.080/1990, o Brasil assegurava acesso universal e gratuito à saúde para migrantes internacionais. Informou que, em 2023, a SVSA havia criado uma assessoria especializada em migração, o que permitira ampliar sua atuação interministerial, especialmente em temas como repatriações e a Operação Acolhida em Roraima. Relatou ações estratégicas, como apoio à repatriação de brasileiros de regiões em conflito (Gaza, Israel, Líbano e Estados Unidos), acompanhamento de migrantes inadmitidos no aeroporto de Guarulhos e recepção humanizada de repatriados. Destacou a iniciativa de tradução de materiais informativos, inclusive durante a pandemia de COVID-19, com conteúdos disponibilizados em diversos idiomas (como árabe, hebraico, mandarim, espanhol, francês e inglês). Informou que a equipe também realizava análises de dados e propunha ajustes nos sistemas de informação para viabilizar cálculos de taxas e coeficientes, substituindo indicadores absolutos. Em relação à construção da política nacional, relatou que o Grupo de Trabalho - GT Migrações fora instituído em 2023 e teve como ponto de partida uma minuta elaborada pela Frente Nacional de Saúde das Populações Migrantes, que reunia mais de vinte organizações da sociedade civil. Esclareceu que, apesar de a portaria inicial não prever assentos para movimentos sociais, uma nova versão fora publicada garantindo cinco vagas para organizações da sociedade civil. Informou que, até o momento, haviam sido realizadas mais de 25 reuniões do GT, bem como oficinas presenciais em estados com grande concentração de migrantes, como São Paulo, e participação em conferências nacionais. Destacou a metodologia de escuta qualificada por meio de formulários multilíngues e o mapeamento de 77 organizações atuantes na área, muitas delas geridas por pessoas migrantes. Abordou também a atuação na Operação Acolhida, destacando a participação do Ministério da Saúde em subcomitês como o SUFAST (Saúde) e o SOFI (intersectorial). Informou que seriam implementadas três equipes de Saúde da Família em Roraima, com atuação em abrigos e na maior sala de vacinação da América Latina, localizada em Pacaraima, responsável por aplicar até 300 doses diárias. Finalizou compartilhando a experiência de acolhimento a brasileiros repatriados em Minas Gerais e no Ceará, destacando o caráter humanitário da ação diante das violações de direitos vivenciadas por essas pessoas. Reforçou que todos, independentemente de nacionalidade ou condição migratória, tinham direito ao acesso à saúde, e defendeu que o tema permanecesse como pauta permanente no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. Colocou-se à disposição do Colegiado e reiterou o compromisso da SVSA com a construção de uma política de saúde equitativa, inclusiva e centrada nos direitos humanos das populações migrantes, refugiadas e apátridas. Concluídas as apresentações, foi aberto o debate sobre o tema. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** iniciou sua fala parabenizando a Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do CNS pela condução do tema e pelo protagonismo na construção de políticas públicas. Ressaltou que, embora haja avanços na formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, o desafio principal ainda residia na sua implementação prática. Destacou que, paradoxalmente, a área

da saúde seria uma das poucas no país onde os migrantes encontravam alguma forma de acolhimento, em contraste com a sociedade em geral, onde o preconceito e a exclusão ainda predominavam. Lembrou o passado colonial e escravocrata do Brasil, pontuando que a sociedade brasileira fora formada por migrantes, muitos dos quais trazidos à força. Criticou o preconceito seletivo, que tende a acolher migrantes europeus e rejeitar migrantes latinos e africanos, especialmente os vindos do Haiti e da Venezuela. Salientou que esses migrantes, assim como a população carente brasileira, estavam sendo relegados às periferias e áreas de risco. Concluiu apontando a importância de refletir e aprofundar o debate. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** expressou sua satisfação com o debate e parabenizou as pessoas expositoras, reafirmando o compromisso da Comissão Intersetorial de Promoção da Equidade - CIPPE com o tema. Relatou que a comissão vinha realizando um levantamento das ações implementadas na atual gestão, e uma das prioridades era a retomada do grupo de trabalho sobre migrantes, refugiados e apátridas. Registrou, contudo, sua preocupação com a ausência do recorte racial no debate, especialmente em relação aos migrantes negros africanos. Citou casos de migrantes senegaleses e congoleses mortos em ações policiais, questionando por que tais violências não atingiam migrantes brancos europeus. Destacou a importância de se reconhecer e enfrentar o racismo institucional e afirmou que a CIPPE seguiria mobilizada para garantir o avanço nessa pauta. Conselheira **Karina Hamada Iamasaki Zuge** fez uma provocação ao Plenário, relatando o caso recente de uma família colombiana que migrou para o Brasil com o objetivo de acessar tratamento para distrofia muscular de Duchenne, cujo medicamento tem custo elevado. Assinalou que, se o sistema de saúde ainda não dispunha de linha de cuidado consolidada nem para brasileiros com a doença, a situação era ainda mais crítica para os migrantes. Defendeu a inclusão de pessoas com doenças raras nas discussões sobre saúde dos migrantes. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** reforçou a necessidade de se reconhecer as iniquidades estruturais que afetam a população brasileira e, consequentemente, os migrantes. Observou que a atenção básica não dava conta de atender nem brasileiros nem estrangeiros, e que as mortes por falta de acesso à saúde continuavam a ocorrer. Destacou que o problema das desigualdades sociais e do racismo institucional precisava ser enfrentado de forma transversal nas políticas públicas. Mencionou uma carta elaborada por mulheres negras migrantes no Rio Grande do Sul, que evidenciava tais questões. Conselheira **Cleonice Caetano Souza** trouxe o olhar da empregabilidade, destacando que migrantes atendidos por sua organização apresentavam graves quadros de sofrimento psíquico. Relatou que a dificuldade de acesso ao mercado formal era acentuada pela falta de documentação regular e pela resistência cultural das empresas. Indicou que muitos migrantes possuíam alta qualificação, mas eram alocados em trabalhos precarizados. Chamou atenção para o racismo, a xenofobia e a falta de políticas públicas de inclusão e acolhimento. Enfatizou que o movimento sindical precisava assumir papel mais ativo nesse processo. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**, integrante da CIVS/CNS, contextualizou que, já desde 2014, havia mobilização para inserção do tema da migração nas conferências de saúde. Destacou experiências vividas junto à Missão Paz, em São Paulo, e citou a proposta de realizar uma atividade autogestionada sobre o tema durante a 5ª CNSTT. Defendeu que o Conselho ampliasse seu olhar também para os brasileiros que viviam no exterior em situação de vulnerabilidade. Conselheiro **Elenilson Silva** reforçou a importância da pauta, ressaltando que seu estado (Acre) era porta de entrada de muitos migrantes. Destacou que, apesar dos avanços legais, havia lacunas graves na execução da política, principalmente quanto ao fluxo de atendimento, comunicação bilíngue e coordenação entre os entes federativos. Denunciou a ação de atravessadores (coiotes) que colocavam migrantes em situação de vulnerabilidade, muitas vezes resultando em permanência em situação de rua. Conselheira **Edna Maria Mota** informou que a OPAS havia promovido recentemente um simulado sobre mudança climática, migrações e saúde em Rondônia, em parceria com diversos entes locais. Apontou o Cartão SUS como um dos principais entraves ao atendimento, especialmente em municípios de fronteira. Defendeu que o cartão fosse melhorado para garantir o acesso e o registro das pessoas atendidas, com base na universalidade do SUS e na legislação vigente. Conselheira **Márcia Cristina Bandini** expressou solidariedade às falas anteriores e reiterou a vulnerabilidade dos migrantes diante de violências como exploração sexual, trabalho análogo à escravidão, privação de liberdade, discriminação institucional. Questionou os expositores sobre iniciativas voltadas à garantia de renda e ao desenvolvimento de competências profissionais para promover a inclusão pelo trabalho. Conselheira **Rosa Maria Anacleto** salientou que, no Brasil, migrantes negros enfrentavam desafios maiores do que os migrantes brancos. Questionou se havia dados sobre o número de migrantes negros atendidos e defendeu a

articulação da Política Nacional de Saúde da População Negra com as ações voltadas aos migrantes, dado o racismo estrutural presente nas portas de entrada do SUS. Conselheiro **Elídio Ferreira de Moura** destacou que os municípios eram, na prática, os principais responsáveis por acolher migrantes, e que era imprescindível que as políticas públicas reconhecessem essa função, com apoio técnico e financeiro. Reafirmou o dever do SUS de garantir atenção integral, universal e gratuita a todos, independentemente da nacionalidade. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, reforçou a importância do acolhimento com base nos direitos humanos, destacando o papel das assistentes sociais e dos organismos internacionais. Defendeu a continuidade do diálogo entre o Conselho e os órgãos gestores, com foco na superação da discriminação e na construção de um modelo de atenção inclusivo. Ressaltou a necessidade de garantir saúde, trabalho digno e recomposição da vida aos migrantes, bem como de incluir o tema nas próximas conferências de saúde. Encerradas as falas dos conselheiros, a palavra retornou à mesa para considerações finais das pessoas convidadas. A integrante da Diretoria Nacional do SPM, **Gilvanda Soares Torres**, iniciou relatando experiências vividas na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, onde cursava o mestrado e convivera com estudantes africanos. Destacou que esses estudantes haviam sido vítimas de discriminação racial por uma instituição privada, que impusera práticas vexatórias baseadas em critérios raciais, o que motivara denúncia ao Ministério Público e a celebração de um termo de ajustamento de conduta. Relatou que a UNILAB representava uma política pública reparatória relevante, mas que ainda apresentava falhas estruturais, especialmente quanto à saúde, moradia e assistência estudantil. Mencionou dificuldades enfrentadas por adolescentes grávidas no acesso ao pré-natal e carências relacionadas à infraestrutura das residências universitárias, além da defasagem do valor das bolsas de estudos, mantido desde 2011. Destacou que, durante a pandemia, estudantes migrantes do curso de enfermagem haviam sido contratados emergencialmente, mas posteriormente dispensados. Defendeu a criação de planos municipais de política migratória, que incluíssem os migrantes nos orçamentos locais e criticou a postura de municípios que condicionavam o atendimento à existência de contrapartidas financeiras. Reafirmou seu comprometimento com a luta antirracista, relatou seu envolvimento com a causa migrante e compartilhou experiências com estudantes africanos, principalmente os guineenses, evidenciando os impactos emocionais e culturais do distanciamento familiar prolongado. Ressaltou ainda as dificuldades em assegurar dignidade em rituais funerários e denunciou os olhares discriminatórios enfrentados no cotidiano por suas amigas africanas. Concluiu reiterando a urgência de enfrentamento ao racismo institucional e da ampliação das políticas de atenção à saúde mental de estudantes migrantes. Na sequência, a representante da OIM, **Mariana**, assumiu a palavra visto que a coordenadora da Organização não pode participar desta parte final do debate. afirmou que a instituição se sentia honrada em participar do debate e destacou a crescente urgência do tema. Ressaltou que, além da saúde, os determinantes sociais – como educação, trabalho e dignidade – eram essenciais para assegurar a qualidade de vida das populações migrantes. Observou que a vulnerabilidade era acentuada em determinados grupos, como mulheres, crianças, pessoas LGBTQIAPN+, idosos e indígenas. Informou que, fora de Roraima, muitos municípios enfrentavam dificuldades para atender os migrantes, especialmente pela ausência de apoio da estrutura da Operação Acolhida, o que aumentava a dependência da sociedade civil. Destacou a importância da atuação dos agentes comunitários para garantir a continuidade do cuidado e alertou para os desafios relacionados à tuberculose. Defendeu a necessidade de estratégias locais que reconhecessem as especificidades de cada território. Informou que a OIM atuava em conjunto com o Ministério da Saúde e os governos subnacionais para ampliar o acesso à saúde e mitigar os danos impostos pela situação migratória. O assessor para Assuntos de Migração/SVSA/MS, **João Roberto Cavalcante**, agradeceu as contribuições das pessoas conselheiras e afirmou que levaria os apontamentos à SVSA e outras áreas da pasta. Informou que a vigilância epidemiológica realizara análises do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, utilizando o país de nascimento como variável-chave, em substituição à nacionalidade, para incluir os apátridas. Apontou, com preocupação, que pessoas migrantes oriundas de países africanos e do Haiti apresentavam maior mortalidade por HIV/AIDS do que por infarto agudo do miocárdio; entre os venezuelanos, a causa principal de morte fora a COVID-19. Informou que, com os avanços na obtenção de dados populacionais, seria possível calcular taxas e realizar comparações epidemiológicas mais robustas. As análises estavam sendo compartilhadas com diferentes departamentos e subsidiavam ações e traduções de materiais voltados a nacionalidades específicas. Destacou a gravidade da violência contra migrantes, mencionando os

assassinatos do jovem congolês Moïse Kabagambe, no Rio de Janeiro e de um senegalês em São Paulo. Afirmou que o Ministério da Saúde trabalhava em parceria com a Coordenação-Geral de Prevenção de Violências e Cultura de Paz na abordagem desse tema. Ressaltou que o atendimento em saúde deveria ser garantido independentemente da situação documental da pessoa, lamentando que muitos profissionais ainda recusassem atendimento por desconhecimento, e destacando que estavam sendo adotadas ações para reverter essa situação. Informou que, em Roraima, o CPF e o Cartão Nacional do SUS estavam sendo emitidos no âmbito da Operação Acolhida, inclusive com alternativas para pessoas sem documentos. Relatou que a saúde do trabalhador acompanhava casos de migrantes em situação análoga à escravidão, especialmente no estado de São Paulo, e destacou o combate ao tráfico de migrantes, diferenciando-o do tráfico de pessoas. Enalteceu os avanços da atual gestão na pauta migratória e contrastou com a gestão anterior, que, segundo ele, tratava migrantes como ameaça sanitária. Lembrou o fechamento precoce da fronteira com a Venezuela, mesmo com baixo número de casos de COVID-19, como um exemplo de xenofobia institucional. Finalizou reforçando o esforço do Ministério da Saúde para publicação da Política Nacional de Saúde para Migrantes, Refugiados e Apátridas, cuja consolidação considerava urgente. Colocou-se à disposição para compartilhar dados e anunciou a preparação do primeiro Boletim Epidemiológico sobre essa população. Conselheiro **Alex Gomes Motta**, coordenador da CIVS/CNS, expressou agradecimento pelo momento e pela confiança depositada pelo Conselho na condução do GT Migrações. Reafirmou o compromisso da comissão com o encaminhamento das propostas apresentadas e destacou o diálogo produtivo com técnicos da SVSA/MS. Informou que novas entidades, como a Pastoral do Migrante e a Cáritas, haviam se incorporado ao grupo de trabalho. Defendeu que o GT buscava a construção de uma atuação sólida e efetiva, pautada na promoção da dignidade da pessoa migrante. Agradeceu às pessoas convidadas para a mesa pelas intervenções marcantes. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, agradeceu à CIVS/CNS, ao Ministério da Saúde e às entidades participantes pela parceria e colaboração no debate. Destacou que as falas e propostas seriam registradas e encaminhadas à CIVS, com vistas à construção de encaminhamentos concretos a serem deliberados pelo Pleno. Relembrou os marcos históricos de violações de direitos humanos, como a dizimação de povos originários e a escravização de populações, e apontou a relevância do SUS como porta de acolhimento e inclusão. Das propostas que emergiram do debate, citou a realização de atividade autogestionada sobre “migrantes, refugiados e apátridas” na 5ª CNSTT. Por fim, reiterou o papel civilizatório da defesa dos direitos humanos e agradeceu a todas as pessoas presentes. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, destacou a importância do debate realizado e fez considerações sobre a organização do tempo para os próximos pontos de pauta. Sugeriu que as reuniões dos fóruns de usuários e trabalhadores ocorressem à noite, de forma presencial ou virtual, a fim de preservar o tempo dos debates do plenário. Definido este ponto, a mesa encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: nomes serão incluídos. Retomando, às 14h30, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 - 20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – PNAF** - *Apresentação:* **Ana Petta**, Diretora do documentário “20 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF”; **Marco Aurélio Pereira**, Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF/SECTICS/MS; e **Silvana Nair Leite Contezini**, integrante da Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF. *Coordenação:* conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o diretor do DAF/SECTICS/MS, **Marco Aurélio Pereira**, iniciou sua exposição saudando o CNS pela iniciativa de pautar os 20 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, considerando-a uma conquista da sociedade brasileira e não apenas do setor farmacêutico. Destacou que essa política fora originada de uma conferência temática nacional e formalizada como resolução do CNS, o que lhe conferia legitimidade social e política. Registrou sua satisfação em retornar ao Plenário do CNS, onde atuara de 2016 a 2022, na Secretaria Executiva e agradeceu à Mesa Diretora do CNS pelo convite, cumprimentando especialmente a presidenta Fernanda Magano pela continuidade na presidência da instância máxima do controle social do SUS. Informou que a apresentação do documentário dos 20 anos da PNAF, dirigido por Ana Petta com colaboração da Escola Nacional dos Farmacêuticos e de Silvana Nair Leite, se constituía em uma importante peça de comunicação sobre o SUS e a assistência farmacêutica. Ao contextualizar historicamente a construção da política, recordou que ela se fundamentara nos preceitos constitucionais de

1988 e na Lei nº 8.080/90, que em seu artigo 6º já reconhecia a assistência farmacêutica como componente da assistência terapêutica integral. Mencionou antecedentes relevantes, como a Lei Elisy Chaves (1923), a criação e extinção da SEMI (1971), a Política Nacional de Medicamentos (1998), e os embates em torno da Lei de Patentes (1996), da Lei dos Genéricos (1999) e da criação da Anvisa. Relembrou a importância da CPI dos Medicamentos no ano 2000 como marco político para o avanço do tema no Congresso Nacional, e enfatizou o papel do CNS na convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em setembro de 2003, com ampla participação social. Explicou que, diante da grande quantidade de propostas, parte das deliberações fora remetida ao CNS, que aprovou, em maio de 2004, a resolução que instituiu a PNAF. Enfatizou que a política definiria conceitualmente o que era assistência farmacêutica e atenção farmacêutica, valorizando o trabalho multiprofissional e integrando a assistência farmacêutica às demais políticas públicas de saúde. Destacou que a PNAF também deveria exercer papel indutor e articulador junto a políticas de ciência e tecnologia, recursos humanos e medicamentos. Apresentou os treze eixos estratégicos da política, reiterando que a efetivação desses eixos dependia de articulação federativa, planejamento e compromisso do controle social. Afirmou que, embora ainda não concluída, a trajetória da PNAF resultara em avanços significativos. Entre os principais marcos institucionais, destacou a criação e estruturação do DAF em 2003, a recente incorporação da área de oncologia ao Departamento, e os componentes básico, estratégico, especializado e do Programa Farmácia Popular. Reiterou que o DAF possuía a atribuição de formular, coordenar, monitorar e avaliar as políticas de assistência farmacêutica e de medicamentos. Apresentou dados orçamentários que demonstravam o crescimento expressivo dos investimentos em assistência farmacêutica, especialmente nos últimos dois anos, representando cerca de 10% do orçamento do Ministério da Saúde. Alertou que a assistência farmacêutica não se resumia à entrega de medicamentos, mas exigia estrutura, qualificação, articulação federativa e valorização dos profissionais farmacêuticos enquanto trabalhadores da saúde. Destacou ações relevantes, como o Qualifar-SUS, o fortalecimento do uso racional de medicamentos, a pactuação da política de cuidado farmacêutico na CIT, e a retomada do Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, extinto na gestão anterior. Ressaltou que essa era uma das prioridades da atual gestão e que os investimentos nessa área haviam sido um dos que mais avançaram proporcionalmente. Por fim, mencionou a publicação do documento “Direito à Assistência Farmacêutica: protagonismo do controle social”, elaborado com apoio do CNS, como importante diretriz para a ação dos conselhos. Concluiu afirmando que a assistência farmacêutica era um patrimônio conquistado pela sociedade, que deveria ser monitorado, criticado, aperfeiçoado e valorizado. Agradeceu pela atenção e homenageou diversas lideranças históricas do campo, como Clair Castilho, Silvana Nair Leite, Ronald Ferreira dos Santos, Luís Costa e Norberto Reque. Após essas considerações iniciais, foi reproduzido documentário em comemoração aos 20 anos da PNAF. Na sequência, conselheira **Débora Melecchi**, coordenadora da CICTAF/CNS, iniciou sua manifestação saudando os presentes e afirmando que celebrar os 20 anos da PNAF significava também celebrar a democracia participativa no Brasil. Enfatizou que se tratava de uma política construída a muitas mãos, com significados diversos e impactos reais na vida do povo brasileiro. Destacou que o documentário apresentado na ocasião, bem como a composição plural da mesa, expressavam a profundidade dessa política. Afirmou que a PNAF teve origem nos debates da década de 1990, com protagonismo da classe trabalhadora e, em especial, da categoria farmacêutica, sendo construída de forma multidisciplinar e por meio do controle social do SUS. Ressaltou que se tratava de uma política estratégica, articulada a outras políticas públicas, como ciência e tecnologia, com repercussão direta na qualidade de vida da população. Considerou que o documentário trazia inúmeros elementos para reflexão e compreensão da PNAF como um direito de cada cidadão e cidadã, sendo parte integrante do SUS e, portanto, um instrumento de fortalecimento do sistema público de saúde. Finalizou conclamando os presentes a levarem o documentário para todo o país, promovendo o debate sobre a assistência farmacêutica em todos os territórios, especialmente no contexto do terceiro governo Lula e da retomada do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Em seguida, a conselheira **Silvana Nair Leite Contezini**, representante da CICTAF e da Escola Nacional dos Farmacêuticos, relatou que sua participação na mesa decorreria do convite do Departamento de Assistência Farmacêutica para coordenar a produção de um material que marcasse os 20 anos da política. Explicou que, diante do desafio, optaram pela produção de um documentário com caráter perene e ampla difusão, em vez de eventos pontuais ou ações restritas à categoria farmacêutica. Destacou que o objetivo era demonstrar, com exemplos concretos, os impactos reais da política na vida das



898 pessoas. Relatou que a equipe buscou identificar vivências significativas pelo país, como o  
899 caso de um município no interior do Amazonas que desenvolveu estratégias para garantir  
900 tratamento local às crianças, evitando deslocamentos forçados para Manaus. Enfatizou a  
901 articulação entre as esferas federal, estadual e municipal, bem como o envolvimento dos  
902 trabalhadores da saúde como condição essencial para o sucesso da política. Declarou que se  
903 sentia honrada por ter participado do projeto e agradeceu a oportunidade, recordando sua  
904 própria trajetória no controle social, como delegada municipal na conferência de assistência  
905 farmacêutica realizada há duas décadas. Ressaltou o trabalho da Clementina Filmes e  
906 agradeceu à diretora Ana Petta pela sensibilidade e excelência da produção. Informou que o  
907 documentário estava disponível no canal do Ministério da Saúde no YouTube e incentivou seu  
908 uso em eventos, aulas e formações sobre o SUS. Na sequência, a cineasta **Ana Petta**, diretora  
909 do documentário “20 anos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica”, afirmou que se  
910 sentia honrada por participar da mesa e ressaltou que, embora não fosse da área da saúde,  
911 considerava-se militante do SUS. Relatou que, junto à sua irmã, médica infectologista, vinha  
912 produzindo conteúdos audiovisuais sobre o SUS há mais de uma década, a exemplo da série  
913 ficcional “Unidade Básica” e do documentário “Quando Falta o Ar”, realizado durante a  
914 pandemia da COVID-19. Explicou que seu trabalho buscava traduzir as políticas públicas de  
915 saúde para uma linguagem mais sensível e acessível à população, destacando a beleza e a  
916 humanidade do SUS. Considerou que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica  
917 representava justamente essa utopia real de um país que cuida de sua gente, mesmo nos  
918 locais mais remotos. Compartilhou o exemplo da menina Letícia, apresentada no  
919 documentário, que vivia no interior da floresta amazônica e teve acesso a medicamentos que  
920 transformaram sua condição de vida. Relatou, emocionada, que esse tipo de impacto concreto  
921 é o que dá sentido à luta em defesa do SUS. Encerrou sua fala agradecendo à equipe do DAF,  
922 aos profissionais envolvidos e a todos que colaboraram com a construção do documentário,  
923 destacando que a produção começava com imagens da primeira conferência de assistência  
924 farmacêutica, conectando simbolicamente o início da formulação política com sua aplicação  
925 prática nos territórios. Concluídas as falas da mesa, foi aberta a palavra ao Plenário para  
926 manifestações. Conselheira **Priscila Torres da Silva** destacou a relevância da pauta da  
927 assistência farmacêutica para os usuários do SUS, defendendo que o fornecimento de  
928 medicamentos fosse sempre acompanhado de orientação profissional qualificada. Nessa linha,  
929 defendeu que todo paciente deveria ter acesso direto a um farmacêutico para orientação.  
930 Elogiou as ações da Mesa e o Projeto Integra, reconhecendo o papel do DAF, cuja abertura ao  
931 diálogo permitiu à Biorrede Brasil prescindir de pedidos via Lei de Acesso à Informação.  
932 Apontou que muitos problemas de abastecimento não vinham do Ministério da Saúde, mas de  
933 entraves nos estados, e defendeu a reestruturação da assistência farmacêutica nos territórios  
934 com foco em cuidado e equidade. Relatou, ainda, sua experiência pessoal com artrite  
935 reumatoide, ressaltando o impacto positivo do PCDT e da assistência farmacêutica em seu  
936 tratamento. Neste ponto, a mesa anunciou a chegada do Ministro de Estado da Saúde,  
937 Alexandre Padilha. Conselheira **Maria Cecília Oliveira** manifestou sua emoção com o  
938 documentário apresentado e salientou a luta histórica por tratamentos para doenças raras  
939 como a mucopolissacaridose tipo 6. Relatou o esforço de décadas de entidades e profissionais  
940 de saúde para garantir o diagnóstico precoce e o acesso à terapêutica, evidenciando a  
941 importância da incorporação de medicamentos ao SUS. Conselheira **Lucimary Santos Pinto**  
942 também destacou a potência do documentário e sugeriu que outras políticas do SUS fossem  
943 retratadas em produções semelhantes, como forma de aproximar a população do entendimento  
944 das ações públicas. Ressaltou que a assistência farmacêutica extrapolava a simples  
945 dispensação de medicamentos, sendo fundamental para o uso racional, a prevenção de  
946 doenças, a orientação aos usuários e o fortalecimento do SUS. Parabenizou a reativação do  
947 comitê de plantas medicinais e fitoterápicos e defendeu a valorização dessas práticas.  
948 Conselheira **Karina Hamada Zuge** parabenizou os 20 anos da PNAF e dirigiu ao palestrante  
949 Marco Aurélio questionamento sobre a regulamentação da assistência farmacêutica no âmbito  
950 da Política Nacional de Prevenção do Câncer - PNPC, especialmente quanto à portaria de  
951 medicamentos oncológicos. Salientou que a assistência farmacêutica também era tema de  
952 acesso e cuidado, mencionando a necessidade de ampliar o debate sobre medicamentos de  
953 alto custo para doenças raras. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** parabenizou o  
954 DAF/MS e destacou a importância de políticas como o Farmácia Popular, implementadas nos  
955 governos do Presidente Lula. Relembrou sua experiência pessoal em Unidade de Terapia  
956 Intensiva - UTI, expressando gratidão ao SUS e enfatizando o compromisso do atual governo  
957 com a vida e a saúde da população. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do

958 CNS, elogiou o documentário e a articulação do projeto Integra, valorizando os resultados de  
959 pesquisas recentes como a do IPEA, os avanços na política de medicamentos e o  
960 fortalecimento do controle social. Destacou o papel das mídias alternativas na valorização das  
961 políticas públicas e reforçou a importância de manter o SUS como instrumento de democracia  
962 e cuidado com a vida. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** parabenizou a atuação do  
963 Ministério da Saúde, em especial o Programa Farmácia Popular, destacando sua alta avaliação  
964 popular e abrangência, beneficiando milhões de brasileiros. Ressaltou a importância da  
965 percepção da população sobre as políticas públicas e defendeu o fortalecimento da assistência  
966 farmacêutica como política estratégica para o governo federal. Conselheiro **Lucas Salvador**  
967 **Andrieta** ressaltou a relevância institucional da política de assistência farmacêutica,  
968 reconhecendo o papel da Anvisa, da CMED e da CICTAF/CNS. Apontou a necessidade de  
969 fortalecimento da regulação e da estrutura institucional para garantir o interesse público.  
970 Destacou que, apesar dos avanços, o gasto das famílias com medicamentos ainda era elevado  
971 e a regulação do setor permanecia um desafio. Conselheiro **Mauri Bezerra Filho** destacou os  
972 resultados positivos da assistência farmacêutica no Relatório de Avaliação de Gestão - RAG,  
973 mencionando que o objetivo 5, referente ao tema, havia obtido as melhores avaliações entre os  
974 analisados pelas comissões. Alertou para os cortes orçamentários no Complexo Econômico-  
975 Industrial da Saúde realizados pelo Congresso Nacional e sugeriu a exibição do documentário  
976 apresentado nas Unidades Básicas de Saúde, como estratégia de sensibilização. Conselheira  
977 **Eliane Aparecida da Cruz** saudou os integrantes da mesa e fez uma referência à atriz Ana  
978 Peta, destacando a emoção de rever Clair Castilhos no vídeo e sua contribuição histórica à luta  
979 pelo acesso a medicamentos e aos direitos das mulheres. Ressaltou a forte construção social  
980 da PNAF e recordou momentos emblemáticos da história da política no CNS, como sua  
981 aprovação em 2004 e o fortalecimento da Farmácia Popular nos anos seguintes. Conselheiro  
982 **Carlos Alberto Duarte** recordou sua participação nas origens da política, em 2003, como  
983 representante do movimento de pessoas vivendo com HIV/Aids. Ressaltou as dificuldades  
984 enfrentadas na adesão ao tratamento e na dispensação dos medicamentos, especialmente em  
985 relação aos efeitos colaterais, e sublinhou a importância do trabalho conjunto entre serviços de  
986 saúde e farmácias. Além disso, reiterou a necessidade de avançar na produção nacional de  
987 medicamentos. Conselheira **Rosângela Dornelles** abordou os desafios da integração das  
988 políticas públicas e a fragmentação da assistência, que dificultava o acesso pleno ao cuidado.  
989 Criticou a judicialização como via recorrente de obtenção de medicamentos e sugeriu retomar o  
990 debate sobre o papel do Judiciário nesse processo. Saudou a construção conjunta do projeto  
991 Integra e ressaltou a importância de respostas céleres diante de emergências, como a vivida  
992 recentemente no Rio Grande do Sul. Conselheira **Vanja Andrea dos Santos** destacou a  
993 emoção de ver o documentário ambientado no Amazonas, sua região de origem, e refletiu  
994 sobre os desafios logísticos e estruturais para que medicamentos essenciais alcancem  
995 populações em locais remotos. Defendeu a incorporação de ações transversais na  
996 dispensação, como no caso da dignidade menstrual, e afirmou que a assistência farmacêutica  
997 deveria ser estruturada como uma política de soberania e cuidado. Neste momento, o Ministro  
998 da Saúde, **Alexandre Padilha**, fez uso da palavra, iniciando com saudações aos presentes e  
999 registrando sua satisfação em participar da reunião, especialmente pelo fato de ter chegado a  
1000 tempo de acompanhar parte do debate sobre os 20 anos da PNAF, ainda que não tenha  
1001 conseguido assistir ao documentário da cineasta Ana Peta, o qual manifestou desejo de ver  
1002 posteriormente. Afirmou que a celebração da trajetória da PNAF era extremamente pertinente  
1003 e simbólica, ao mesmo tempo em que apresentava grande concretude. Ressaltou que a  
1004 assistência farmacêutica gratuita, integral e universal configurava uma das principais  
1005 singularidades do SUS em relação a outros sistemas nacionais públicos de saúde ao redor do  
1006 mundo. Destacou que, mesmo em países com sistemas universais consolidados, como o  
1007 Reino Unido, Espanha e Canadá, não havia garantia de acesso integral e gratuito a  
1008 medicamentos como ocorre no Brasil. Pontuou que a assistência farmacêutica deveria ser  
1009 compreendida como um direito de cidadania e como parte indissociável do direito à saúde,  
1010 sendo composta não apenas pela entrega dos medicamentos, mas também pela orientação  
1011 sobre seu uso, o acondicionamento, a logística e a produção. Enfatizou que o SUS só fora  
1012 capaz de alcançar essa dimensão da assistência porque soubera utilizar uma diversidade de  
1013 instrumentos, adaptando-se à complexidade e heterogeneidade do território nacional. Explicou  
1014 que o modelo brasileiro combinava diferentes componentes: o financiamento da atenção básica  
1015 com repasse direto aos municípios; a atenção especializada com repasses aos estados; e a  
1016 aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde. Ressaltou que essa  
1017 organização não feria o pacto federativo, mas, ao contrário, possibilitava escala de compras

1018 mais vantajosa e viabilizava políticas como as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo -  
1019 PDPs, essenciais para a produção local de insumos estratégicos. Indicou que programas como  
1020 o Nacional de Imunização e o Farmácia Popular só eram viáveis em razão da ação coordenada  
1021 e centralizada do Ministério da Saúde. Recordou que, durante sua gestão anterior à frente da  
1022 pasta, a gratuidade no Farmácia Popular fora ampliada, o que resultara em expressivo  
1023 aumento do número de estabelecimentos conveniados, inclusive com a rede privada.  
1024 Argumentou que a construção da política se dera com ousadia, por meio de parcerias com  
1025 laboratórios públicos e privados, nacionais e internacionais, e com o envolvimento direto do  
1026 setor público nos processos de compra, produção e distribuição. Salientou que essa lógica de  
1027 esforço conjunto norteou também a elaboração do Programa Agora Tem Especialistas, que  
1028 seria debatido no item de pauta seguinte. Parabenizou a cineasta Ana Peta por seu  
1029 documentário, destacando que ele cumpria um papel fundamental ao conferir visibilidade à  
1030 dimensão simbólica e afetiva da assistência farmacêutica. Lembrou que a luta por  
1031 medicamentos fora um dos eixos centrais da mobilização dos movimentos sociais, em especial  
1032 nos anos 1990, no contexto da epidemia de HIV/Aids, e que essa mobilização permanecia  
1033 como elemento estruturante do controle social no campo da saúde. Na sequência,  
1034 compartilhou três informações relevantes sobre ações recentes da pasta. 1) Crescimento de  
1035 infecções respiratórias virais. Relatou o aumento de casos de síndrome respiratória aguda  
1036 grave nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, com destaque para o vírus da Influenza como  
1037 principal agente. No Rio Grande do Sul, mais de 60% das internações graves e óbitos por gripe  
1038 haviam ocorrido em pessoas não vacinadas. Agradeceu aos conselhos e às redes de saúde  
1039 pelo apoio à campanha de vacinação, ressaltando que o “Dia D” resultara na aplicação de 15,5  
1040 milhões de doses em uma única data. 2) Eliminação da transmissão vertical do HIV. Informou  
1041 que o Brasil entregara à Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS o relatório técnico que  
1042 comprovava a eliminação da transmissão do HIV da gestante para o bebê. Destacou que essa  
1043 conquista resultara de esforços acumulados ao longo de décadas e da qualificação do pré-  
1044 natal e da assistência ao parto. Ressaltou, contudo, o desafio persistente da eliminação da  
1045 sífilis congênita, que exigia redobrados esforços. 3) Certificação da eliminação do sarampo.  
1046 Comunicou que a comissão internacional responsável pela vigilância da eliminação do  
1047 sarampo confirmara a manutenção do certificado de eliminação do Brasil, após visita a diversos  
1048 Estados brasileiros. Enalteceu a resposta rápida das redes locais de saúde e vigilância, que  
1049 haviam conseguido impedir a transmissão local de casos importados, como ocorrera no Rio de  
1050 Janeiro. Por fim, destacou a relevância do novo Programa “Agora Tem Especialistas” como  
1051 uma estratégia integrada para ampliar o acesso a consultas e procedimentos especializados no  
1052 SUS. Encorajou os presentes a interagirem com o diretor Rodrigo Alves Torres de Oliveira,  
1053 responsável pela condução do programa, e informou que a medida provisória correspondente  
1054 já tramitava no Congresso Nacional. Encerrou sua fala reiterando o compromisso pessoal e  
1055 institucional com a missão conferida pelo presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, de  
1056 reduzir o tempo de espera por atendimento especializado no Brasil. Agradeceu a atenção de  
1057 todas as pessoas e reafirmou sua disposição em colaborar com o Conselho. Dito isso,  
1058 despediu-se do Plenário, justificando que não poderia permanecer por conta de outras  
1059 agendas. Encerrando as falas, conselheira **Ana Stela Haddad** parabenizou o ministro  
1060 Alexandre Padilha pela atuação destacada na sabatina no Congresso Nacional e pelo  
1061 reconhecimento público ao programa “Agora Tem Especialistas”. Enalteceu a sensibilidade da  
1062 atriz e cineasta Ana Peta, destacando que o documentário dava voz às pessoas usuárias do  
1063 SUS, representando um patrimônio coletivo que deveria ser conhecido e valorizado por todas  
1064 as pessoas brasileiras. Concluídas as falas, foi aberta a palavra às pessoas convidadas para  
1065 comentários finais. Encerrando, o representante do DAF/MS, **Luís Henrique**, iniciou sua fala  
1066 cumprimentando a plenária e expressando a honra em compor aquela mesa. Ressaltou a  
1067 importância da presença do Ministro da Saúde neste ponto, atribuindo ainda mais relevância  
1068 para o fortalecimento da pauta da assistência farmacêutica. Enfatizou que sem medicamentos  
1069 não se fazia SUS e relembrou a década de 1980, citando a professora Clair Castilhos como  
1070 inspiração fundamental para toda uma geração de profissionais da saúde pública. Mencionou  
1071 que, naquela época, o sonho compartilhado era o de construir um país justo, onde o povo  
1072 brasileiro pudesse exercer plenamente o direito à vida. Destacou que os avanços alcançados  
1073 foram frutos do processo democrático e da luta coletiva, sendo a democracia a base das  
1074 conquistas sociais. Enalteceu a iniciativa do Conselho ao promover o debate sobre os 20 anos  
1075 da PNAF e manifestou sua emoção ao assistir novamente ao documentário exibido na sessão.  
1076 Citou conquistas recentes, como a incorporação de novos medicamentos para tuberculose e o  
1077 avanço no tratamento da malária com a introdução da tafenoquina em dose única, além da

iminente incorporação da formulação pediátrica. Reforçou a ideia de que a assistência farmacêutica era elemento estruturante do SUS e que as políticas de saúde precisavam estar orientadas por ela. Concluiu afirmando que o direito à saúde somente se sustentaria por meio da luta permanente, parabenizando o CNS e convocando todas as pessoas à defesa da democracia e das conquistas sociais no governo do Presidente Lula e sob a liderança do Ministro Padilha. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi**, coordenadora da CICTAF/CNS, agradeceu a participação de todas as pessoas conselheiras, observando que o engajamento demonstrado refletia a relevância da PNAF no âmbito do controle social. Ressaltou que, na condição de conselheira nacional e farmacêutica, mantinha-se à disposição para contribuir com as pautas relacionadas à assistência farmacêutica, reforçando o papel da Comissão como espaço de articulação e diálogo permanente com o Plenário. Conselheira **Silvana Nair Leite**, da Escola Nacional dos Farmacêuticos, expressou sua alegria ao perceber, por meio das reações, o quanto os profissionais de saúde e os usuários se identificaram com o conteúdo do documentário. Considerou que esse reconhecimento demonstrava o impacto real da assistência farmacêutica na vida das pessoas. Destacou que, além de denunciar falhas e omissões, o controle social também deveria valorizar os êxitos e as boas práticas do SUS, pois funcionavam como sustento às políticas públicas e possibilitavam a continuidade. Enfatizou que políticas como a PNAF exigiam alto investimento e, por isso, precisavam ser defendidas e replicadas. Defendeu que as experiências exitosas fossem conhecidas e utilizadas como modelo para que a população pudesse reivindicar seus direitos de forma qualificada. Convidou todas as pessoas a divulgarem amplamente o documentário como instrumento de sensibilização, formação e mobilização social. A cineasta **Ana Petta**, diretora do documentário comemorativo, agradeceu emocionada pela oportunidade de participar daquele momento e destacou a importância da sensibilidade e do olhar atento da conselheira Ana Estela Haddad, sua amiga e apoiadora do projeto. Declarou sentir-se honrada em poder contribuir com a defesa do SUS por meio da arte e reforçou que seu trabalho buscava não apenas explicar racionalmente a importância do sistema público de saúde, mas fazer com que as pessoas sentissem, de forma sensível e emocional, o que significava ser cuidado e ter um sistema que cuida das pessoas. Agradeceu à equipe que colaborou na realização do documentário e destacou a relevância do momento histórico ali vivenciado. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, integrante da Mesa Diretora do CNS, agradeceu a todas as pessoas convidadas pela participação e considerou que o debate realizado fora de grande importância. Informou que a maioria das propostas apresentadas ao longo da discussão seria encaminhada à CICTAF/CNS para avaliação sobre eventual conversão em documentos. **Destacou dois encaminhamentos concretos: 1) envio do link do documentário à rede de conselhos de saúde, para ampla divulgação nos territórios; e 2) articulação com a TV SUS e o Canal Saúde da Fiocruz para inclusão do documentário na programação regular, de modo que possa ser exibido em salas de espera e demais espaços de atendimento do SUS.** Fechou este ponto, reiterando que o debate havia cumprido seu papel ao reafirmar a assistência farmacêutica como direito, política pública essencial e parte estruturante do SUS. **ITEM 5 – PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS - Apresentação: Rodrigo Alves Torres de Oliveira**, diretor de Programa da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES/MS. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Priscila Torres da Silva** registrou a importância do tema para debate do Plenário e deu as boas-vindas ao convidado, procedendo à leitura de seu currículo. Na sequência, conselheira **Fernanda Magano**, Presidenta do CNS, fez uso da palavra para contextualizar o debate. Destacou que o tema do Programa “Agora Tem Especialistas” se mostrava **candente** e de alta relevância, especialmente em razão de seu lançamento recente, com ampla repercussão pública e política, incluindo manifestação direta do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva. Considerou que o programa apresentava forte impacto na estruturação do SUS, notadamente no que tange à ampliação da oferta de atendimento especializado, à redução de filas e ao acesso com qualidade e agilidade para a população. Agradeceu ao convidado Rodrigo Alves, diretor do programa, e também à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES/MS e ao Secretário Mozart Sales, pelo trabalho de formulação e condução técnica da iniciativa. Finalizou reiterando a importância de que todos os elementos envolvidos no tema fossem trazidos à discussão, uma vez que o programa apresentava uma nova dimensão da política de saúde especializada no país e convidou o diretor para iniciar sua apresentação. O diretor **Rodrigo Alves Torres de Oliveira** iniciou sua exposição manifestando alegria por estar presente na reunião do CNS, agradecendo ao Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, e ao Secretário Mozart Sales pela

1138 confiança em tê-lo designado como coordenador do Programa Agora Tem Especialistas.  
1139 Considerou tratar-se de um desafio de grande magnitude e, de pronto, colocou-se à disposição  
1140 para esclarecimentos tanto no momento da reunião quanto nas etapas subsequentes de  
1141 diálogo com os conselheiros e nos territórios. Destacou que o cenário atual da saúde no Brasil  
1142 era crítico, caracterizado por uma situação de urgência. Apesar de não configurar uma  
1143 emergência de saúde pública nos moldes da pandemia, afirmou que os números apresentados  
1144 eram alarmantes e exigiam uma resposta contundente. Ressaltou que esse quadro se dava no  
1145 contexto da transição demográfica brasileira, marcada pelo envelhecimento populacional,  
1146 aumento da expectativa de vida e redução da natalidade, o que pressionava fortemente o  
1147 sistema de saúde com a emergência de novas demandas e doenças crônicas complexas.  
1148 Pontuou que as principais causas de morbimortalidade no país - doenças cardiovasculares,  
1149 câncer, doenças respiratórias e traumas - exigiam respostas estruturadas, integração entre os  
1150 níveis de atenção e acesso oportuno à atenção especializada. Observou que o tempo para  
1151 diagnóstico e tratamento nessas enfermidades era decisivo para a vida dos pacientes,  
1152 impactando diretamente a sobrevida, a qualidade de vida e a equidade no acesso. Frisou que,  
1153 historicamente, o SUS apresentava fragilidades no tocante à atenção especializada, tanto por  
1154 heranças institucionais do INAMPS quanto por dificuldades estruturais, como  
1155 subfinanciamento, fragmentação da rede e organização centrada em procedimentos, e não no  
1156 cuidado à pessoa. Defendeu que, para enfrentar esse cenário, seria necessária uma ampliação  
1157 da oferta de serviços especializados em paralelo ao fortalecimento da atenção primária, além  
1158 de melhorias na regulação e reorganização da rede de saúde. Enfatizou que a discussão não  
1159 deveria ser binária entre atenção básica e atenção especializada, pois ambas eram  
1160 complementares e fundamentais para um cuidado integral, regulado e de qualidade.  
1161 Acrescentou que o envelhecimento da população brasileira ocorreu de forma muito acelerada,  
1162 em cerca de 30 anos, o que exigia uma resposta ágil e profunda do sistema de saúde. Nesse  
1163 sentido, recordou que, durante a gestão anterior do Ministro Padilha, houve avanços  
1164 importantes com a implementação das Redes de Atenção à Saúde e da Rede de Urgência e  
1165 Emergência. Contudo, a pandemia da COVID-19 havia agravado drasticamente a situação. Ao  
1166 relembrar a pandemia, destacou três impactos principais: a desorganização dos fluxos  
1167 assistenciais; a paralisação de procedimentos eletivos por quase dois anos; e a interrupção dos  
1168 acompanhamentos regulares por parte da população, gerando agravamento de condições de  
1169 saúde e atrasos em diagnósticos. Para ter ideia, salientou que em 2020, SUS teve quase 3  
1170 milhões de cirurgias eletivas suspensas (CFM, 2021). Apontou que o medo da população em  
1171 buscar os serviços de saúde, o sedentarismo decorrente do isolamento e a descontinuidade de  
1172 rastreamentos resultaram em um acúmulo de demanda e piora no estado de saúde da  
1173 população. Citou estimativas que apontavam a possibilidade de até 370 mil óbitos evitáveis,  
1174 caso os diagnósticos tivessem ocorrido em tempo adequado, dimensionando o drama vivido  
1175 por pacientes que esperavam por consultas, exames ou confirmação diagnóstica,  
1176 especialmente em casos de câncer. Enfatizou que, embora os procedimentos eletivos fossem  
1177 muitas vezes considerados "silenciosos", as consequências de sua não realização eram  
1178 profundamente dramáticas tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. Afirmou que o  
1179 governo federal não havia permanecido inerte diante dessa realidade. Em 2023, a Política  
1180 Nacional de Atenção Especializada fora lançada com amplo debate no CNS, acompanhada da  
1181 implementação do Programa Nacional de Redução de Filas, que permitira ao país bater  
1182 recordes históricos de cirurgias eletivas. Para 2024, informou que o foco era a implantação do  
1183 Programa Mais Acesso a Especialistas - PMAE, voltado à melhoria do acesso à atenção  
1184 especializada e à reorganização da oferta de cuidados, promovendo integração entre serviços,  
1185 superando a fragmentação existente no SUS e fortalecendo a corresponsabilização dos  
1186 gestores, serviços e profissionais com os resultados em saúde. Na sequência, o PMAE foi  
1187 reestruturado e foi lançado o Programa "Agora tem Especialistas". Salientou que a Medida  
1188 Provisória não trata de todo o Programa, pois há um conjunto de ações do programa que não  
1189 precisam de lei. Disse que novo Programa visa garantir mobilização máxima de toda estrutura  
1190 de saúde pública e privada a partir dos seguintes eixos: autorizar o Governo Federal a prestar  
1191 atendimento especializado complementar em apoio a estados e municípios; ampliar os turnos  
1192 de atendimento no público e privado; novos mecanismos para oferta de exames, consultas e  
1193 cirurgias para o SUS nas Clínicas e nos Hospitais privados; Mais Telessaúde: encurtar o tempo  
1194 de espera por consultas e exames com especialistas; consolidar a maior rede pública de  
1195 prevenção, diagnóstico e controle do câncer; ampliar o provimento e a formação de  
1196 profissionais especialistas; levar unidades móveis e mutirões para regiões desassistidas;  
1197 comunicar e monitorar o atendimento e o tempo de espera; fortalecer a Atenção Primária para

1198 reduzir o tempo de espera no atendimento especializado; e governança: envolvimento dos  
1199 especialistas, gestores estaduais e municipais e usuários. Continuando, abordou os  
1200 mecanismos estruturantes previstos para a expansão da atenção especializada no SUS, com  
1201 destaque para o credenciamento nacional coordenado pelo Ministério da Saúde. Informou que  
1202 tal mecanismo visava superar entraves frequentemente enfrentados por estados e municípios,  
1203 como limitações orçamentárias, burocracias jurídicas e dificuldades operacionais de  
1204 contratação. Explicou que o modelo adotado seria sustentado por duas tabelas de referência: a  
1205 do Programa Nacional de Redução de Filas e a das Oficinas de Cuidado Especializado.  
1206 Esclareceu que a proposta permitiu, inicialmente, que estados e municípios contratassem os  
1207 serviços de forma ágil e, em casos de impossibilidade, a União atuasse diretamente por meio  
1208 da AGSUS ou do Grupo Hospitalar Conceição, sempre respeitando a regulação regional.  
1209 Destacou que todas as ações foram vinculadas à programação física e financeira aprovada nas  
1210 Comissões Intergestores Bipartite - CIB, sendo posteriormente incorporadas aos instrumentos  
1211 de gestão como o Relatório Anual de Gestão, a Programação Anual de Saúde e o Plano  
1212 Municipal de Saúde. Enfatizou que a concepção do programa teve como premissa não  
1213 reinventar estruturas já consolidadas no SUS, e sim aprimorá-las, reconhecendo os avanços  
1214 das últimas décadas. Ressaltou que o programa priorizou seis áreas estratégicas de atenção  
1215 especializada de OCIs e incluiu cerca de 1.300 tipos de cirurgias. Informou que foram previstas  
1216 estratégias para ampliar o uso da capacidade instalada da rede pública, como mutirões e  
1217 parcerias com entes federados, além da reativação da estrutura federal existente, como  
1218 hospitais universitários e centros de referência. Abordou ainda o mecanismo de troca de  
1219 dívidas por serviços prestados ao SUS, destacando dois eixos principais: o primeiro referente à  
1220 dívida de ressarcimento dos planos de saúde, que poderiam prestar serviços equivalentes em  
1221 valor; o segundo, relativo a hospitais privados e filantrópicos com dívidas tributárias, os quais,  
1222 se aprovados pela autoridade sanitária, poderiam abater suas dívidas após a efetiva  
1223 realização, auditoria e validação dos procedimentos. Esclareceu que as escolhas dos serviços  
1224 não seriam feitas unilateralmente pelos prestadores, mas sim a partir das necessidades  
1225 identificadas pelos gestores locais e aprovadas nas instâncias formais de governança.  
1226 Também apresentou a proposta de ampliação da tele saúde, ressaltando seu papel como  
1227 solução organizadora do cuidado, principalmente em locais de difícil acesso. Ressaltou que,  
1228 embora a tele saúde não substituisse o atendimento presencial, possibilitou reorientação de  
1229 fluxos, seguimento remoto e organização de encaminhamentos. Relatou a experiência exitosa  
1230 de navegação de pacientes oncológicos em Niterói, implementada por meio de profissionais de  
1231 enfermagem vinculados à regulação. Na sequência, apontou os dois grandes eixos de  
1232 enfrentamento ao câncer: a expansão da radioterapia e o fortalecimento da patologia, com  
1233 investimentos na formação de patologistas e criação Super Centro Brasil para Diagnóstico de  
1234 Câncer: Teleconsultoria, Telelaudos e Telepatologia. Informou que, por meio do  
1235 programa “Pega a Peça”, seria possível digitalizar lâminas de biópsia para laudos remotos por  
1236 instituições como o INCA e o Hospital A. C. Camargo. Na área de provisão de especialistas,  
1237 anunciou a publicação de portaria para adesão de estados e municípios ao edital de 500 bolsas  
1238 para especialistas em áreas prioritárias. Mencionou, ainda, a previsão de 3.000 novas bolsas  
1239 de residência médica em especialidades de maior demanda. Quanto às unidades móveis  
1240 especializadas, informou que o Programa previa a distribuição de 150 carretas, reguladas por  
1241 estados e municípios, com prioridade para saúde indígena, áreas de difícil acesso e regiões  
1242 com desequilíbrio entre oferta e demanda. Enfatizou que, embora mutirões não fossem solução  
1243 definitiva, poderiam fazer diferença concreta na vida de usuários, como no caso de biópsias de  
1244 mama ou cirurgias de catarata. Também anunciou o investimento na ampliação da frota de  
1245 transporte sanitário, com aquisição de 2.000 veículos e disponibilização de ata de registro de  
1246 preços para 6.300 unidades. Relatou o aprimoramento do “Meu SUS Digital”, incluindo  
1247 ampliação do uso do WhatsApp e integração com o painel de monitoramento das filas.  
1248 Destacou a importância da transparência, mencionando que o painel permitiria a gestores e  
1249 sociedade o acompanhamento em tempo real da demanda reprimida. Explicou que, embora  
1250 alguns estados já estivessem integrados, havia um esforço contínuo para ajustar fluxos  
1251 técnicos e conectar informações de regulação em nível nacional, regional e local. Apontou  
1252 também os investimentos realizados na atenção primária, por meio de equipamentos,  
1253 infraestrutura para tele saúde e prontuário eletrônico. Enfatizou que não existiam contradições  
1254 entre atenção primária e atenção especializada, e que ambas as frentes deveriam ser  
1255 fortalecidas simultaneamente. No campo da gestão, afirmou que, diante da urgência imposta  
1256 pelos longos tempos de espera, o governo não poderia se dar ao luxo da inércia. Declarou que  
1257 o Ministério da Saúde estava aberto ao diálogo e ao aperfeiçoamento contínuo da proposta,

mas que era imprescindível agir com celeridade e responsabilidade. Concluiu destacando que o acesso à saúde era um direito e que o Programa representava um esforço coletivo de mobilização nacional para enfrentar um dos maiores dramas enfrentados pela população: a espera por atendimento especializado. Ressaltou que esse compromisso era prioridade do Ministro de Estado da Saúde e do Presidente da República. Frisou que o Programa previa até 100 apoiadores institucionais do Ministério da Saúde, distribuídos nos 27 Estados da União, considerando a singularidade do território, número de municípios e área de abrangência. Finalizou agradecendo a oportunidade e colocando-se à disposição para o debate e acompanhamento do programa em todas as instâncias. Concluída a explanação, a mesa abriu o debate sobre o tema. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** iniciou as falas parabenizando o Ministério da Saúde pela implementação da iniciativa, considerando que o Programa respondia a uma demanda histórica dos usuários do SUS e às solicitações reiteradas nas conferências de saúde de respostas concretas à população. Recordou o impacto emocional do Presidente Lula ao apresentar o Programa e equiparou a proposta a um "Prouni da saúde", por utilizar a capacidade ociosa do setor privado para suprir lacunas de acesso. Destacou o papel do Conselho na defesa do SUS e na construção de políticas estruturantes, ressaltando que a iniciativa deveria ser compreendida como emergencial, especialmente frente à demanda reprimida agravada pela pandemia. Defendeu que o programa deveria estar articulado à valorização dos trabalhadores e ao fortalecimento estrutural do SUS, com financiamento adequado. Apontou a necessidade de enfrentamento ao excesso de emendas parlamentares que, segundo ele, desestruturavam o orçamento pactuado para o sistema e prejudicavam a implementação de importantes iniciativas. Conselheira **Rosa Maria Anacleto**, ao endossar as palavras do conselheiro Getúlio Vargas, enfatizou que o programa era emergencial e necessário para zerar as filas de espera, sem, contudo, comprometer os princípios do SUS. Reforçou que, mesmo em municípios com histórico de gestão progressista, como São Bernardo do Campo, havia desafios no acesso a especialistas. Lembrou que doenças graves, como cardiopatias e câncer, especialmente entre mulheres negras, exigiam atendimento ágil, sob risco de agravamento. Ressaltou que o projeto não substituíria o SUS, mas o complementava em um momento de alta demanda, sendo necessário garantir financiamento para sua sustentação. Concluiu que saúde e democracia andavam juntas e que a defesa do SUS deveria ser contínua. Conselheira **Sylvia Elizabeth Peixoto**, primeiro, agradeceu a presença do diretor Rodrigo Alves Torres de Oliveira na reunião da Comissão Intersetorial de Saúde das Pessoas com Patologia. A seguir, fez dois questionamentos: se a tabela de procedimentos do SUS seria atualizada e se o programa contemplaria a realização de cirurgias de urgência, como nos casos de descolamento de retina. Relatou que, atualmente, pacientes com essa condição aguardavam até um ano por cirurgia, tempo no qual já estavam cegos, sendo forçados a pagar atendimento particular. Conselheira **Priscila Torres da Silva** relatou sua experiência como pessoa com doença crônica não transmissível e afirmou que em muitos territórios do país o tempo de espera para atendimento com especialistas chegava a dez anos. Enfatizou que o Programa "Agora Tem Especialistas" permitiria diagnóstico e tratamento no tempo adequado, alinhando-se aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e à estratégia da OMS para doenças crônicas. Expressou preocupação com a atuação das operadoras de saúde, que, segundo ela, preferiam ressarcir o SUS a oferecer medicamentos. Questionou como o controle social poderia acompanhar essas operadoras inadimplentes e afirmou que, em certos casos, o tempo de espera na saúde suplementar era maior do que no SUS. Por fim, registrou o apoio do movimento à implementação nacional do programa. Conselheiro **Lucas Salvador Andrietta** parabenizou o Ministério da Saúde e destacou que o Conselho não se opunha aos propósitos e aos méritos do Programa. Informou que a Comissão Intersetorial de Saúde do SUS – CISS/CNS havia realizado uma análise da Medida Provisória correspondente, identificando pontos positivos e preocupações históricas. Requereu acesso ao documento oficial que consolidava o Programa, uma vez que a MP não esgotava as ações anunciadas. Alertou para o risco de inclusão de "emendas indevidas" no processo legislativo e defendeu que o controle social deveria contribuir com o aperfeiçoamento da proposta. Reforçou que a efetividade e o alcance do Programa dependeriam da participação social e, nessa linha, destacou a importância de subsidiar os representantes do Conselho que participariam do Comitê. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** apresentou o posicionamento institucional da Rede Unida sobre o Programa *Agora Tem Especialistas*, destacando tratar-se de uma iniciativa importante diante das históricas dificuldades de acesso a serviços especializados no SUS, agravadas durante a pandemia. Enfatizou que as longas filas para consultas e procedimentos representavam uma grave



1318 violação do direito à vida e que o programa do Ministério da Saúde respondia a essa demanda  
1319 reprimida. Reconheceu o esforço do Ministério ao retomar seu papel de gestor nacional do  
1320 SUS, mas alertou que essa retomada não esgotava a necessidade de diálogo com o controle  
1321 social. No entanto, reforçou que essa retomada não esgotava a necessidade de diálogo, sendo  
1322 fundamental construir viabilidades para novos avanços. Nesse sentido, apresentou  
1323 recomendações específicas: 1) fortalecimento do sistema de regulação: defendeu a  
1324 constituição de um sistema regulador estatal eficaz, capaz de assegurar que o setor privado se  
1325 submetesse às regras do SUS; 2) formação de especialistas para o setor público: Sugeriu a  
1326 necessidade de formar especialistas com perfil voltado ao SUS, visando reduzir gradualmente  
1327 a dependência do setor privado; 3) ampliação da equipe multiprofissional: Ressaltou a  
1328 importância de incorporar outros profissionais além da categoria médica, especialmente no  
1329 acompanhamento de reabilitação após procedimentos cirúrgicos, defendendo o cuidado  
1330 multiprofissional; 4) ampliação da interlocução com o controle social: Reivindicou maior diálogo  
1331 entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, destacando que este último  
1332 detinha a prerrogativa de deliberar sobre políticas públicas, conforme os princípios  
1333 constitucionais da participação social; 5) fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: Indicou  
1334 que a atenção primária deveria cumprir efetivamente o papel de ordenadora do cuidado,  
1335 articulando-se com a atenção especializada, superando a lógica do modelo anterior (*Previne  
1336 Brasil*); 6) financiamento e cobrança da dívida do setor privado com o SUS: Apontou que os  
1337 recursos atualmente destinados eram insuficientes para garantir a cobertura das necessidades  
1338 da população, o que tornava necessário recuperar a dívida histórica do setor privado com o  
1339 sistema público; e 7) controle estatal e social efetivos: Reforçou a necessidade de controle  
1340 público sobre os serviços contratualizados e sobre a execução do programa, bem como da  
1341 ampliação dos serviços de controle, avaliação e auditoria. Concluindo, reafirmou que o  
1342 fortalecimento do SUS passava pela atuação interprofissional, pelo trabalho em equipe, pela  
1343 qualificação da gestão e pelos investimentos em serviços públicos. Recomendou que os  
1344 secretários do Ministério da Saúde participassem ativamente das reuniões do Conselho,  
1345 ouvindo os diversos segmentos representados na sociedade. Encerrou cumprimentando o  
1346 Ministério da Saúde pela iniciativa e reiterou o compromisso da Rede Unida em contribuir na  
1347 construção e acompanhamento do processo. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** saudou o  
1348 debate e destacou que a necessidade de acesso à atenção especializada havia sido  
1349 reiteradamente registrada nas conferências nacionais e temáticas de saúde. Alertou que  
1350 grande parte dos serviços especializados não estava mais sob gestão direta do SUS, sendo  
1351 operados por organizações sociais e cooperativas. Defendeu o cuidado multiprofissional e o  
1352 acompanhamento longitudinal, citando como exemplo as necessidades em audição e visão.  
1353 Enfatizou que o cuidado em saúde exigia diversas etapas – consulta, exame, reabilitação – e  
1354 que a formação de profissionais deveria ocorrer em perspectiva interprofissional, com  
1355 ampliação das residências e educação permanente. Finalizou reafirmando a importância do  
1356 controle social e a centralidade da atuação em equipe no SUS. Conselheira **Shirley Marshal  
1357 Morales**, Coordenadora Adjunta da CISS/CNS, registrou preocupações da comissão, as quais  
1358 estavam sintetizadas em recomendação disponibilizada no sistema do CNS. Indicou que as  
1359 questões abordadas por colegas anteriormente também refletiam pontos de atenção da CISS,  
1360 especialmente no que se referia à distinção entre o programa atual “Agora tem Especialista” e  
1361 o anterior “Mais Acesso a Especialistas”. Nessa linha, destacou ser necessário discutir a  
1362 interface com a saúde suplementar, incluindo planos de saúde, operadoras e entidades  
1363 privadas, chamando atenção para o problema do ressarcimento ao SUS. Relatou que esse  
1364 ressarcimento, atualmente gerenciado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS,  
1365 ainda não havia sido incorporado às tratativas do Programa. Ressaltou que dívidas ativas das  
1366 operadoras já estavam judicialmente reconhecidas e deveriam ser revertidas ao financiamento  
1367 do SUS, conforme decisão do Supremo Tribunal Federal - STF. Assim, os recursos  
1368 possibilitariam contratações e pactuações orientadas por princípios de equidade e pelas  
1369 políticas públicas nacionais. Frisou que a proposta não era de revogação da medida, mas sim  
1370 de aprofundamento do debate do texto, visando qualificação diante das recomendações e  
1371 resoluções do Conselho. Ressaltou ainda a preocupação com o acesso à informação e ao  
1372 compartilhamento de dados, considerando os riscos de uso indevido das informações pelos  
1373 planos privados, com eventual agravamento da seleção de risco e desassistência. Apontou  
1374 também a importância de garantir o funcionamento adequado dos mecanismos de referência e  
1375 contrarreferência com a atenção primária e reiterou a defesa de um cuidado em saúde integral  
1376 e multiprofissional. Concluiu colocando a CISS/CNS à disposição para esclarecer dúvidas e  
1377 dialogar sobre a recomendação elaborada, reforçando a importância de que as pactuações

1378 fossem feitas à luz da LC nº141/2012 e das manifestações do CNS. Conselheiro **Luiz Aníbal**  
1379 **Machado** declarou apoio entusiástico ao Programa, considerando as dificuldades enfrentadas  
1380 por usuários do SUS diante da ausência de exames, consultas e cirurgias especializadas.  
1381 Relatou casos de pessoas que perderam a visão por falta de atendimento oftalmológico e  
1382 outras que enfrentaram situações críticas por ausência de UTI ou de referenciamento. Afirmou  
1383 que o Programa deveria ter sido implementado há mais de uma década e que sua  
1384 concretização representava um compromisso com a vida. Pediu que as pessoas com autismo  
1385 também fossem contempladas nas diretrizes da Política e encerrou reiterando seu  
1386 compromisso com a saúde pública e com a dignidade do povo. Conselheiro **Carlos Alberto**  
1387 **Duarte** afirmou que muitas das observações que faria já haviam sido contempladas pelas falas  
1388 anteriores. Enfatizou, no entanto, a importância de refletir sobre as causas estruturais da falta  
1389 de acesso à saúde, destacando as iniquidades sociais como fatores determinantes do  
1390 adoecimento. Reforçou que o caráter emergencial do Programa não deveria esconder a  
1391 necessidade de ações estruturantes de longo prazo. Criticou a terceirização da atenção básica,  
1392 relatando experiências em Porto Alegre, e apontou que a fragmentação do cuidado prejudicava  
1393 os usuários. Concluiu sua intervenção reforçando a urgência de enfrentar as causas sociais  
1394 das desigualdades em saúde e de articular estratégias permanentes para garantir a atenção  
1395 integral. Conselheiro **Ricardo Weibe Nascimento Costas**, secretário da Secretaria de Saúde  
1396 Indígena – SESAI/CNS, saudou os membros da mesa e elogiou o programa, ressaltando suas  
1397 inovações, sobretudo no que se referia à gestão das filas e à integração dos sistemas  
1398 municipais, estaduais e federal. Enfatizou que a política também representava uma reparação  
1399 histórica aos povos indígenas, tradicionalmente excluídos da média e alta complexidade.  
1400 Informou que estavam sendo organizados mutirões de cirurgias por meio de hospitais  
1401 universitários, com cinco expedições previstas, além da aquisição de carretas para  
1402 atendimento remoto. Anunciou, ainda, a implantação de um Centro de Referência em Saúde  
1403 Indígena no território Yanomami, em Roraima, como primeira unidade hospitalar de retaguarda  
1404 específica para povos indígenas. Reforçou o compromisso da SESAI/MS com a integralidade  
1405 do cuidado e colocou-se à disposição para colaborar com a implementação do programa.  
1406 Conselheira **Francisca Valda da Silva** declarou que o país vivia um momento histórico com a  
1407 decisão política de enfrentar o problema do acesso à atenção especializada, entendendo-o  
1408 como parte da consolidação do SUS. Considerou a iniciativa como um ato de coragem do  
1409 Ministério da Saúde e do Governo Federal e lembrou os anos de vidas perdidas por ausência  
1410 de assistência especializada. Alertou para a urgência do tema e para a necessidade de ir além  
1411 de campanhas e mutirões. Destacou desafios como o subfinanciamento, a precarização do  
1412 trabalho em saúde, a ausência de políticas que valorizem o trabalho em saúde como  
1413 estratégico e a insuficiência de infraestrutura. Defendeu a criação de uma carreira  
1414 interfederativa no SUS e a ampliação das residências uni e multiprofissionais no Programa.  
1415 Ressaltou a importância da regulação, da governança interfederativa e da participação  
1416 permanente do controle social. Encerrou reafirmando o compromisso do controle social com a  
1417 construção e o fortalecimento da política, considerando-a estratégica para a sociedade, para o  
1418 país e para o desenvolvimento humano e econômico. Conselheiro **André Luiz Bonifácio**  
1419 saudou os presentes e registrou, com satisfação, que a maioria das falas demonstrou  
1420 acolhimento à proposta apresentada pelo Ministério da Saúde. Considerou positiva a  
1421 abordagem do diretor do Programa, no início da explanação, sobre o quadro crítico da atenção  
1422 especializada no país. Recordou que o Conselho já havia participado de discussões anteriores  
1423 sobre o Programa Mais Acesso a Especialidades, enquanto ele atuava na SAES. Reforçou que  
1424 o programa não fora alterado em sua essência, mas sim aprimorado, como resposta a uma  
1425 crise grave já explicitada pelos usuários e gestores do SUS. Destacou que o Presidente Lula  
1426 havia afirmado, por ocasião do lançamento do Programa, que o governo adotaria medidas  
1427 firmes para eliminar obstáculos que dificultassem o acesso da população à atenção de média e  
1428 alta complexidade. Ressaltou ainda a necessidade de estimular o debate nos conselhos  
1429 estaduais e municipais, pois os gestores estaduais e municipais seriam os principais  
1430 responsáveis pela execução da Política. Finalizou reconhecendo o caráter propositivo das falas  
1431 e demonstrou entusiasmo e esperança diante da possibilidade de enfrentar um problema  
1432 histórico com ações concretas. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** iniciou sua intervenção  
1433 refletindo sobre a urgência da situação, vinculando-a a determinantes e condicionantes sociais  
1434 estruturais, como as iniquidades, a precarização das relações de trabalho e o envelhecimento  
1435 da população, o que ampliava a demanda por serviços do SUS, sobretudo de média  
1436 complexidade. Lembrou que o debate sobre a ampliação de especialistas no SUS não era  
1437 novo, tendo sido iniciado ainda durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff, sob a gestão

do então ministro Arthur Chioro. Enfatizou que, mesmo diante de rupturas institucionais, os militantes e defensores do SUS mantiveram o compromisso com o Sistema. Reafirmou sua confiança na responsabilidade política do atual Presidente da República e do Ministro da Saúde, e defendeu que o programa “Agora Tem Especialistas” não representava ameaça ao SUS, mas sim continuação de políticas bem-sucedidas como o PMAQ, as UPAs e o Programa Mais Médicos. Assinalou que o nome do programa se devia à percepção social de ausência de especialistas, percepção que o governo buscava reverter por meio de investimentos significativos, da ordem de R\$ 15 bilhões. Assegurou que tais recursos não descumpriam o teto de gastos, sendo oriundos de receitas correntes líquidas, passíveis de acompanhamento pelo Conselho. Destacou que, junto à aprovação da medida provisória que instituiu o programa, fora criado um grupo de trabalho para seu monitoramento, ressaltando que caberia ao CNS definir a periodicidade e a metodologia de acompanhamento — seja por metas, temas ou problemáticas. Por fim, propôs que o Conselho discutisse o censo da atenção primária em suas próximas reuniões, como forma de articular os dados com a política ora debatida, e que aprofundasse o debate sobre o papel das emendas parlamentares na sustentabilidade do SUS. Finalizou reafirmando que o programa expressava o compromisso do Presidente da República com a saúde da população brasileira. Conselheiro **Mauri Bezerra da Silva** reforçou a compreensão coletiva acerca da importância do SUS e da emergência da situação. Reconheceu que o Programa respondia a demandas reais da sociedade e se articulava com as entregas do governo, mas alertou para a necessidade de respeitar o papel do controle social. Citou o artigo 17 da Lei Complementar nº 141, que estabelecia que os recursos da União destinados à saúde deveriam ser definidos e aprovados pelo CNS, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Relatou que, conforme informado pelo representante do CONASS na Comissão de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS, o programa não fora pactuado na CIT, tampouco submetido à apreciação do CNS previamente ao seu lançamento, o que contrariava os procedimentos legais e institucionais. Levantou questionamentos quanto à transparência na prestação de contas, inclusive no que se referia à relação com a saúde suplementar. Apontou que havia valores expressivos em dívida acumulada por operadoras de planos de saúde, e questionou se o ressarcimento ao SUS seria tratado de forma transparente, por meio de anexos específicos nos relatórios quadrimestrais de prestação de contas - RQPC e no RAG. Demonstrou preocupação com a duração do Programa, previsto para vigorar de 2025 a 2030, questionando se seria mesmo uma iniciativa emergencial. Referiu-se também a notícias veiculadas pelo Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Sul, que apontavam a possibilidade de o Ministério da Saúde estar propondo cursos de formação rápida para especialistas em parceria com universidades federais, e pediu esclarecimentos. Encerrou afirmando que o ideal teria sido que o programa tivesse sido apresentado ao CNS antes de sua implementação, e não apenas após sua divulgação pública. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** registrou que, embora sua fala houvesse sido majoritariamente contemplada pelo conselheiro Mauri, decidiu manter sua manifestação em razão de discussão prévia realizada no Conselho Federal de Farmácia. Declarou que não era possível se opor a um Programa que visava ampliar o acesso a serviços, reduzir filas e melhorar a vida das pessoas. Ressaltou, contudo, que a forma como o programa havia sido apresentado ao controle social carecera de diálogo prévio. Afirmou que, historicamente, os conselhos de saúde não haviam sido instituídos como órgãos de referendo ou pactuação, mas sim como instâncias deliberativas, e que tal condição precisava ser reafirmada. Também solicitou a inclusão da saúde da população quilombola no Programa, destacando que enfrentava vulnerabilidades equivalentes às da população indígena. Por fim, encaminhou à conselheira Shirley Morales uma recomendação construída pelo Conselho Federal de Farmácia, sugerindo sua incorporação ao documento final do Pleno. Conselheira **Maria Eufrásia de Oliveira Lima** expressou emoção ao compor a mesa do debate na condição de conselheira, destacando seu histórico profissional na Secretaria Executiva do Conselho. Ressaltou que o lançamento do Programa representava um momento de grande significado para as ouvidorias, pois o maior volume de manifestações recebidas dizia respeito a consultas, exames e cirurgias. Relatou que, durante a apresentação do Programa em um fórum no Ceará, as ouvidoras reagiram com entusiasmo, pois viam, enfim, uma resposta concreta às demandas históricas dos usuários. Enfatizou que havia uma “fila dos invisibilizados”, composta por pessoas que sequer haviam conseguido acessar o sistema de regulação, e que essas também precisavam ser contempladas. Encerrou afirmando que, como cidadã e gestora, sentia-se mais segura diante da proposta apresentada. Conselheiro **Elídio Moura** saudou a apresentação de Rodrigo e desejou-lhe êxito na condução do processo. Afirmou que os municípios representavam o ponto de partida do acesso à média e alta

complexidade, pois era onde se formavam as filas e se alimentava os sistemas de regulação. Considerou fundamental o novo ordenamento proposto pelo Ministério da Saúde, especialmente diante da dimensão continental do país. Chamou atenção para a urgência da revisão do financiamento, relatando que cinco estados já haviam ultrapassado o teto de 2025 no Programa Nacional de Redução de Filas, evidenciando a capacidade instalada dos municípios para executar ações na média e alta complexidade. Reforçou que a efetividade do programa dependeria de financiamento adequado para garantir seu sucesso e a preservação de vidas. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**, finalizando, reiterou com firmeza os posicionamentos anteriores e declarou apoio ao Programa, considerando-o necessário, ainda que tardio. Avaliou que a continuidade da iniciativa dependeria de uma reestruturação na formação dos profissionais de saúde. Criticou a terceirização e a "quarteirização" dos serviços, afirmando que o SUS não poderia continuar financiando a iniciativa privada, o que, segundo ela, resultava em duplos prejuízos ao sistema. Propôs a criação de um plano de carreira e salários para os profissionais do SUS como forma de valorizar o trabalho e garantir a perenidade das políticas. Ressaltou que programas como o "Agora Tem Especialistas" deveriam se tornar estruturantes e não episódicos, como tantas iniciativas anteriores. Conselheiro **André Luiz Bonifácio de Carvalho**, representante do Ministério da Saúde, se reinscreveu para esclarecer que o Programa era uma continuidade da política anteriormente validada pelo CNS, mencionando a Resolução nº 721 como marco desse processo. Explicou que o Ministério vinha promovendo uma série de reuniões com o CONASS e o CONASEMS, nas quais as diretrizes e normativas do Programa estavam sendo discutidas. Informou que as portarias haviam sido negociadas previamente e que algumas delas seriam publicadas *ad referendum*, visando garantir sua operacionalização sem prejuízo ao debate tripartite. Reforçou que não havia oposição por parte das entidades de representação dos gestores estaduais e municipais, e sim colaboração ativa na construção da proposta. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes** também requereu a palavra para explicar algumas questões levantadas nas falas. Ressaltou que a diretoria do CONASS havia solicitado reunião com o ministro da Saúde para apresentar suas demandas e preocupações, mas esse encontro não havia sido iniciativa do Ministério. Afirmou que compartilhava da preocupação sobre a condução do processo e relatou, por exemplo, que a portaria referente à formação, publicada recentemente, não havia sido pactuada formalmente, o que gerava insegurança. Defendeu que, apesar de reconhecer a importância do Programa, era fundamental assegurar que os processos fossem conduzidos de forma transparente, dialogada e pactuada com os entes envolvidos. Concluídas as manifestações, a mesa abriu a palavra ao diretor do Programa, para comentários. O diretor **Rodrigo Alves Torres de Oliveira** começou pontuando que não teria a pretensão de responder a todas as questões, por conta da exiguidade de tempo, tampouco considerava essa o ponto central, visto que a natureza de um bom debate não se baseava apenas na lógica de perguntas e respostas. Portanto, já se colocou, assim como sua equipe, inteiramente à disposição para o processo de monitoramento e detalhamento do Programa. Ressaltou que a complexidade do Programa decorria da multiplicidade e heterogeneidade dos problemas enfrentados nos diferentes territórios. Apontou que, por essas razões, o Programa exigia maleabilidade, a fim de se adequar às especificidades locais. Destacou que, por meio do diálogo com CONASS e CONASEMS, muitas portarias foram aprimoradas, e enfatizou que o desafio residia nos detalhes e, sobretudo, na implementação. Assinalou que a União precisava apoiar a construção de arranjos locais, evitando centralizações e impondo soluções homogêneas a realidades distintas. Inclusive, sustentou que o programa poderia ser uma oportunidade concreta de reconstrução das relações interfederativas, ressaltando que estas haviam sido enfraquecidas no governo anterior, o que resultara em competições entre esferas administrativas e em práticas desagregadoras no interior do SUS. Mencionou, ainda, que a efetivação do Programa exigiria atenção especial à regulação assistencial e à qualificação da política de regulação. Defendeu que não havia expectativa de resolução mágica e imediata dos problemas da atenção especializada, mas sim um esforço para que a União colaborasse de forma parcimoniosa, estratégica e respeitosa à pactuação interfederativa, para ampliar o acesso à saúde especializada. Ou seja, a iniciativa buscava responder a lacunas sem substituir o que já estava estruturado no SUS, configurando-se em uma tentativa de identificar pontos de entrada possíveis para o apoio federal e não uma proposta de substituição de redes existentes. Também explicou que a Medida Provisória relativa ao Programa não previa isenção fiscal, tampouco abertura à contratação de planos de saúde para gestão de serviços. Enfatizou que a proposta consistia em permitir que operadoras inadimplentes pagassem suas dívidas prestando serviços ao SUS, sem escolha de pacientes e mediante controle dos entes

1558 federados e de seus respectivos conselhos de saúde. Reafirmou que haveria total  
1559 transparência na aplicação dos recursos e detalhamento dos procedimentos executados por  
1560 meio da compensação de dívidas, com identificação precisa dos valores, local de realização e  
1561 instituições envolvidas. Por fim, propôs que fossem abertas agendas com conselhos estaduais  
1562 e municipais de saúde, com o apoio do Ministério da Saúde, visando ampliar a compreensão e  
1563 fiscalização do Programa. Disse estar certo de que o Programa poderia ser qualificado  
1564 progressivamente por meio do diálogo com os atores institucionais e da sociedade civil.  
1565 Encerrou colocando-se à disposição para agendas com entidades representativas e reafirmou  
1566 seu compromisso com a melhoria contínua da política e com a implementação transparente,  
1567 responsável e pactuada das ações. Em seguida, a representante da mesa diretiva agradeceu  
1568 ao convidado e destacou os encaminhamentos anotados pelas assessorias. Registrou a  
1569 importância de garantir a transparência do programa e da MP correspondente, assegurar a  
1570 participação ativa do Conselho Nacional de Saúde em todas as fases da política, fortalecer a  
1571 atenção especializada no SUS com financiamento emergencial, ampliar a oferta por meio de  
1572 mutirões, telemedicina e contratação de especialistas, e aumentar o financiamento do SUS  
1573 conforme as demandas da população. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta  
1574 do CNS, fez uma síntese dos principais pontos levantados no debate: necessidade de garantir  
1575 a transparência do Programa e da Medida Provisória, assegurando acesso aos documentos e  
1576 ao monitoramento da tramitação no Congresso Nacional, especialmente diante das emendas  
1577 apresentadas; assegurar a participação ativa do CNS na formulação, acompanhamento,  
1578 implementação e avaliação do programa, compromisso já assumido anteriormente – os  
1579 segmentos já estavam debatendo para indicação de representantes; fortalecer a atenção  
1580 especializada no SUS, com financiamento emergencial, ampliar a oferta por meio de mutirões,  
1581 uso da telemedicina e redução de filas; investir na formação e contratação de especialistas de  
1582 todas as áreas da saúde para o setor público, bem como a necessidade de ampliar o  
1583 financiamento do SUS, compatível com as demandas da população; cobrar dívida histórica do  
1584 setor privado com o sistema, como forma de reforçar sua sustentabilidade financeira; aprimorar  
1585 os mecanismos de controle, avaliação e auditoria para assegurar a efetividade e a  
1586 transparência do Programa; avaliar a regulação interfederativa do SUS, com atenção à  
1587 governança, gestão compartilhada e mecanismos de pactuação entre os entes; sugerir a  
1588 inclusão de residências uniprofissionais e multiprofissionais em saúde no programa, de modo a  
1589 fortalecer a formação especializada e interprofissional dos trabalhadores; organizar agendas de  
1590 debate com os conselhos municipais e estaduais de saúde, em parceria com CONASS e  
1591 CONASEMS; criar grupo de trabalho para revisar a recomendação elaborada pela CISS/CNS  
1592 e definir texto de consenso a ser apreciado pelo Pleno, no segundo dia de reunião. **Não**  
1593 **havendo posições contrárias, foi definido que as pessoas conselheiras com sugestões**  
1594 **ao documento se reuniram para buscar um texto consensual, a ser apreciado no último**  
1595 **item da pauta.** Com esse encaminhamento, a mesa agradeceu a presença do diretor do  
1596 Programa e as falas durante o debate e encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram  
1597 presentes as seguintes pessoas conselheiras na tarde do primeiro dia de reunião: nomes serão  
1598 incluídos. Iniciando o segundo dia de reunião, às 9h10, a mesa foi composta para o item 6 da  
1599 pauta. **ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO -**  
1600 **COFIN – Análise do Relatório de Anual de Gestão do Ministério da Saúde – RAG/MS de**  
1601 **2024 - Apresentação:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS;  
1602 conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, coordenador adjunto da COFIN/CNS; e  
1603 **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS. *Coordenação:* conselheira **Heliana Neves**  
1604 **Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**  
1605 **Júnior**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador adjunto da COFIN/CNS. Após compor a  
1606 mesa, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador  
1607 da COFIN/CNS, declarou que aquele momento representava o encerramento de um ciclo  
1608 iniciado no início de 2024, e não apenas um processo recente. Ressaltou que, embora os  
1609 prazos para avaliação do Relatório Anual de Gestão - RAG pudessem parecer curtos, o  
1610 processo era resultado de um ano inteiro de discussões, correções e deliberações em torno  
1611 dos relatórios quadrimestrais, das leis orçamentárias e da pauta do financiamento da saúde.  
1612 Afirmou que cada comissão desempenhara papel essencial nesse processo, contribuindo para  
1613 a avaliação sobre o alcance da saúde nos diversos segmentos, como vigilância, saúde da  
1614 mulher, saúde da população negra e atenção primária. Destacou que o RAG de 2024 deveria  
1615 ser analisado à luz do contexto de reconstrução institucional, iniciado com a retomada do Plano  
1616 Plurianual - PPA e da execução orçamentária sob a gestão da ex-Ministra de Estado da Saúde,  
1617 Nísia Trindade. Finalizou sua intervenção reiterando que os debates realizados até aquele

1618 momento já sinalizavam os caminhos para a análise do próximo RAG, referente ao exercício de  
1619 2025. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**, coordenador da COFIN/CNS, agradeceu a  
1620 oportunidade de apresentar o consolidado da análise do RAG e destacou que o processo  
1621 exigira diálogo constante e intenso ao longo do ano. Observou que a gestão de 2024 tivera boa  
1622 interlocução com o Ministério da Saúde e com a Secretaria Executiva, bem como com a Mesa  
1623 Diretora anterior do CNS. Reconheceu o esforço coletivo das comissões intersetoriais, com  
1624 ênfase na atuação da COFIN, que, segundo ele, fora particularmente arrojada no  
1625 acompanhamento do cronograma e na antecipação dos prazos. Comparou o avanço do  
1626 cronograma aos anos anteriores, mencionando que em 2023 a apreciação do RAG fora feita  
1627 em agosto, e que em 2024 a proposta, audaciosa, fora levada a cabo naquele mês. Salientou  
1628 que os avanços registrados permitiram a apresentação do consolidado em tempo hábil,  
1629 ressaltando que o ano de 2024 fora marcado por desafios significativos, mas também por  
1630 conquistas, sobretudo por ter sido o primeiro ano de vigência do novo Plano Nacional de Saúde  
1631 - PNS 2024–2027, aprovado por unanimidade no pleno do CNS. Alertou que não caberia  
1632 rediscutir metas, objetivos ou indicadores já aprovados, mas sim sugerir aperfeiçoamentos com  
1633 base nas deliberações existentes. Informou que, com o apoio das assessorias técnicas e  
1634 consultorias, foi possível sistematizar e consolidar as contribuições em tempo recorde.  
1635 Destacou a atuação da assessoria - Francisco Funcia, Suetônio, Lisandra Conte - e demais  
1636 colaboradores da equipe, os quais foram essenciais na análise e no desenvolvimento de  
1637 ferramentas específicas para a consolidação de dados. Ressaltou que essa sistematização,  
1638 embora ágil, não implicara a supressão de etapas do processo. Mencionou ainda que a análise  
1639 das comissões intersetoriais foi um dos componentes fundamentais da estruturação do  
1640 relatório final. Explicou que o relatório submetido ao pleno definiria, naquele momento, se o  
1641 RAG de 2024 seria aprovado, reprovado ou aprovado com ressalvas. Concluiu agradecendo a  
1642 todas as pessoas envolvidas no processo e registrou que, pela primeira vez, contaram com o  
1643 apoio de uma ferramenta tecnológica com capacidade quase equivalente a recursos de  
1644 inteligência artificial para a sistematização das contribuições, o que qualificou a apresentação  
1645 do consolidado final. Na sequência, conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador  
1646 adjunto da COFIN/CNS, reiterou a satisfação por concluir aquele ciclo de avaliação,  
1647 considerando o RAG o principal instrumento de análise da gestão em saúde. Agradeceu o  
1648 trabalho conjunto das catorze comissões que participaram da análise do documento, com apoio  
1649 das coordenações e assessorias, e reconheceu, nominalmente, as contribuições de Lisandra  
1650 Conte, Francisco Funcia e Suetônio. Relatou que a construção do relatório envolvera intensa  
1651 dedicação e ressaltou que o empenho coletivo demonstrava o compromisso e a relevância do  
1652 tema. Destacou que esse era o primeiro RAG da atual gestão ministerial, o que permitiria uma  
1653 análise mais aprofundada e fundamentada. Acrescentou que, ao contrário do ciclo anterior, em  
1654 que o PNS fora reprovado, o Plano atual estava devidamente aprovado, o que conferia  
1655 legitimidade às metas e aos indicadores analisados. Informou que as comissões apresentaram,  
1656 ao todo, sessenta contribuições objetivas ao documento, fortalecendo a robustez do relatório  
1657 final. Encerrando sua fala, agradeceu a todos os envolvidos e expressou confiança de que o  
1658 resultado daquele debate traria importantes contribuições à avaliação da gestão do SUS no  
1659 exercício de 2024. Feitas essas considerações iniciais, o assessor técnico da COFIN/CNS,  
1660 **Francisco Funcia**, apresentou o resumo executivo da análise do Relatório de Anual de Gestão  
1661 do Ministério da Saúde – RAG/MS de 2024. Iniciou sua exposição afirmando que o parecer  
1662 apresentado teve como base a metodologia construída pela COFIN, com a colaboração de  
1663 suas assessorias e consultorias, e com apoio das comissões intersetoriais. Destacou que a  
1664 análise fora orientada por três eixos principais: o cumprimento dos objetivos e metas do Plano  
1665 Nacional de Saúde - PNS; a execução orçamentária e financeira da função saúde no âmbito do  
1666 SUS; e a relação entre os instrumentos de planejamento e os dados apresentados no Relatório  
1667 Anual de Gestão - RAG. Informou que a análise contemplou também aspectos qualitativos da  
1668 gestão, especialmente em relação ao cumprimento das diretrizes e metas pactuadas no PNS  
1669 2024–2027, aprovado pelo pleno do CNS. Enfatizou que esse plano definia a base legal e  
1670 política para a avaliação da atuação do Ministério da Saúde em 2024, e que eventuais  
1671 limitações de implementação deveriam ser analisadas à luz do contexto e das metas  
1672 estabelecidas. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação do resumo da  
1673 análise, começando pelo cumprimento do Piso Federal de Aplicação em Ações e Serviços  
1674 Públicos de Saúde - ASPS, conforme definido na Constituição Federal e pela Lei  
1675 Complementar nº. 141/2012. Explicou que, em 2024, o valor empenhado líquido para ASPS foi  
1676 de R\$ 215,9 bilhões, o que superou o valor mínimo constitucional de R\$ 214,5 bilhões  
1677 (equivalente a 15% da Receita Corrente Líquida), indicando um cumprimento formal do piso

com um excedente de R\$ 1,4 bilhão. Observou, ainda, que esse valor incluía R\$ 10,6 bilhões relativos às despesas com o Piso da Enfermagem. Sobre a compensação dos Restos a Pagar cancelados em 2023, destacou que o total foi de R\$ 2,527 bilhões. Detalhou que o valor efetivamente compensado em 2024 foi de R\$ 2,476 bilhões, o que gerou uma insuficiência de R\$ 51 milhões frente à compensação formal esperada. Contudo, do ponto de vista da aplicação real de recursos acima do piso, considerou-se que houve compensação "de fato", dada a aplicação excedente em relação ao piso constitucional. Acrescentou que não houve, por parte da gestão, a apresentação da análise de viabilidade técnica e financeira para a execução em 2025 dos Restos a Pagar relativos a empenhos de 2024 e de anos anteriores, o que foi considerado um ponto crítico da análise. Acerca dos empenhos a pagar do exercício de 2024, ressaltou que o total atingiu 12,14% do valor empenhado bruto, ultrapassando o limite de 5% estipulado pela Resolução CNS nº 505/2015. Embora o índice tenha sido levemente inferior ao registrado em 2023 (12,61%), permaneceu elevado em relação ao histórico da série, representando um alerta para a sustentabilidade financeira da execução orçamentária. Detalhando, disse que o valor empenhado ASPS bruto foi R\$ 218,4 bi e inscrito em 2024 R\$ 26,5 bi. Sobre o estoque total de restos a pagar, que chegou a R\$ 41,8 bilhões em 2024, representando um aumento de 29% em relação ao ano anterior, quando o valor fora de R\$ 32,4 bilhões. Reiterou que essa elevação configurava um risco à governança fiscal do SUS, sobretudo diante da insuficiência de disponibilidade financeira em caixa para a cobertura integral desses compromissos, situação também considerada inadequada à luz da LC nº 141. Ainda dentro da avaliação crítica, informou que os critérios de escolha da execução orçamentária não foram devidamente informados, o que dificultava o controle e a transparência na alocação. No que tange às transferências fundo a fundo para Estados e Municípios, apontou que não houve apresentação de avaliação dos impactos dessas transferências sobre as condições de saúde da população, tampouco comprovação de disponibilidade financeira para sua plena execução. Além disso, registrou que os empenhos a pagar dessas transferências representaram 6,3% do valor empenhado, ultrapassando novamente o limite de 5% estabelecido na Resolução nº 505/2015. Concluindo a primeira parte da apresentação, explicou que a análise do nível de execução das despesas liquidadas classificou diversas ações como inadequadas, intoleráveis ou inaceitáveis, salientando, no caso do Fundo Nacional de Saúde, que onze foram adequados, seis regulares e cinco inadequados. No caso dos inadequados, citou: ações de vigilância; vacina e vacinação; hospitais próprios; outros programas; manutenção; e emendas. Intolerável: programa sangue e hemoderivados; aquisição de distribuição de medicamentos de DST AIDS; medicamentos componentes especializados; e publicidade pública. Seis inaceitáveis: DATASUS, atenção à saúde primária, especializada; aquisição e distribuição de medicamentos estratégicos; fomento a pesquisa ciência e tecnologia; combate a carências nutricionais e reaparelhamento das unidades do SUS. FUNASA: um adequado, um inadequado e quatro inaceitável: manutenção administrativa, outros programas, saneamento básico e emendas parlamentares. FIOCRUZ: quatro adequado, dois regular, um Intolerável: estudos e pesquisa, um inaceitável: estudos e pesquisas, e dois inaceitável: modernização das unidades de pesquisa e emendas parlamentares. GHC: um adequado nível de execução, dois regular e um inadequado – sentença judicial e dois inaceitável: PAC e emendas. Sobre as emendas parlamentares, disse que totalizaram 2024 com ações e serviços públicos de saúde R\$ 24,8 bilhões, correspondendo a 11,4% do valor total empenhado bruto ASPS, sendo: 14,9% emendas individuais, 31,5% emendas de bancada e 53,6% emendas de comissão. Reforçou que o crescimento das emendas parlamentares na composição do orçamento (R\$ 24,8 bilhões, ou 11,4% do total) era um fator preocupante, visto que poderia comprometer a autonomia do planejamento e da gestão pública do SUS. Também falou sobre o cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde, explicando que os dados mostraram resultado positivo, com 74,7% das metas em 2024 alcançando índice de realização acima de 75%. Observou que 40,5% das metas superaram 100% de execução. Ressaltou, contudo, que houve pequena redução em comparação com 2023, quando o percentual havia sido de 82,5%. Em seguida, apresentou a análise das despesas por subfunção, destacando que a atenção básica representou 25,51% do total, ficando atrás apenas das "outras subfunções", que agregavam gastos de políticas matriciais, e da alimentação e nutrição, que tiveram crescimento expressivo em 2024 após forte queda nos anos de 2022 e 2023. Explicou que, embora o valor absoluto de alimentação e nutrição fosse pequeno, o aumento chegou a 133%. Indicou que, depois dessas, a maior participação foi da assistência hospitalar e ambulatorial. Ressaltou a importância do índice que compara os gastos da atenção básica com os da assistência hospitalar e ambulatorial. Em 2024, esse indicador foi



de 52,76%, superior ao registrado em 2023, que havia sido de 48,9%, o que representou um resultado positivo. Por fim, destacou o balanço das atividades de controle. Observou-se que em 2024 o desempenho foi muito inferior ao de 2023, ano que, por sua vez, havia registrado patamar superior ao dos períodos anteriores. Relatou que a COFIN havia recebido informações do DENASUS sobre a situação, sendo explicado que havia uma demanda reprimida de procedimentos de auditoria e controle. Assim, a partir de 2025, haveria a retomada dessas atividades de forma mais estruturada. Prosseguiu sua apresentação destacando que a segunda parte da análise do RAG havia sido estruturada com base nas respostas das Comissões Intersetoriais do CNS às quatro perguntas aplicadas aos sete objetivos do Plano Anual de Saúde - PAS de 2024. Ao tratar do Objetivo 1, que buscava fortalecer a atenção primária e ampliar o acesso à saúde da família e bucal, observou que catorze comissões haviam considerado o objetivo parcialmente atingido. Em relação às metas associadas a esse objetivo, apontou que as metas 1, 2 e 3 haviam ultrapassado 100% de execução e recebido maioria de respostas afirmativas quanto à sua contribuição para o cumprimento do objetivo, à demonstração de impactos nas condições de saúde e à ausência de recomendação de medidas corretivas. As metas 4, 5, 6 e 7 apresentaram níveis de execução entre 50% e 100%, com avaliações variadas. Na meta 6, por exemplo, predominou a resposta “não” quanto à contribuição para as condições de saúde. Ressaltou que, quanto maior o percentual de execução da meta, maior foi a correlação com respostas afirmativas das comissões. Em seguida, tratou do Objetivo 2, que envolvia a ampliação do acesso à atenção especializada. Das onze comissões que responderam, dez consideraram o objetivo parcialmente atingido e uma o classificou como atingido. Para as metas 1, 4, 5, 7, 10, 12 e 13, que obtiveram execução acima de 75%, identificou-se um equilíbrio entre respostas “sim” e “não”, tanto para a contribuição ao objetivo quanto para os impactos na saúde da população. A meta 16, por outro lado, apresentou baixa execução (até 25%) e recebeu respostas predominantemente negativas. No Objetivo 3, que visava reduzir doenças e agravos com enfoque em desigualdades, todas as comissões o classificaram como parcialmente atingido. Detalhou que, das metas 1 a 4, duas tiveram execução inferior a 25% e receberam maioria de respostas negativas. Já as metas 5 a 11, com desempenho superior a 75%, obtiveram respostas predominantemente positivas. As metas de 12 a 16 apresentaram avaliações mais diversas, com apenas uma meta recebendo maioria de respostas afirmativas. Ao abordar o Objetivo 4, referente ao desenvolvimento científico e tecnológico, observou que todas as nove comissões participantes consideraram o objetivo parcialmente atingido. Dentre as sete metas analisadas, apenas a meta 4 obteve execução superior a 100% com maioria de respostas positivas. As demais metas registraram prevalência de respostas negativas ou parciais, sobretudo nas perguntas relativas à contribuição para as condições de saúde. Sobre o Objetivo 5, que tratava do acesso a medicamentos, insumos estratégicos e qualificação da assistência farmacêutica, destacou que sete comissões classificaram o objetivo como *parcialmente atingido* e duas como *atingido*. A maior parte das metas teve execução acima de 75%, com predominância de respostas afirmativas nas duas perguntas principais. No entanto, nas metas 8, 9, 10 e 11, a avaliação foi mais dividida, com destaque para a meta 10, em que a maioria respondeu “não”. Em relação ao Objetivo 6, voltado ao atendimento à população indígena com articulação aos saberes tradicionais, apontou que sete comissões o avaliaram como parcialmente atingido e uma como não atingido. As metas 2 e 3 obtiveram maioria de respostas afirmativas quanto à contribuição ao objetivo, enquanto a meta 1 apresentou empate na primeira pergunta e leve maioria de respostas positivas na segunda. No Objetivo 7, que tratava do fortalecimento da gestão estratégica, inovação e combate às desigualdades, todas as oito comissões participantes o consideraram *parcialmente atingido*. As metas 1 a 3 apresentaram execução acima de 75% e receberam unanimemente respostas positivas. As metas 4 a 11 também demonstraram bom desempenho, com ligeira vantagem das respostas afirmativas, principalmente na segunda pergunta. Por fim, das metas 12 a 24, destacou que houve equilíbrio entre avaliações positivas e negativas, com exceção de duas metas que tiveram execução inferior a 25% e receberam maioria de respostas negativas. Encerrou sua apresentação informando que os dados detalhados das contribuições das comissões constavam no parecer conclusivo, especialmente no Anexo 4, que reunia os comentários sobre os objetivos e metas do RAG. Ressaltou que, das quase 70 páginas de contribuições, foram extraídas aquelas que poderiam subsidiar a elaboração da resolução do CNS, especialmente as que continham indicações de medidas corretivas de gestão. Assegurou que nem todos os comentários das comissões tinham esse caráter propositivo, mas que aqueles pertinentes seriam contemplados na proposta de resolução. Conselheiro **André Luiz de Oliveira**,

1798 coordenador da COFIN/CNS, iniciou sua intervenção destacando que aquela análise do RAG  
1799 2024 representava a primeira a ser realizada pela atual composição do pleno do CNS.  
1800 Ressaltou que a metodologia adotada para a leitura crítica do Relatório foi construída ao longo  
1801 dos anos e vinha sendo aprimorada continuamente com contribuições das comissões e  
1802 conselheiros. Esclareceu que o documento analisado continha aproximadamente 180 páginas  
1803 e era publicado anualmente pelo Ministério da Saúde, cabendo à COFIN a análise técnica  
1804 detalhada de seus quadros e dados. Informou que a leitura inicial da COFIN, com base no  
1805 resumo executivo apresentado, foi positiva, especialmente porque o piso da enfermagem fora  
1806 incorporado ao mínimo constitucional, após respaldo jurídico da professora Lenir Santos.  
1807 Destacou ainda o aumento no financiamento da atenção básica, considerado um avanço  
1808 histórico, e a validação parcial ou total de metas por parte das 14 comissões temáticas que  
1809 participaram da análise, com auxílio da sistematização desenvolvida por sistema. No entanto,  
1810 chamou atenção para o decréscimo no número de auditorias realizadas, situação já discutida  
1811 com o novo diretor do DENASUS. Justificou que a queda se devia, em parte, à reforma  
1812 previdenciária de 2019, que provocara a aposentadoria de quase metade do corpo de  
1813 auditores, sem reposição adequada. Pontuou que, embora a COFIN não indicasse o voto dos  
1814 conselheiros, seu papel era esclarecer tecnicamente as dúvidas e apoiar o pleno na tomada de  
1815 decisão. Reforçou que a leitura geral do RAG 2024 foi, em termos comparativos, mais positiva  
1816 do que negativa, ainda que com pontos que demandavam atenção e deliberação por parte do  
1817 Conselho. Concluída a exposição, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheiro  
1818 **Marcos Pedrosa** considerou o momento da apreciação do RAG como um dos mais relevantes  
1819 do controle social. Parabenizou o trabalho técnico da COFIN, sublinhando a importância da  
1820 análise não apenas orçamentária e financeira, mas também qualitativa, voltada ao impacto real  
1821 das políticas públicas sobre a saúde da população. Fez um destaque ao cumprimento positivo  
1822 de várias metas e recordou que várias dessas dependiam da articulação interfederativa, como  
1823 as vinculadas à atenção primária à saúde. Conselheira **Shirley Marshal Morales** elogiou o  
1824 esforço da COFIN para a análise aprofundada do Relatório, todavia, alertou para divergências  
1825 recorrentes entre dados apresentados no Relatório e a realidade territorial. Apontou  
1826 inconsistências na cobertura da atenção básica, especialmente quando os percentuais  
1827 declarados superavam os valores historicamente pactuados. Criticou a inclusão do piso da  
1828 enfermagem no Relatório e reafirmou a legalidade da Emenda Constitucional 24,  
1829 argumentando que o financiamento deveria ocorrer por receita distinta da do piso  
1830 constitucional. Ressaltou que os recursos destinados à força de trabalho não deveriam  
1831 competir com outras políticas públicas de saúde e que o Conselho deveria seguir mantendo  
1832 sua recomendação sobre o tema. Por fim, disse que a CISMU/CNS e CISS/CNS avaliaram o  
1833 Relatório e consideraram a maior parte das metas não cumprida ou parcialmente cumprida.  
1834 Conselheira **Vanja Andréa dos Santos** complementou a fala anterior ao destacar a  
1835 insuficiência de informações detalhadas no RAG sobre a saúde da mulher. Apontou que os  
1836 dados disponibilizados não permitiam identificar com clareza os investimentos por área  
1837 temática. Considerou que, embora houvesse oficinas de capacitação, a transparência das  
1838 informações provenientes do Ministério da Saúde ainda era limitada, dificultando a análise, por  
1839 parte das novas pessoas integrantes da comissão. Reiterou a necessidade de pactuação mais  
1840 clara entre União, estados e municípios quanto ao papel de cada ente federativo no  
1841 cumprimento das metas. Conselheiro **Luiz Aníbal Machado** observou que, apesar da  
1842 qualidade da apresentação feita por Francisco Funcia e André Luiz, o conteúdo do relatório era  
1843 muito amplo e técnico, o que dificultava sua compreensão por conselheiros oriundos de  
1844 municípios. Solicitou o acesso ao documento completo, a fim de realizar uma análise mais  
1845 aprofundada, e destacou a importância da clareza nos dados sobre filas por consultas, exames  
1846 e cirurgias especializadas. Conselheira **Rosângela Dornelles** destacou o esforço da COFIN e  
1847 apontou que o RAG constituía um instrumento relevante de articulação entre o investimento  
1848 público e os resultados territoriais. Ressaltou a necessidade de qualificar os conselhos  
1849 municipais para a análise dos Relatórios e criticou a discrepância entre os investimentos em  
1850 atenção básica e atenção hospitalar. Defendeu que os indicadores utilizados deveriam ir além  
1851 da produção e considerar também a qualidade da atenção. Alertou para o risco de flexibilização  
1852 do cumprimento do índice constitucional de 12% pelos estados, mencionando negociações já  
1853 em curso entre governadores e Tribunais de Contas. Conselheira **Carmen Silvia Santiago**  
1854 parabenizou a COFIN pelo trabalho e trouxe reflexões sobre a destinação de emendas  
1855 parlamentares no orçamento da saúde e seu impacto. Ressaltou o histórico de lutas pelo piso  
1856 da enfermagem e lamentou as dificuldades enfrentadas em sua implementação. Questionou a  
1857 veracidade de dados que apontavam 100% de cobertura nos municípios, alertando para a

1858 realidade vivenciada nos territórios e a precariedade na estrutura para alimentação de sistemas  
1859 de informação. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** apresentou os principais resultados da  
1860 análise da CIPPISPICS/CNS destacando avanços em áreas como farmácia popular e  
1861 pesquisa. No entanto, alertou para a persistência de déficits estruturais, ausência de dados  
1862 específicos sobre a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e  
1863 Complementares, falta de indicadores étnico-raciais e territoriais, e limitações metodológicas  
1864 que prejudicavam a escuta qualificada dos territórios. Finalizou reafirmando o compromisso da  
1865 CIPPISPICS/CNS com um SUS público, universal, equânime e inclusivo das diversidades  
1866 culturais e territoriais. Concluídas as intervenções das pessoas inscritas, a palavra retornou à  
1867 mesa para considerações. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** concluiu a rodada de  
1868 debates afirmando que nada do que fora apresentado era novo, pois já havia sido discutido em  
1869 avaliações quadrimestrais e em outros debates. Informou que o material, incluindo anexos, fora  
1870 enviado com antecedência aos conselheiros, de modo que todos puderam analisá-lo e  
1871 compartilhá-lo em suas entidades. Todavia, caso houvesse necessidade, o material poderia ser  
1872 enviado novamente, entendendo tratar-se de um processo permanente de diálogo e  
1873 construção. Explicou que o índice de 100% referido no relatório não representava atendimento  
1874 integral da população, mas sim cumprimento das metas pactuadas entre Conselho e Ministério  
1875 no Plano aprovado. Observou que, embora nenhuma área tivesse alcançado 100% de atenção,  
1876 algumas metas superaram o que havia sido acordado. Acrescentou que, em períodos  
1877 anteriores, houve dificuldade na avaliação por falta de um plano aprovado, mas que  
1878 posteriormente fora possível estabelecer novamente um Plano de Saúde, incidindo também na  
1879 lei do PPA. Sublinhou que esse processo devia ser compreendido como uma construção  
1880 coletiva, lembrando que debates realizados em 2024 somente seriam incorporados no RAG de  
1881 2025. Reforçou que cabia aos conselhos estaduais e municipais deliberar sobre aspectos  
1882 locais e defendeu o fortalecimento do controle social. Assinalou que o Conselho Nacional vinha  
1883 aprimorando sua metodologia e apontou a demanda por um sistema informatizado que  
1884 permitisse o armazenamento permanente de dados, servindo também a pesquisas  
1885 acadêmicas. Por fim, passou a palavra ao assessor da Comissão. O assessor da COFIN/CNS,  
1886 **Francisco Funcia**, afirmou que o parecer elaborado pela COFIN procurara destacar, em sua  
1887 primeira parte, a análise da execução orçamentária e financeira, bem como das auditorias  
1888 realizadas, e que os pontos principais estavam sistematizados no resumo executivo. Explicou  
1889 que a segunda parte, relativa aos objetivos e metas, fora construída a partir das análises  
1890 exaustivas das comissões intersetoriais, incluindo respostas objetivas, comentários e propostas  
1891 de medidas corretivas, que somaram mais de setenta páginas. Destacou que tais medidas já  
1892 estavam contempladas na minuta preliminar da resolução, elaborada pela COFIN, e que a lei  
1893 complementar exigia sua inclusão, independentemente da aprovação ou reprovação do  
1894 parecer conclusivo. Salientou que algumas das preocupações apontadas (divergências)  
1895 estavam contempladas na indicação de medidas corretivas. Sobre as divergências de  
1896 entendimento, especialmente quanto ao cômputo das despesas com o piso da enfermagem,  
1897 explicou que a Emenda Constitucional 127 autorizava o uso de outras fontes, como o fundo  
1898 social, para esse financiamento, sem que tais valores fossem incorporados ao piso. Afirmou  
1899 que não está escrito na Emenda que o recurso seria extrapiso. Defendeu que houvesse uma  
1900 agenda de diálogo entre as comissões intersetoriais e as áreas técnicas do Ministério da  
1901 Saúde, de modo a aprofundar a análise das medidas corretivas, das sugestões apresentadas  
1902 pelas comissões e dos pontos levantados durante o debate de modo a garantir  
1903 encaminhamentos mais consistentes. Conselheira **Shirley Marshal Morales** interveio para  
1904 explicar que sua intenção fora manter o posicionamento anterior do CNS sobre o Piso da  
1905 Enfermagem e garantir que esse ponto estivesse entre as medidas corretivas, ressaltando que  
1906 a categoria deveria ter um tratamento específico, à semelhança do que ocorrera com os  
1907 agentes comunitários de saúde. O assessor da COFIN respondeu que essa interpretação era  
1908 válida e poderia ser incorporada na redação final da resolução. Conselheiro **Getúlio Vargas de**  
1909 **Moura** reforçou que a maioria das questões já estava contemplada nas medidas corretivas,  
1910 embora ajustes ainda estivessem sendo feitos na minuta. Explicou que após a votação do  
1911 relatório, o mérito da resolução seria apreciado, permitindo a incorporação dos resultados do  
1912 debate em curso. Conselheiro **Rildo Mendes** solicitou que a COFIN contribuísse para que  
1913 fosse possível acompanhar de forma mais próxima as ações de saúde indígena, pois a SESAI  
1914 possuía inúmeros programas que não eram monitorados pelo Conselho, o que exigia um  
1915 acompanhamento mais incisivo. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** destacou que o tema do  
1916 piso da enfermagem vinha sendo amplamente debatido na COFIN desde o mês de abril. Sobre  
1917 a EC nº. 127, disse que a comissão contara com a análise técnica de uma especialista em

1918 direito sanitário. Reiterou que a minuta da resolução já contemplava esse ponto e convidou o  
1919 representante da SPO/MS, Thiago, para se manifestar. O representante da SPO/MS, **Thiago**,  
1920 explicou que a lógica da Emenda Constitucional 127 permitia a utilização de fontes alternativas,  
1921 mas como o governo não optara por essa medida, os recursos do piso da enfermagem foram  
1922 incorporados ao piso mínimo da saúde. Defendeu que a discussão deveria avançar na direção  
1923 de modificar a legislação ou discutir com o governo o uso de fontes específicas para evitar tal  
1924 incorporação. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** continuou agradecendo as contribuições  
1925 feitas pelo Plenário, lembrando que o relatório oficial do RAG possuía 165 páginas, das quais a  
1926 COFIN elaborara um relatório final com 133 páginas, incluindo contribuições das comissões.  
1927 Explicou que o resumo executivo buscava facilitar a leitura e análise, embora não  
1928 contemplasse todos os detalhes. Ressaltou que, para dar conta do cronograma, o Conselho  
1929 realizara a apreciação em junho pela primeira vez, de modo a não conflitar com a  
1930 recomposição de comissões em julho. Observou que a análise fora feita em tempo recorde e  
1931 que as comissões tiveram autonomia plena em suas leituras. Enfatizou que, em 2024, o  
1932 orçamento da saúde fora fortemente impactado pelas emendas parlamentares e que, apesar  
1933 disso, houve manutenção de recursos adequados para o controle social, permitindo inclusive a  
1934 realização da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – 4ª  
1935 CNGTES, fato que, segundo ele, deveria constar como adendo no relatório. Defendeu que as  
1936 comissões continuassem a discutir diretamente com o Ministério da Saúde os pontos de maior  
1937 especificidade e reconheceu que os comentários e ressalvas feitas naquele momento eram  
1938 fundamentais para o aperfeiçoamento da análise. Finalizou agradecendo à Mesa Diretora pela  
1939 condução e ao plenário pela compreensão diante da urgência do processo, declarando que o  
1940 Conselho tinha condições de deliberar sobre o RAG de 2024. Conselheiro **Getúlio Vargas de**  
1941 **Moura** agradeceu e encaminhou a sequência dos trabalhos, explicando que, tendo sido  
1942 apresentada a análise do Relatório Anual de Gestão-RAG, o documento seria votado. Em  
1943 seguida, seriam feitos encaminhamentos relativos às sugestões apresentadas. Conselheira  
1944 **Rafaela Bezerra Fernandes** questionou se haveria a leitura da resolução proposta pela  
1945 COFIN, ao menos em sua parte deliberativa. A mesa respondeu que a leitura ocorreria após a  
1946 votação do RAG. Conselheira **Shirley Marshal Morales** sugeriu que, para garantir maior  
1947 clareza e efetividade, houvesse a possibilidade de aprovação com ressalvas, uma vez que  
1948 experiências anteriores haviam mostrado que a aprovação sem esse mecanismo limitava a  
1949 cobrança posterior de medidas corretivas. Explicou que, em outras ocasiões, o Ministério da  
1950 Saúde não respondeu às recomendações do Conselho com o argumento de que o relatório  
1951 fora aprovado sem ressalvas. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho** manifestou  
1952 preocupação quanto à pauta enviada previamente, que mencionava apenas a análise do  
1953 relatório e não indicava expressamente a realização de votação. Considerou esse ponto como  
1954 falha de informação e declarou que, por esse motivo, optaria pela abstenção. Conselheiro  
1955 **André Luiz de Oliveira** elucidou que, embora constasse o termo “análise” na pauta,  
1956 historicamente o CNS realizava a apreciação e deliberação dos relatórios de gestão. Destacou  
1957 que, conforme tradição e normativas anteriores, o processo deveria prever três opções de voto:  
1958 aprovação, aprovação com ressalvas e reprovação. Diante dos questionamentos, esclareceu-  
1959 se que a votação seria conduzida com base nessas três possibilidades. Dito isso, a mesa  
1960 procedeu à votação do RAG/MS 2024. O resultado foi o seguinte: Proposta 1 – aprovação do  
1961 RAG/MS 2024 – 10 votos. Proposta 2 - Aprovação do RAG/MS 2024 com ressalvas – 24 votos.  
1962 Proposta 3 - Reprovação do RAG/MS 2024 – Nenhum voto. Nenhuma abstenção. Deliberação:  
1963 diante deste resultado, o Pleno aprovou o RAG/MS de 2024 com ressalvas. Em seguida, o  
1964 assessor da COFIN/CNS apresentou a minuta da resolução, elaborada pela COFIN/CNS, que  
1965 incorporava o parecer conclusivo e listava diversas medidas corretivas a serem encaminhadas  
1966 ao Presidente da República, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012. No  
1967 documento, o CNS resolve 1) aprovar, com ressalvas (conforme deliberação do Plenário  
1968 naquele momento), o Relatório Anual de Gestão (RAG) 2024 do Ministério da Saúde, com base  
1969 no Parecer Conclusivo (Anexo A desta Resolução). 2) Indicar as seguintes medidas corretivas  
1970 de gestão a serem encaminhadas para o Presidente da República nos termos da Lei  
1971 Complementar 141/2012: 2.1) A aplicação em ASPS ficou acima do piso federal constitucional  
1972 do SUS de 15% da RCL em R\$ 1,414 bilhão (o valor aplicado correspondeu a 15,1% da RCL),  
1973 mas esse valor adicional ao piso federal do SUS não foi suficiente para compensar: a) as  
1974 perdas acumuladas da EC 95/2016 entre R\$ 65 bilhões e R\$ 70 bilhões, conforme estudo do  
1975 IPEA (2023); b) as inclusões dos valores do piso da enfermagem no cômputo da aplicação  
1976 mínima, que totalizaram mais de R\$ 20 bilhões acumulados nos anos de 2023 e 2024; c) o  
1977 valor decorrente da diferença da aplicação ASPS em 2023 decorrente determinação da

1978 Recomendação do CNS nº 016/2023, que estabeleceu como regra de cálculo do piso federal  
1979 do SUS em 2023 o que está estabelecido na Emenda Constitucional 86 (15% da RCL  
1980 arrecadada no exercício) - como isso não foi observado, a aplicação ASPS em 2023 ficou R\$  
1981 5,273 bilhões abaixo do piso, conforme constou no parecer conclusivo do CNS referente ao  
1982 RAG 2023; e d) Faz-se necessário a articulação do Ministério da Saúde com as demais áreas  
1983 do governo federal para recomposição dessas perdas recentes como aplicação adicional ao  
1984 piso federal do SUS a partir de 2025. 2.2) Houve incremento de recursos aplicados na Atenção  
1985 Primária em Saúde, o que está refletido no crescimento do indicador [*Recursos Aplicados na*  
1986 *Subfunção Orçamentária Atenção Básica*]/[*Recursos Aplicados na Subfunção Orçamentária*  
1987 *Assistência Hospitalar e Ambulatorial*] – há necessidade de dar continuidade nos próximos  
1988 anos e ampliar a aplicação de recursos na Atenção Primária à Saúde mais que  
1989 proporcionalmente aos recursos destinados para a Assistência Hospitalar e Ambulatorial. 2.3)  
1990 A demonstração das despesas aplicadas por subfunção orçamentária precisaria ser alterada  
1991 nos próximos RAGs e RQPCs para detalhar quais são as subfunções e os respectivos valores  
1992 agrupados como “Outras Subfunções”, considerando o valor elevado (e crescente) que  
1993 assumiu essa agregação de despesas a partir de 2020 (ou seja, da pandemia da Covid-19).  
1994 2.4) Os valores empenhados para despesas de emendas parlamentares OCC ASPS em 2024  
1995 aumentaram R\$ 9,383 bilhões comparativamente a 2023 (passara de R\$ 15,406 bilhões para  
1996 R\$ 24,789 bilhões, o que representou um aumento de 60,9%). Esse valor empenhado para  
1997 despesas de emendas parlamentares representou 11,7% do valor total OCC ASPS de R\$  
1998 210,652 bilhões, sendo que integram o câmpo do piso federal do SUS e não são submetidas  
1999 necessariamente às diretrizes da Conferência Nacional de Saúde e ao processo de  
2000 planejamento ascendente do SUS, situação essa que precisa ser corrigida. 2.5) Reincidência  
2001 em 2024 da baixa execução (pelo nível de liquidação – “inadequado”, “intolerável” e  
2002 “inaceitável”) de vários itens de despesas (conforme Anexo 1) – há a necessidade de  
2003 apresentar ao Conselho Nacional de Saúde as razões dessa reincidência da baixa execução  
2004 orçamentária e financeira. 2.6) O nível de saldo a pagar ou de empenhos a pagar no final do  
2005 exercício de 2024, inscritos como restos a pagar, foi de R\$ 26,515 bilhões (ou seja, 15,3% de  
2006 acréscimo dos R\$ 22,991 bilhões da inscrição de RP no final de 2023), valor equivalente a  
2007 12,14% do valor empenhado em 2024 – apesar de ter ficado acima dos 5% da Resolução  
2008 505/2015 do CNS, esse percentual de 2024 ficou abaixo dos níveis de 2022 (13,24%) e 2023  
2009 (12,61%) – há a necessidade de aumentar o ritmo da execução financeira dos restos a pagar  
2010 pelo Ministério da Saúde ou, na impossibilidade, apresentar durante o exercício de 2025 os  
2011 motivos que impedem essa execução, para avaliar a possibilidade de cancelamento até o final  
2012 deste exercício e, com isso, a compensação ocorrer como aplicação adicional ao piso federal  
2013 do SUS em 2026. 2.7) Adotar as providências para que, nos próximos Relatórios Anuais de  
2014 Gestão do Ministério da Saúde, o DENASUS avalie as informações e informe os resultados  
2015 alcançados com a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde para as  
2016 condições de saúde da população, nos termos do artigo 42 da Lei Complementar 141/2012.  
2017 2.8) Em relação ao quadro de objetivos e metas, da análise realizada pelas comissões  
2018 intersetoriais do CNS, as medidas corretivas indicadas são as que constam a seguir (quadro  
2019 explicitado na minuta). Finalizando, destacou que o documento reunia contribuições das  
2020 diversas comissões intersetoriais do CNS, sendo um compilado das medidas corretivas  
2021 sugeridas, ainda sujeito a ajustes de redação e eliminação de duplicidades. Em seguida, a  
2022 mesa colocou em votação a minuta de resolução. **Deliberação: aprovada, por unanimidade,**  
2023 **a minuta de resolução do Conselho que manifesta a aprovação com ressalvas do**  
2024 **RAG/MS 2024 e indica medidas corretivas de gestão.** Conselheiro **Getúlio Vargas de**  
2025 **Moura** apresentou o seguinte encaminhamento, diante deste resultado: remeter à Mesa  
2026 Diretora do CNS, para os devidos desdobramentos, a proposta de promover diálogo das  
2027 comissões do Conselho com as áreas do Ministério da Saúde sobre as medidas corretivas de  
2028 gestão, no prazo de 180 dias (indicativo: iniciar após o processo de recomposição das  
2029 comissões). Reiterou o esforço da Mesa Diretora do CNS, da Secretaria Executiva e de  
2030 assessores técnicos como na construção metodológica do processo de análise, sublinhando a  
2031 necessidade de sistemas permanentes para subsidiar as avaliações. Também registrou  
2032 agradecimento especial ao conselheiro André Luiz, que encerrava seu ciclo como coordenador  
2033 da COFIN, reconhecendo sua dedicação e contribuição na condução dos trabalhos. Por fim, a  
2034 presidenta do CNS ressaltou a importância da aprovação do relatório com ressalvas como  
2035 instrumento de fortalecimento da função fiscalizatória do Conselho. Sublinhou que o interesse  
2036 maior a ser preservado era o do SUS e da população brasileira, destacando a necessidade de  
2037 vigilância permanente, do preparo técnico das equipes e do compromisso das comissões para

garantir transparência e efetividade na aplicação dos recursos públicos. Encerrado o ponto de pauta, foi informado que, devido ao adiantado da hora, os encaminhamentos relativos à coordenação das comissões seriam feitos após o intervalo para o almoço, no item 9 da pauta. Dito isso, às 12h35, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: nomes serão incluídos. Retomando, às 14h15, a mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE RELAÇÕES DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – CIRTES - Decreto nº 12.456/2025 – Regulamenta a Nova Política de Educação a Distância - EaD - Apresentação: Felipe Proenço de Oliveira**, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS; **Marta Wendell Abramo**, Secretária de Regulação e Supervisão da Educação Superior - SERES/MEC; e deputada **Alice Portugal**, representante da Câmara dos Deputados. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRTES/CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS. Começando, conselheiro **João Pedro Santos da Silva**, coordenador adjunto da CIRTES/CNS, destacou a relevância da pauta, que vinha sendo aguardada pelo Conselho e pela Comissão, por tratar da formação em saúde como tema estratégico para o fortalecimento do trabalho no SUS. Enfatizou que a qualidade da formação repercutia diretamente no atendimento oferecido aos usuários e na própria militância em defesa do SUS. Ressaltou que o debate sobre a Educação a Distância já vinha sendo realizado pela CIRTES havia algum tempo, dada a sua importância e o impacto que causava nos debates do plenário. Recordou que o setor privado havia exercido forte influência sobre a formação em saúde e na educação em geral, alertando que tal cenário trazia riscos ao processo de formação dos trabalhadores e sujeitos políticos do SUS. Considerou que a expansão do EaD vinha sendo utilizada como mecanismo de precarização e exploração voltada ao lucro, em detrimento da qualidade do ensino, da formação profissional e da dimensão humana da educação. Recordou que o Conselho já havia se posicionado contrariamente a cursos totalmente ofertados na modalidade a distância, não reconhecendo sua adequação para a formação em saúde. Reforçou que o CNS defende a formação **100% presencial**, sem negar o uso de tecnologias e ferramentas, mas priorizando o que fosse coerente com uma formação integral voltada ao SUS e realizada dentro do próprio sistema. Concluiu saudando o decreto recentemente publicado, o qual reabria debates já feitos pelo CNS, inclusive em articulação com o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, e agradeceu a presença da secretária Marta Abramo e do secretário Felipe Proenço. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, informou que a deputada **Alice Portugal**, convidada para compor a mesa, não pôde comparecer presencialmente em razão de compromissos, mas que participaria por meio de transmissão virtual. Relatou que a deputada vinha acompanhando de perto o tema no parlamento e havia sido uma das responsáveis por mantê-lo em pauta legislativa. Enquanto se aguardava a conexão da deputada, deu continuidade aos trabalhos com a apresentação dos currículos das autoridades presentes. Após, agradeceu novamente a presença dos convidados e encaminhou para que a Secretária Marta Abramo iniciasse sua apresentação, ficando em aberto o espaço para a participação da deputada quando sua transmissão fosse restabelecida. A Secretária da SERES/MEC, **Marta Wendell Abramo**, iniciou sua intervenção saudando os presentes na Plenária e os que acompanhavam a reunião por transmissão. Agradeceu o convite para participar da atividade, e saudou os demais integrantes da mesa. Explicou que, desde o governo de transição, no qual atuara no grupo temático da educação, já havia forte preocupação com o tema da Educação a Distância. Relatou que, desde então, reconhecia-se a urgência de revisão do marco regulatório da EaD, instituído em 2017 durante o governo Michel Temer, o qual, segundo ela, havia gerado consequências complexas que seriam posteriormente detalhadas em sua apresentação. Neste ponto, interrompeu sua fala para franquear a palavra à deputada Alice Portugal, que se encontrava conectada remotamente e faria uma breve intervenção sobre o tema. A deputada **Alice Portugal**, ao tomar a palavra, saudou a presidenta do Conselho e todos os participantes da reunião. Em sua manifestação, afirmou que o país vivia um momento de avanço na modernização do sistema de ensino a distância, reconhecendo que a portaria ministerial trazia elementos positivos, sobretudo no que tange ao controle dos polos de transmissão e à delimitação das áreas do conhecimento compatíveis com essa modalidade. No entanto, ponderou que, no campo da saúde, a EaD não seria aplicável de forma generalizada, salvo em disciplinas estritamente teóricas como estatística. Argumentou que o exercício de profissões que demandam destreza técnica, atenção direta ao paciente ou manipulação de insumos e medicamentos não poderia ser desenvolvido de maneira remota. Inclusive, saudou o Conselho por debater este debate há algum tempo e pela posição que incentivou o enfrentamento da

2098 situação. Recordou que, na Comissão de Educação da Câmara dos Deputados, haviam sido  
2099 distribuídos panfletos com ofertas de cursos em saúde com mensalidades entre R\$ 120 e R\$  
2100 180, o que, segundo ela, evidenciava a ausência de professores e o uso indiscriminado de  
2101 conteúdos apostilados. Denunciou a transformação da formação em saúde em um mercado de  
2102 diplomas, promovendo descredenciamento e fomentando a criação de mecanismos paralelos  
2103 de aferição de competências, situação que considerou alarmante. Rejeitou, de modo  
2104 veemente, a possibilidade de formação de profissionais como fisioterapeutas, nutricionistas,  
2105 farmacêuticos e assistentes sociais por meio de EaD, salientando que, na sua visão, isso  
2106 comprometeria a qualidade da formação e colocaria em risco o sistema de saúde. Também  
2107 disse que aguarda a resposta do Ministério da Educação a seus pedidos de audiência com os  
2108 conselhos profissionais e com o próprio CNS. Informou que havia solicitado a mediação do  
2109 ministro da Saúde, Alexandre Padilha, que, segundo ela, compartilhava da mesma posição  
2110 contrária à EaD em saúde. Afirmou que o atual decreto permitia, na prática, que até 90% da  
2111 carga horária dos cursos fosse realizada a distância, o que considerou incompatível com os  
2112 princípios da formação presencial em saúde. Ressaltou que a única via possível para a solução  
2113 do impasse seria a alteração legislativa, uma vez que a regulamentação por portarias e  
2114 decretos não responderia à urgência e gravidade da questão. Informou que tramitava na  
2115 Comissão de Constituição e Justiça da Câmara um projeto de lei, de sua autoria e do senador  
2116 Rodrigo Pacheco, que proibia a EaD para todos os cursos da área da saúde. Mencionou que o  
2117 deputado Orlando Silva era o relator designado e fez um apelo para que o CNS atuasse  
2118 institucionalmente junto ao parlamentar para agilizar a emissão do parecer. Por fim, despediu-  
2119 se agradecendo o espaço e colocando-se à disposição para atuar em parceria com o Conselho  
2120 Nacional de Saúde na interlocução com o Ministério da Educação e na tramitação da matéria  
2121 no Congresso Nacional. A Secretária da SERES/MEC, **Marta Wendell Abramo**, retomou a  
2122 palavra ressaltando a importância do debate acerca da regulamentação da nova política de  
2123 Educação a Distância - EaD, conduzido com o devido respeito e com o propósito de esclarecer  
2124 os fundamentos do Decreto nº 12.456/2025. Informou que faria, inicialmente, uma  
2125 contextualização do processo de formulação da nova política, seguida de uma apresentação  
2126 geral do decreto, e, por fim, trataria especificamente dos cursos na área da saúde. Apontou  
2127 que o sistema de educação superior no Brasil contava, atualmente, com cerca de 10 milhões  
2128 de matrículas, sendo que há 20 anos o número era de apenas 4 milhões. No entanto, observou  
2129 que, embora tenha havido crescimento, as metas do Plano Nacional de Educação ainda não  
2130 haviam sido alcançadas. Destacou a crescente substituição de matrículas presenciais por  
2131 vagas na modalidade EaD, com 50% das matrículas totais sendo realizadas a distância.  
2132 Alertou que, entre os ingressantes, dois terços optavam por cursos EaD, evidenciando uma  
2133 tendência ainda de expansão dessa modalidade. Explicou que essa intensificação da EaD não  
2134 se dera apenas pela pandemia, mas sim por inflexões regulatórias anteriores, notadamente  
2135 desde 2017. No caso das instituições públicas, vagas majoritariamente presencial e, nas  
2136 instituições privadas, a situação é inversa. Frisou que o perfil dos estudantes do ensino  
2137 superior também havia se transformado em razão de políticas de inclusão, como o ProUni, o  
2138 FIES e a Lei de Cotas, o que exigia uma readequação das normas às novas realidades.  
2139 Salientou que alguns indicadores comparativos apontam os cursos EAD em desvantagem,  
2140 todavia, os indicadores de desempenho foram produzidos em um contexto de expansão  
2141 descontrolada, desregulação e de pandemia, por isso devem ser sempre contextualizados.  
2142 Disse que a tendência, com a revisão das regras regulatórias e dos instrumentos de avaliação,  
2143 é garantir equivalência de tratamento e incentivar a qualidade em qualquer formato de curso.  
2144 Ou seja, é possível ter EAD de qualidade, desde que baseada em referenciais de qualidade e  
2145 regras regulatórias claras. Relatou que, desde o início da atual gestão, o Ministério da  
2146 Educação promoveu um processo aprofundado de elaboração da política de EaD. Para isso,  
2147 organizou comissão de especialistas, realizou mais de vinte visitas técnicas a instituições  
2148 públicas e privadas de diferentes portes, promoveu reuniões com conselhos consultivos e  
2149 interlocuções com as secretarias do MEC, representantes de estudantes e especialistas  
2150 internacionais, e audiências públicas na Comissão de Educação da Câmara. Explicou que o  
2151 Decreto nº 12.456/2025 foi fundamentado em princípios, diretrizes e objetivos que orientaram a  
2152 formulação da nova política. Apresentou conceitos fundamentais introduzidos pela normativa,  
2153 como o de presencialidade (entendida como a presença física simultânea de docente e  
2154 discente em um mesmo espaço), sincronicidade e atividades síncronas mediadas — tarefa  
2155 formativa em tempo real, compartilhada entre estudantes e profissionais da educação,  
2156 conectados simultaneamente por áudio e vídeo, limitadas a no máximo 70 estudantes por  
2157 professor, com exigência de controle de frequência. Descreveu os novos formatos definidos



2158 para a oferta de cursos: presencial, semipresencial e a distância. Informou que o percentual  
2159 máximo de atividades a distância em cursos presenciais havia sido reduzido de 40% para 30%,  
2160 e que os cursos a distância deveriam conter, obrigatoriamente, ao menos 10% de atividades  
2161 presenciais e mais 10% de atividades síncronas mediadas. Os semipresenciais deveriam ter  
2162 limite mínimo de 30% presenciais mais 20% atividades presenciais e/ou síncronas mediadas.  
2163 Apontou que os cursos presenciais só poderiam ser ofertados nas sedes das instituições ou em  
2164 seus campi autorizados. Já os cursos semipresenciais e a distância poderiam ser ofertados em  
2165 polos EaD, desde que estes atendessem às exigências de infraestrutura mínima,  
2166 especialmente para cursos que demandassem laboratórios. Destacou que tais polos deveriam  
2167 ser exclusivos por instituição, abolindo-se o modelo de polos compartilhados. Informou ainda  
2168 que o decreto estabeleceu a obrigatoriedade de avaliações presenciais nos cursos EaD, que  
2169 deveriam compor a maior parte da nota dos estudantes. Houve também a regulamentação do  
2170 papel dos mediadores pedagógicos e tutores, sendo o primeiro voltado ao apoio pedagógico  
2171 direto e o segundo às atividades administrativas. Afirmou que o novo marco buscou manter as  
2172 vantagens da EaD, como a flexibilidade de horários e o acesso por estudantes de áreas  
2173 remotas, mas também enfrentou suas fragilidades, especialmente no que se refere à interação,  
2174 presencialidade, infraestrutura, valorização do corpo docente. Ressaltou que a proposta incluiu  
2175 um novo modelo semipresencial, conferindo mais opções aos estudantes, e introduziu  
2176 exigências de qualidade mais rigorosas. Na sequência, passou a tratar dos cursos da área da  
2177 saúde, destacando que esses foram significativamente impactados pela expansão desregulada  
2178 da EaD. Informou que havia, no momento, cerca de 6 mil cursos de bacharelado na área da  
2179 saúde, com mais de 1,5 milhão de matrículas. Ainda que 87% desses cursos fossem  
2180 presenciais, 50% das matrículas estavam na modalidade a distância, em regulação. Observou  
2181 que muitos desses cursos estavam localizados em municípios sem qualquer oferta presencial  
2182 na mesma área. Destacou que 1.909 municípios contavam exclusivamente com cursos EaD, o  
2183 que, segundo ela, demandaria atenção no momento de transição regulatória, a fim de evitar  
2184 desassistência formativa regional. Detalhando, mostrou o impacto em estudantes matriculados  
2185 em municípios que só possuem cursos EaD na Área de Saúde, que precisam ser vitos com  
2186 cuidado: cursos presenciais de Enfermagem oferta em 526 municípios (+ 796 municípios só  
2187 EaD); cursos presenciais de Fisioterapia oferta em 378 municípios (+ 1083 municípios só EaD);  
2188 cursos presenciais de Farmácia oferta em 338 municípios (+ 1562 municípios só EaD); cursos  
2189 presenciais de Nutrição oferta em 311 municípios (+ 1353 municípios só EaD); cursos  
2190 presenciais de Biomedicina oferta em 270 municípios (+ 1543 municípios só EaD); e cursos  
2191 presenciais de Terapia Ocupacional oferta em 48 municípios (+ 1307 municípios só EaD).  
2192 Especificamente sobre o curso de Enfermagem, informou que havia 34 cursos na modalidade  
2193 EaD, concentrando 40% das matrículas da área. Contudo, reforçou que, com o novo decreto,  
2194 esses cursos seriam extintos, visto que a Enfermagem passaria a ser ofertada exclusivamente  
2195 de forma presencial. Lembrou que cursos como Medicina, Odontologia, Direito, Psicologia e  
2196 Enfermagem já tinham tratamento diferenciado no MEC e, portanto, já não podiam ser criados  
2197 sem autorização prévia. Por fim, reforçou que nenhum curso na área da saúde poderia mais  
2198 ser ofertado 100% na modalidade a distância. Reiterou que, pelo decreto e pela portaria  
2199 correspondente, esses cursos deveriam adotar o formato presencial (com 70% mínimo de  
2200 presencialidade) ou semipresencial (com no mínimo 40% presencial e 20% presencial ou  
2201 síncrono mediado). Encerrando sua exposição, ponderou que o novo marco regulatório  
2202 representava avanços significativos para a qualidade da formação na área da saúde, embora  
2203 permanecesse em aberto o debate sobre a suficiência dessas medidas para enfrentar os  
2204 desafios ainda existentes. Reafirmou que um curso semipresencial não poderia ser equiparado  
2205 a um curso totalmente a distância e que essa distinção deveria orientar os próximos diálogos.  
2206 Seguindo, o Secretário **Felipe Proença** iniciou sua fala saudando as pessoas presentes e  
2207 expressando satisfação de estar novamente naquele espaço. Destacou o trabalho conjunto  
2208 com as secretarias do MEC, com a SESU, com a área de ensino técnico e com a área de  
2209 Equidade, ressaltando a importância da articulação intersetorial para o desenvolvimento das  
2210 políticas de saúde. Informou que a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
2211 – SGETS, a partir do novo decreto presidencial, passou a contar novamente com três  
2212 departamentos: o de Gestão da Educação, o de Gestão e Regulação do Trabalho e o de  
2213 Gestão do Provimento em Saúde. Comentou que a atuação da SGTES/MS, nos primeiros  
2214 meses da gestão, envolvera ações em diferentes áreas, incluindo a questão da residência  
2215 multiprofissional em saúde, tema que ainda não avançara devido à necessidade de  
2216 recomposição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Ao tratar da formação em  
2217 saúde, salientou que esta se encontrava, em muitos aspectos, desarticulada do SUS,

2218 caracterizando-se por ser fragmentada, estática e descolada das necessidades reais do  
2219 Sistema. Destacou que a expansão de cursos de graduação em saúde ocorrera, em grande  
2220 parte, fora do marco regulatório do Programa Mais Médicos, mencionando que a moratória  
2221 proposta em gestões anteriores resultara em judicializações e em uma expansão desordenada  
2222 da formação médica, sem observar a necessidade social ou a capacidade dos territórios.  
2223 Considerou que o Decreto nº 12.456/2025, ao regulamentar a Educação a Distância,  
2224 representava um importante avanço, ao enfrentar o cenário de desregulação que permitira,  
2225 inclusive, que cursos ditos “presenciais” ofertassem até 40% de sua carga horária em formato  
2226 EaD. Assinalou que, em algumas áreas da saúde, como terapia ocupacional e fonoaudiologia,  
2227 houve significativa redução na oferta de profissionais devido à ausência de políticas de  
2228 cofinanciamento das equipes multiprofissionais nos últimos anos, o que prejudicava a atenção  
2229 primária. Destacou os avanços contidos no novo decreto, com ênfase no artigo 9º, que vedava  
2230 a oferta exclusivamente a distância de cursos de graduação em saúde. Considerou esse  
2231 dispositivo essencial para garantir a qualidade da formação, enfatizando a necessidade de que  
2232 as atividades remotas, quando existentes, fossem mediadas de forma síncrona, com  
2233 regulamentação adequada sobre o número de estudantes por turma, infraestrutura dos polos e  
2234 supervisão presencial qualificada. Apontou ainda a importância da saúde digital como um  
2235 campo a ser valorizado na formação em saúde, ressaltando que a tele saúde poderia ser uma  
2236 ferramenta pedagógica relevante, desde que acompanhada de supervisão e integrada ao  
2237 processo de formação crítica, socialmente referenciada e orientada para o SUS. Mencionou  
2238 que atividades de teleconsultoria, por exemplo, poderiam proporcionar experiências  
2239 significativas aos estudantes quando mediadas por preceptores. Finalizou reiterando a  
2240 disposição da SGETS em colaborar com o CNS, com o Ministério da Educação e demais  
2241 instâncias envolvidas no aprimoramento da formação em saúde, reafirmando que a diretriz  
2242 fundamental deveria ser a orientação da formação pelas necessidades do SUS, tanto na  
2243 modalidade presencial quanto na semipresencial. Por fim, agradeceu a atenção de todas as  
2244 pessoas e colocou a Secretaria à disposição para aprofundar o debate. Seguindo, conselheira  
2245 **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRTES/CNS, também fez uma exposição sobre  
2246 o tema, destacando inicialmente a relevância do momento e agradecendo a presença das  
2247 pessoas convidadas. Ressaltou a dimensão da representação do controle social no SUS,  
2248 formado por uma rede de conferências e conselhos municipais, estaduais e nacional, que,  
2249 segundo dados do IBGE, contava com mais de 120 mil pessoas conselheiras em todo o país,  
2250 os quais atuavam como um verdadeiro exército em defesa do direito à saúde. Afirmou que a  
2251 educação possuía implicações profundas na qualificação da força de trabalho em saúde, sendo  
2252 fundamental para ampliar o acesso da população a serviços resolutivos e de qualidade.  
2253 Recordou que, ao longo do tempo, o CNS havia consolidado uma trajetória de ações voltadas à  
2254 ordenação da formação profissional em saúde, papel que, por disposição constitucional, cabia  
2255 ao SUS, uma vez que era o maior empregador dessa força de trabalho. Rememorou que,  
2256 desde 1991, o CNS havia instituído comissões técnicas responsáveis por subsidiar as decisões  
2257 do Pleno e da Mesa Diretora no tocante à formação em saúde. Essas comissões propuseram  
2258 resoluções que disciplinaram a atuação do CNS na análise de cursos de graduação em áreas  
2259 como medicina, enfermagem, odontologia, psicologia, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia,  
2260 terapia ocupacional, nutrição e educação física. Mencionou, como marco, a Resolução de  
2261 1998, que reconheceu a atuação desses profissionais também no campo do controle social.  
2262 Enfatizou que a Resolução CNS nº 287, de 2005, fortaleceu a perspectiva da ordenação da  
2263 formação sob a ótica da relevância social no âmbito do SUS, condicionando a regulação da  
2264 oferta de cursos ao parecer favorável do CNS. Destacou que esse posicionamento foi  
2265 reafirmado por decreto presidencial em 2017. Contextualizou a evolução da modalidade EaD  
2266 na formação em saúde. Explicou que, embora a modalidade tenha sido incentivada pela LDB  
2267 de 1996, não havia regras específicas para os cursos da área da saúde. A partir de 2004,  
2268 observou-se o crescimento desses cursos, especialmente em instituições privadas, com  
2269 destaque para os cursos de Enfermagem. Ressaltou que a Resolução nº 515/2016 do CNS  
2270 vedou a aprovação de cursos de saúde na modalidade EaD. Indicou que o Decreto nº  
2271 9.057/2017, editado pelo governo à época, visou regulamentar a EaD na saúde, em resposta à  
2272 crescente judicialização sobre o tema e à insegurança jurídica existente. Salientou que, embora  
2273 esse decreto tenha ampliado a autorização de cursos, os cursos de Medicina, Odontologia e  
2274 Psicologia continuaram sob avaliação do MEC e do CNS. Em 2017, foi publicada a Resolução  
2275 nº 569, com parecer robusto do CNS sobre os critérios que deveriam orientar a formação de  
2276 profissionais aptos a atuarem no SUS. Também lembrou o posicionamento técnico da  
2277 CIRTES, em 2019, contrário à expansão da EaD nos cursos de saúde, apontando a

2278 necessidade de assegurar a constitucionalidade e a segurança jurídica do processo de  
2279 formação. Citou a Recomendação nº 003/2020, que criticou o aumento da carga horária EaD  
2280 autorizado pela Portaria MEC nº 2.117/2019, que havia elevado o limite de 20% para 40%. O  
2281 documento defendeu que fosse mantido o limite de até 20%, desde que em atividades  
2282 síncronas e mediadas por docentes, e sugeriu que o Congresso Nacional revogasse tal  
2283 portaria. Relatou que, em 2024, a Recomendação do CNS nº 004 reiterou a necessidade de  
2284 suspensão da expansão da EaD nos cursos da área da saúde, bem como da revogação da  
2285 Portaria nº 2.117/2019. Reforçou que o CNS havia cumprido um papel histórico na regulação  
2286 dessa política e ressaltou a importância de manter mecanismos eficazes de controle e  
2287 avaliação dos cursos. Finalizando, manifestou preocupação com a regulamentação da  
2288 semipresencialidade, uma vez que a maioria dos cursos em EaD possuía polos  
2289 descentralizados, sem fiscalização efetiva do MEC. Indagou como se daria o monitoramento e  
2290 a avaliação desses cursos, e solicitou esclarecimentos sobre o cronograma de edição de atos  
2291 normativos complementares que disciplinariam a transição dos cursos atualmente em vigor,  
2292 especialmente na área de Enfermagem. Concluiu sua intervenção destacando a relevância do  
2293 debate e a necessidade de acompanhamento rigoroso da implementação da nova política.  
2294 Concluídas as exposições, a mesa abriu a palavra para debate. Conselheiro **Haroldo de**  
2295 **Carvalho Pontes** declarou que se sentiu compelido a ser manifestar especialmente após a fala  
2296 do Secretário Proenço, especialmente em relação ao tema da residência. Afirmou que a  
2297 comissão responsável pela residência permanecia com a mesma estrutura do governo anterior,  
2298 o que considerou inadequado. Ressaltou que apenas recompor a comissão não era suficiente,  
2299 sendo imprescindível discutir seu processo de trabalho, uma vez que a atual estrutura  
2300 burocratizava as decisões, restringindo-se a aprovações ou reprovações de propostas já  
2301 prontas. Assim, defendeu que a composição da comissão fosse a mais pública possível e  
2302 reiterou que, embora fosse membro titular da comissão, não vinha participando das reuniões  
2303 como forma de protesto político. Finalizou manifestando confiança de que, sob a liderança do  
2304 Secretário Proenço, haveria avanços concretos na reestruturação da comissão e do seu  
2305 funcionamento. Conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme** afirmou que a apresentação  
2306 realizada levava a entendimentos equivocados, especialmente no tocante ao curso de  
2307 Nutrição. Criticou os dados apresentados sobre a Educação a Distância, destacando que,  
2308 embora tenham sido mencionados 126 cursos EAD, existiam, na prática, 8.130 polos de  
2309 educação a distância para o curso de Nutrição em 31 de maio. Ressaltou a banalização do  
2310 modelo EaD e a fragilidade da titulação profissional em especialidades que não estavam sendo  
2311 devidamente reconhecidas. Questionou se o material apresentado havia sido elaborado com  
2312 base nas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs antigas de 2001, informando que as novas  
2313 diretrizes para o curso de Nutrição já haviam sido aprovadas pelo CNS e encaminhadas ao  
2314 Conselho Nacional de Educação - CNE, aguardando apenas a assinatura ministerial.  
2315 Conselheiro **Rafael Gomes Ditterich** manifestou preocupação com o avanço da modalidade  
2316 EAD, mesmo com a manutenção do princípio da presencialidade nos cursos de Odontologia.  
2317 Esclareceu que, pelas diretrizes vigentes, até 30% da carga horária teórica poderia ser ofertada  
2318 de forma remota, o que, segundo ele, permitia que o aluno evitasse completamente o contato  
2319 presencial no conteúdo teórico, o que considerava prejudicial. Reforçou a necessidade de  
2320 defender a presencialidade em todos os cursos da área da saúde, manifestando solidariedade  
2321 às demais profissões. Criticou o fato de que, embora existissem dois pareceres contrários ao  
2322 EAD da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde, além das caravanas FormaSUS do  
2323 Departamento de Gestão da Educação em Saúde também contrárias à EaD, a SGTES ainda  
2324 não havia se posicionado de forma clara sobre o assunto. Conselheira **Rafaela Bezerra**  
2325 **Fernandes** dirigiu-se especialmente à Secretária, questionando a metodologia utilizada para a  
2326 seleção dos catorze cursos listados no slide 12, uma vez que o curso de Serviço Social não  
2327 constava, mesmo estando incluído na Resolução CNS nº 287/1998. Criticou a ampliação do  
2328 EaD para diversos cursos da área da saúde, alertando sobre os riscos desse modelo à  
2329 qualidade formativa, à fragmentação do ensino e à perda da dimensão coletiva das salas de  
2330 aula. Apontou a lógica neoliberal presente na responsabilização individual do estudante por sua  
2331 trajetória e a consequente precarização da formação. Afirmou que a EaD ampliava  
2332 desigualdades sociais e regionais, comprometendo não apenas a formação dos profissionais,  
2333 mas também a qualidade dos serviços prestados. Assim, reforçou a posição contrária a essa  
2334 modalidade por conta dos riscos, o que não significava oposição ao uso de tecnologias como  
2335 possibilidade pedagógica. Por fim, reforçou a luta do Conselho por vagas em instituições  
2336 públicas de ensino superior com formação presencial, o que considerava essencial para o  
2337 fortalecimento do SUS. Conselheira **Odete Messa Torres** reforçou que todas as profissões da

saúde estavam unidas contra a adoção do modelo de educação a distância para todas essas profissões. Enfatizou a importância de o Conselho acolher tal manifestação, alertando que o ensino a distância na saúde comprometia a qualidade do cuidado. Defendeu que a formação na saúde requer a presencialidade e destacou a fragilidade da formação prática de estudantes de residências multiprofissionais. Finalizou reivindicando que todas as profissões da saúde, mesmo aquelas não incluídas no decreto, fossem ouvidas. Conselheiro **João Pedro Santos da Silva** fez a leitura da nota pública elaborada pelas entidades do FENTAS, intitulada "Dizemos Sim à Formação 100% Presencial para Todos os Cursos de Graduação em Saúde". O documento expressava preocupação com a regulamentação da EaD pelo Decreto nº 12.456/2025, defendia a reedição do decreto para garantir formação exclusivamente presencial nas 14 profissões da saúde conforme a Resolução CNS nº 287/1998 e solicitava diálogo interministerial entre os ministérios da Saúde e da Educação. A nota também apelava à priorização, pelo Congresso Nacional, da regulamentação do artigo 80 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394/1996), com base em projetos de lei que visavam vedar o EAD na formação em saúde. Ao final da leitura, houve manifestações de apoio e aplausos. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** também declarou apoio à nota lida por João, agradecendo a presença da Secretária do MEC e reconhecendo a relevância da aproximação entre MEC e CNS. Reiterou a importância da presencialidade, afirmando que o educador precisa mediar a aprendizagem de forma reflexiva, estabelecendo vínculos e promovendo o pensamento crítico. Criticou a ideia de que as tecnologias pudessem substituir o encontro presencial em saúde, alertando que o diálogo e a troca são imprescindíveis na formação crítica dos profissionais. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, na condição de usuário do SUS, expressou sua preocupação com a proposta de formação em EaD, afirmando que essa prática representava o risco de se consolidar uma formação em saúde de "qualidade duvidosa" para atender "pessoas em situação de maior vulnerabilidade". Argumentou que a formação apartada do convívio coletivo comprometia o respeito à diversidade, à equidade e à humanização do atendimento. Encerrou sua fala ressaltando que a qualidade no atendimento é um direito fundamental do usuário do SUS E REITEROU preocupação com uma formação "diferente" de alguns profissionais. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** reforçou posição contrária ao ensino a distância e às nomenclaturas utilizadas no Decreto nº 12.456/2025, como "semipresencial". Ressaltou que os profissionais de saúde atuavam por meio da interação, do cuidado e da presença no processo de trabalho e enfatizou que a crítica não se limitava às categorias da fisioterapia e da terapia ocupacional, mas se estendia a todos os profissionais da saúde. Solicitou esclarecimentos ao MEC quanto à inserção de terapeutas ocupacionais nos municípios que passariam a ofertar cursos EaD, considerando que a formação profissional exige preceptoria qualificada. Mencionou que o país não contava com 30 mil terapeutas ocupacionais formados, o que comprometeria o acompanhamento dos mais de 18 mil estudantes projetados para esses cursos. Alertou para a possibilidade de que estudantes fossem supervisionados por profissionais de outras áreas, questionando a legitimidade e a qualidade dessa prática. afirmou que, além do COFFITO, diversas entidades da categoria se posicionavam contra a modalidade, como a Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais, a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional, a Associação de Terapia Ocupacional em Cuidados Hospitalares e outras. Por fim, solicitou ao MEC o respeito à Resolução CNS nº 650, que garantia a formação presencial dos terapeutas ocupacionais, e alertou para os riscos à saúde da população e à qualidade da assistência. Conselheira **Lenise Aparecida Garcia** declarou não se posicionar contrariamente à posição do Conselho, mas apresentou uma reflexão com base em sua experiência como professora universitária na Universidade de Brasília. Na condição de coordenadora de uma licenciatura em Biologia oferecida em consórcio por dez universidades públicas, relatou que o curso, embora a distância, teve impacto significativo, sobretudo ao alcançar professores leigos em regiões remotas do país. Argumentou que o ensino superior ainda era inacessível em muitas regiões e que a EaD, quando bem estruturada, poderia representar uma oportunidade de redução de iniquidades. Reforçou, contudo, que a modalidade exigia muita qualidade e seriedade em sua implementação. Defendeu uma abordagem equilibrada, que considerasse a diversidade e complexidade da realidade brasileira. Conselheira **Camila de Lima Sarmento** afirmou que o crescimento do EaD representava uma crise ética que atravessava a política e a pedagogia. Criticou o processo de mercantilização do ensino e a precarização do trabalho docente, especialmente em instituições privadas que utilizavam os 30% permitidos de EaD para alocar todo o conteúdo humanístico fora da modalidade presencial. Assim, questionou como construir essa interação humana com o estudante na modalidade a distância. Relatou sua experiência

em universidades vinculadas a multinacionais, como a Laureate, nas quais os conteúdos vinham prontos, sem autonomia dos docentes. Destacou que a disciplina de saúde coletiva havia sido substituída por uma abordagem genérica intitulada “saúde global”, sem referência ao SUS. Argumentou que os profissionais formados nessas condições chegariam ao SUS sem preparo, demandando nova formação. Criticou também o excesso de estudantes por tutor em cursos EaD, o que comprometia a qualidade do ensino e da avaliação. Concluiu que, embora não depreciasse a modalidade, ela era inadequada para os cursos da área da saúde, e posicionou-se contrariamente à sua adoção. Conselheiro **João Pedro Santos da Silva** fez uma fala ressaltando a importância de reconhecer que os profissionais de saúde não se limitavam ao cuidado e à cura, mas exerciam um papel emancipatório na sociedade, conforme o projeto defendido pelo SUS. Destacou o agravamento da precarização do trabalho dos tutores e supervisores com o EaD, apontando aumento da carga de trabalho e redução significativa da remuneração. Apontou preocupação com a qualidade dos polos de apoio presencial e questionou a permanência dos estudantes, citando altos índices de evasão. Avaliou que o decreto, apesar de representar certo avanço, estava aquém do ideal defendido pelas entidades, que continuariam lutando por uma formação 100% presencial. Concluiu perguntando à secretária do MEC como o controle social poderia contribuir para alcançar esse ideal. Conselheira **Sueli Terezinha Barrios** reiterou a necessidade de integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação, a fim de garantir uma formação alinhada às necessidades da população usuária do SUS. Defendeu a presencialidade como condição indispensável para a formação em saúde, reforçando o entendimento de que “gente cuida de gente”. Mencionou a importância dos serviços de saúde como espaços formadores e referiu-se ao artigo 200 da Constituição Federal, que estabelece a responsabilidade do SUS na ordenação da formação de recursos humanos. Reivindicou que todos os cursos da área da saúde fossem submetidos à avaliação e anuência prévia do CNS, como já ocorre em cursos como Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia. Solicitou que fosse limitada a carga horária de atividades mediadas por tecnologia, com diretrizes curriculares nacionais detalhando abordagens pedagógicas adequadas. Também propôs a revisão do Decreto nº 12.456/2025, fortalecimento da participação social nos mecanismos de avaliação e adoção da modalidade 100% presencial para todos os cursos de graduação em saúde. Finalizou defendendo uma formação humanizada, ética e comprometida com o SUS e com os direitos da população. Por fim, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** cumprimentou os representantes do MEC e do Ministério da Saúde e afirmou que o CNS não abriria mão da defesa da saúde e da educação como direitos. Destacou que a educação 100% presencial na saúde era uma demanda dos trabalhadores, usuários e gestores do SUS, consolidada nas conferências e nas pautas do Conselho. Também reafirmou a mobilização permanente da CIRTES em defesa dessa pauta. Enalteceu a firmeza dos ministros da Saúde e da Educação, bem como o compromisso assumido pelo Presidente da República, eleito com o compromisso de garantir educação pública de qualidade e fortalecimento do SUS. Afirmou que o controle social não deveria ser aliado dessas decisões e reiterou a solidariedade à luta da Comissão. Finalizadas as falas, a coordenadora da CIRTES/CNS, antes de abrir para retorno das pessoas convidadas, esclareceu um equívoco identificado na apresentação do MEC referente à Resolução CNS nº 287/1998, ressaltando que o serviço social, assim como outras profissões da saúde, constava, sim, na listagem oficial do Conselho, conforme ordem alfabética. Afirmou que a formação na área da saúde exigia presencialidade, compromisso ético e vínculo com o SUS, princípios que deveriam ser resguardados diante de qualquer proposta de flexibilização. A seguir, abriu a palavra para as pessoas convidadas. O Secretário **Felipe Proença de Oliveira** reforçou o reconhecimento dos avanços trazidos pelo decreto, salientando que o Ministério da Saúde permanecia aberto ao diálogo para aperfeiçoar as políticas relativas à formação em saúde. Manifestou preocupação com o relato de uma matriz curricular que desconsiderava o SUS como eixo formativo, destacando a necessidade de que a qualidade da formação fosse orientada pelas necessidades do SUS. Concordou que é preciso aprofundar a discussão sobre os processos de avaliação *in loco* dos cursos, especialmente no que se referia às atividades de preceptoria, à inserção dos estudantes nos serviços de saúde e à qualidade dos professores preceptores. Mencionou o diálogo com o INEP, visando integrar avaliações dos serviços formadores, número de preceptores e suas condições de atuação. Relatou a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, criada por decreto presidencial em 2023, composta pelos Ministérios da Educação e da Saúde, retomaria suas atividades sob a presidência da SGTES/MS, em 2025. Afirmou que o Ministério da Saúde estava comprometido com o avanço das ações dessa instância, citando como exemplo a participação do CNS na

2458 comissão de acompanhamento do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes de  
2459 Medicina (ENAMed). Compartilhou ainda o entendimento de que a Comissão Nacional de  
2460 Residência Multiprofissional deveria avançar na discussão do processo de trabalho e na  
2461 própria política de residência, incluindo a regulamentação do auxílio-moradia para residentes.  
2462 Reafirmou o compromisso com a interlocução entre os Ministérios da Saúde e da Educação,  
2463 pontuando a relevância de encontros conjuntos e do funcionamento pleno da comissão  
2464 interministerial como espaço institucional de diálogo permanente. A Secretária **Marta Wendell**  
2465 **Abramo**, iniciou sua fala reconhecendo que não conseguiria responder individualmente a todas  
2466 as manifestações, mas afirmou ter registrado as principais ideias. Esclareceu que o curso de  
2467 serviço social se encontrava, sim, incluído na grande área da saúde para o MEC, ainda que  
2468 não tenha sido mencionado em um dos estudos apresentados. Reconheceu a existência de  
2469 problemas apontados nas falas como banalização de polos, certificação em larga escala,  
2470 ausência de interação nos cursos e carência de estágios e práticas presenciais, reiterando que  
2471 a proposta do novo decreto surgira justamente para enfrentá-los. Afirmou que os indicadores  
2472 educacionais relacionados ao EaD eram desfavoráveis, revelando piores avaliações, maiores  
2473 taxas de evasão e menor índice de conclusão. No entanto, ponderou que tais resultados não  
2474 derivavam exclusivamente da modalidade em si, mas da forma como fora historicamente  
2475 implementada. Defendeu que, em certos cursos e perfis de estudantes, a EaD poderia ser  
2476 eficaz e de qualidade. Afirmou que o novo decreto representava uma requalificação da  
2477 modalidade, com exigências mais rigorosas quanto à estrutura dos polos e sua avaliação pelo  
2478 INEP. As instituições que não cumprissem os requisitos poderiam ser penalizadas, inclusive  
2479 com fechamento de cursos. Reforçou ainda que o decreto não proibia a oferta presencial, mas  
2480 regulava a EaD de forma mais criteriosa. Enfatizou que a proposta do MEC para os cursos  
2481 semipresenciais buscava aliar a flexibilidade da EaD com a garantia de qualidade e acesso,  
2482 especialmente em regiões remotas, ou para trabalhadores em atividade. Afirmou que a política  
2483 pública demandava decisões complexas, que precisavam equilibrar o acesso à formação e a  
2484 garantia de qualidade. Observou que o decreto, ao estabelecer regras claras para a oferta de  
2485 cursos por modalidade, representava um avanço regulatório sem precedentes. Solicitou que os  
2486 cursos semipresenciais fossem analisados com base no novo marco normativo, e não a partir  
2487 da leitura anterior da EaD. Finalizando, reiterou que todo o conteúdo do debate seria levado  
2488 para o âmbito do MEC, reafirmando o compromisso do ministério com o diálogo e a escuta das  
2489 entidades representativas. Após essas falas, a Presidenta do CNS registrou os  
2490 encaminhamentos sugeridos pelo Plenário do CNS: **1)** recomposição da Comissão Nacional de  
2491 Residência Multiprofissional em Saúde, com ampla divulgação pública e revisão do processo  
2492 de trabalho; **2)** revisão crítica da apresentação sobre os cursos EaD da área da saúde,  
2493 especialmente Nutrição, vez que os dados apresentados não refletem a realidade; **3)** reafirmar  
2494 posição contrária à EaD na área da saúde, com base nos pareceres da Câmara de Regulação  
2495 do Trabalho e Saúde, caravanas e posicionamentos do CNS; **4)** solicitar posicionamento formal  
2496 da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas de Educação na Saúde/MS frente ao avanço da  
2497 EaD; **5)** defender a criação e a expansão de cursos presenciais na área da saúde; **6)** unificar a  
2498 manifestação contrária à EaD entre todas as entidades das profissões de saúde, por meio da  
2499 articulação conjunta com os fóruns; **7)** defender que todas as profissões de saúde, não apenas  
2500 as atualmente resguardadas pelos decretos, tenham formação 100% presencial, convivências  
2501 e práticas e integração profissional; **8)** apoiar a Nota Pública do FENTAS que manifesta  
2502 preocupação com o Decreto nº 12.456/2025; **9)** manifestar apoio irrestrito às propostas  
2503 legislativas ou normativas que impeçam a aplicação da EaD; **10)** reforçar a necessidade de  
2504 integração do MEC com o Ministério da Saúde, a fim de promover uma formação em saúde  
2505 alinhada com controle social do SUS e que todos os cursos da saúde sejam submetidos à  
2506 anuência prévia do CNS, entendendo que a formação em saúde deve ocorrer em articulação  
2507 direta com as normas regulatórias de educação e os princípios constitucionais do SUS); **11)**  
2508 revisão do Decreto nº 12.456/2025, com base nas deliberações do CNS; e **12)** considerando os  
2509 resultados de pesquisa publicados em jornal de grande circulação sobre os cursos de medicina  
2510 veterinária (100% com nota 2) e farmácia (55% com nota 2), solicitar a participação do controle  
2511 social da saúde no processo de fiscalização dos polos desses cursos e outras medidas  
2512 adotadas. Por fim, a coordenadora da CIRTES/CNS concluiu o debate agradecendo a  
2513 presença das pessoas convidadas, ressaltando a relevância do retorno da Comissão  
2514 Interministerial de Educação na Saúde, cuja reunião mais recente, voltada à avaliação do  
2515 ensino médico, contou com a participação do CNS e foi amplamente prestigiada. **ITEM 9 -**  
2516 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos**  
2517 **de Trabalho e Câmaras Técnicas. 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da**

2518 **Trabalhadora – 5ª CNSTT –** *Composição da mesa:* conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da  
2519 Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS.  
2520 **RECOMPOSIÇÃO DAS COMISSÕES INTERSETORIAIS – TRIÊNIO 2025-2028** - Definição  
2521 das coordenações das comissões – Conforme definido anteriormente, este ponto (item 7 da  
2522 pauta) foi debatido durante o ponto dos encaminhamentos. Os coordenadores deste ponto de  
2523 pauta apresentaram as indicações dos segmentos que compõem o CNS para as coordenações  
2524 das seguintes comissões: **1) Comissão Intersetorial de Atenção Básica à Saúde – CIABS.**  
2525 *Coordenação:* Heliana Hemetério dos Santos, (Rede Nacional de Lésbicas e Mulheres  
2526 Bissexuais Feministas Negras - Rede Candaces). *1ª Coordenação adjunta:* Márcia Cristina das  
2527 Dores Bandini (ABRASCO). *2ª Coordenação adjunta:* Francyslane Vitória da Silva (Coletivo  
2528 Nacional de Juventude Negra - Enegrecer). **2) Comissão Intersetorial de Alimentação e**  
2529 **Nutrição – CIAN.** *Coordenação:* conselheira Ruth Cavalcanti Guilherme (Associação Brasileira  
2530 de Nutrição – ASBRAN). *Coordenação Adjunta:* Camila de Lima Sarmento (Articulação  
2531 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde). **3) Comissão Intersetorial**  
2532 **de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV.** *Coordenação:* Vânia Lúcia Ferreira Leite  
2533 (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB). *1ª Coordenação Adjunta:* Walquiria Alves,  
2534 (ABRAZ). *2ª Coordenação adjunta:* Karina Zuge (Aliança Distrofia Brasil - ADB). **3) Comissão**  
2535 **Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD.** *Coordenação:*  
2536 Edna Aparecida Alegro (Federação Nacional das Associações Pestalozzi -  
2537 FENAPESTALOZZI). *Coordenação Adjunta:* Maria do Carmo Tourinho Ribeiro (ABRA). **4)**  
2538 **Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN.** *Coordenação:* Getúlio  
2539 Vargas (CONAM). *1ª Coordenação Adjunta:* André Luiz (CNBB). *2ª Coordenação adjunta:*  
2540 Mauri Bezerra dos Santos Filho (CNTSS). **5) Comissão Intersetorial de Políticas de**  
2541 **Promoção da Equidade – CIPPE.** *Coordenação:* Thiago Soares Leitão (RENAFRO). *1ª*  
2542 *Coordenação Adjunta:* Veridiana Ribeiro da Silva (CFF). *2ª Coordenação adjunta:* Michele  
2543 Seixas (ABL). **6) Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e**  
2544 **Complementares em Saúde – CIPPSPICS.** *Coordenação:* Abrahão Nunes da Silva (CMP). *1ª*  
2545 *Coordenação Adjunta:* Lucimary Santos Pinto, (CNTS). *2ª Coordenação adjunta:* Elgiane  
2546 Machado Lago (CTB). **7) Comissão Intersetorial de Relações do Trabalho e Educação em**  
2547 **Saúde - CIRTES.** *Coordenação:* Francisca Valda da Silva. *1ª Coordenação Adjunta:* João  
2548 Pedro Santos (ANPG). *2ª Coordenação adjunta:* Thiago Soares Leitão (RENAFRO). **8)**  
2549 **Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – CISB.** *Coordenação:* Anselmo Dantas, (FIO).  
2550 *Coordenação Adjunta:* Oldack Cezar Rocha Sucupira, (CUT). **9) Comissão Intersetorial de**  
2551 **Saúde da Mulher – CISMU.** *Coordenação:* Vanja Andréa Reis dos Santos (União Brasileira de  
2552 Mulheres – UBM). *1ª Coordenação Adjunta:* será indicado na próxima reunião. **10) Comissão**  
2553 **Intersetorial de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – CISTT.** *Coordenação:* Jacildo de  
2554 Siqueira Pinho (CONTRAF). *1ª Coordenação adjunta:* Eurídice Ferreira de Almeida  
2555 (FASUBRA). *2ª Coordenação adjunta:* João Donizeti Scaboli (FS). **11) Comissão Intersetorial**  
2556 **de Saúde Indígena (CISI).** *Coordenação:* Rildo Mendes (ARPINSUL). *1ª Coordenação adjunta:*  
2557 Vânia Lúcia Ferreira Leite (CNBB). *2ª Coordenação adjunta:* Haroldo de Carvalho Pontes  
2558 (FPCONDISI). **12) Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM.** *Coordenação:* Derivan  
2559 Brito da Silva (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO).  
2560 *Coordenação adjunta:* José Vanilson Torres da Silva (Movimento Nacional da População de  
2561 Rua). **13) Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).** *Coordenação:* Ana Lucia  
2562 Paduelo (SUPERANDO). *1ª Coordenação adjunta:* Anselmo Dantas (FIO). **14) Comissão**  
2563 **Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS.** *Coordenação:* Alex João Alves do Nascimento  
2564 Junior Gomes (PSN). *1ª Coordenação adjunta:* Elenilson Silva de Souza (MORHAN). *2ª*  
2565 *Coordenação adjunta:* Elenilson Silva de Souza. **15) Comissão Intersetorial de Educação**  
2566 **Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS.** *Coordenação:* Sueli Terezinha Goi  
2567 Barros. *1ª Coordenação adjunta:* Rosa Maria Anacleto (UNEGRO). *2ª Coordenação adjunta:*  
2568 Wilson Valério (CONAM). **16) Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência**  
2569 **Farmacêutica – CICTAF.** *Coordenação:* Débora Raymundo Melecchi (FENAFAR). *1ª*  
2570 *Coordenação adjunta:* Priscila Torres (Biored Brasil). *2ª Coordenação adjunta:* Eduardo Fróes  
2571 (ABRALE). **17) Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar – CISS.** *Coordenação:* Priscila  
2572 Torres (Biored Brasil). *1ª Coordenação adjunta:* Shirley Morales (FNE). **18) Comissão**  
2573 **Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias – CIASPP.** *Coordenação:*  
2574 Moyses Toniolo (RNP+Brasil). *1ª Coordenação adjunta:* Renata Soares de Souza (MNCP). *2ª*  
2575 *Coordenação adjunta:* Sylvia Elizabeth (Retina Brasil). Não havendo manifestações contrárias,  
2576 a mesa colocou as indicações em votação. **Deliberação: aprovadas, por unanimidade, as**  
2577 **indicações dos segmentos que compõem o CNS para as coordenações das comissões.**

2) **Apreciação da minuta de recomendação.** Recomenda a Revisão da Medida Provisória nº. 1.301, de 30 de maio de 2025, que institui o Programa Agora Tem Especialistas. Iniciando, conselheira **Priscila Torres da Silva** explicou que o ponto em debate referia-se à recomendação ao governo federal para revisão do texto da Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025, desdobramento do debate, ocorrido no primeiro dia de reunião, sobre o Programa “Agora tem Especialistas”. Recuperou que, ao final do referido debate, o Pleno do Conselho decidiu formar um pequeno grupo para debater a minuta de recomendação, elaborada pela Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar - CISS, e propor modificações no texto, caso fosse necessário. Para conhecimento, fez leitura da referida minuta e a seguir foi aberto espaço para manifestações do Pleno. No documento, o CNS recomenda ao Governo Federal a revisão do texto da MPV nº. 1.301, de 30 de maio de 2025, considerando os seguintes aspectos: 1) Não possibilidade de compensação com débitos próprios objeto de negociação de dívidas por operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde. 2) A não possibilidade de Renúncia de Créditos Tributários. 3) Inclusão de possibilidade de adesão ao programa por serviços dos Hospitais Universitários Públicos. 4) Implementação de mecanismos de auditoria com acesso transparente ao controle social. 5) Garantia de que os processos de interoperabilidade de que trata o programa estejam de acordo com a Lei Geral de Dados e que sejam vedadas compensações de crédito para empresas de tecnologia. 6) Garantia de implementação de estratégias de interface com a Atenção Primária à Saúde. 7) Inclusão de previsão de ampliação de residências em saúde (uni ou multiprofissional). 8) Inclusão de contratação de serviços de especialidades multiprofissionais. 9) Apresentação, no interstício do prazo de 5 (cinco) anos, proposto pelo programa, de mecanismos para retomada integral dos serviços de atenção especializada por equipamentos de saúde exclusivamente no âmbito do SUS, considerando a estruturação e ampliação da rede pública em conjunto com estados e municípios bem como estímulo à contratação direta e por concurso de todos os profissionais que compõem a equipe de saúde; que não realize regulamentação do Programa por instrumento legal frágil, como portarias ou notas técnicas, e sem a prévia apreciação do Conselho Nacional de Saúde, conforme estabelecido na Lei Complementar 141/2011; e que insira a Agência Nacional de Saúde Suplementar na discussão sobre a Regulamentação do Programa Agora Tem Especialista. Ao Congresso Nacional: que promova espaços de discussão sobre MPV nº. 1.301/2025 e seus impactos nas relações público-privadas, no âmbito do sistema de saúde, por meio de Audiência Pública. Aos Conselhos de Saúde: que incentivem espaços de diálogos sobre o Programa Agora Tem Especialistas, sob a perspectiva das relações público-privadas, por meio de reuniões, oficinas, seminários etc. Concluída a leitura, foi aberta a palavra para manifestações do Pleno do Conselho. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** iniciou destacando a densidade dos temas discutidos na reunião e a intensidade do trabalho, o que era positivo. Todavia, apesar de reconhecer a relevância do tema, ponderou que seria difícil emitir posição sobre uma nova recomendação apresentada naquele momento, sem debate com a direção do CONASS, entidade que representava no Conselho. Relatou ter feito um esforço para encaminhar a outra versão da recomendação, disponibilizada no dia anterior, tendo recebido posicionamento da entidade, mas alertou que a nova redação apresentada naquela plenária não havia sido debatida com sua instituição. Defendeu a necessidade de um diálogo mais aprofundado para exercer a representação com responsabilidade e manifestou preocupação com a votação naquele momento de uma recomendação de grande peso e importância. Conselheiro **Lucas Salvador Andrietta** manifestou-se na condição de coordenador da CISS/CNS, comissão responsável pela elaboração da proposta. Afirmou que, embora os prazos para discussão fossem curtos, o tema era de extrema complexidade e exigia uma posição sólida do Conselho. Reforçou o entendimento coletivo sobre o mérito do Programa, entendendo a necessidade de alternativas para ampliar o acesso à atenção especializada, mas sem desconsiderar os impactos de médio e longo prazo para o fortalecimento do SUS. Dada a relevância, relatou que a Comissão promoveu reunião com convidados externos e seus membros para debater o tema, e que o texto apresentado resultou desse processo coletivo de sistematização. Ressaltou que a proposta buscava oferecer uma contribuição técnica qualificada ao Plenário, e colocou-se à disposição para esclarecimentos, ajustes e aprimoramentos, inclusive diante do processo de tramitação legislativa e das dificuldades práticas que poderiam surgir. Em síntese, disse que a intenção da Comissão foi propor um documento para criar salvaguardas e garantias diante das preocupações históricas do Conselho com o SUS. Conselheira **Shirley Marshal Morales**, integrante da CISS/CNS, explicou que, como o debate da recomendação não havia ocorrido no momento da apresentação da pauta, desejava registrar algumas preocupações. Relatou que



2638 havia sido acordado, no primeiro dia de reunião, o encaminhamento de diálogo com os  
2639 proponentes das alterações na recomendação, o que levou à conversa com algumas pessoas  
2640 conselheiras e, posteriormente, a modificação do texto. Apontou que não houve consenso com  
2641 o governo federal sobre dois pontos, e, portanto, foram feitas duas mudanças na redação da  
2642 minuta: a não possibilidade de compensação com débitos próprios – cuja terminologia foi  
2643 alinhada à redação da Medida Provisória (a MPV causou mudanças na Lei Geral de Planos de  
2644 Saúde) – e a não possibilidade de renúncia de créditos tributários. Destacou que tais  
2645 alterações se deviam à urgência da tramitação, pois a MP estaria sobrestada no Congresso a  
2646 partir de 14 de julho, podendo ser votada até, no máximo, o mês de agosto. Advertiu sobre os  
2647 riscos de rompimento unilateral de contratos e sobre o possível impacto nos sistemas  
2648 estaduais e municipais com o retorno de usuários da saúde suplementar ao SUS. Sugeriu que,  
2649 mesmo com os ajustes propostos, caso o governo ainda não considerasse haver consenso,  
2650 fosse aberto debate para avaliação dos dissensos e votação um a um. Por fim, justificou que a  
2651 recomendação não foi enviada com antecedência a todas as pessoas conselheiras, porque a  
2652 pauta da reunião chegou a todos os integrantes do Conselho no dia 4 de junho e a Comissão  
2653 chamou reunião para o dia 6 para debater o tema e elaborar documento como subsídio ao  
2654 posicionamento do Conselho. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** reconheceu a  
2655 importância do trabalho da Comissão de sistematização de posicionamentos, mas declarou  
2656 discordância com grande parte dos pontos apresentados. Inclusive, relatou que a  
2657 representação do governo tentou, durante a reunião com o grupo de conselheiros, naquele dia,  
2658 apresentar contrapontos à minuta, mas não houve consenso. Considerou inviável discutir cada  
2659 ponto detalhadamente naquele momento, dado o caráter abrangente das questões envolvidas  
2660 e o pouco tempo disponível. Sendo assim, reiterou a proposta, feita no dia anterior, de  
2661 monitoramento contínuo do processo e defendeu a não votação da recomendação naquele  
2662 momento. Sugeriu que o Conselho tratasse o tema como pauta permanente, aprofundando,  
2663 ponto a ponto, as discussões sobre aspectos como a relação público-privado, troca de dívidas  
2664 por atendimento, e governança das agências reguladoras. afirmou que, nesse formato, seria  
2665 possível superar as críticas quanto à ausência de debate prévio da MP no Conselho, e garantir  
2666 um processo mais qualificado, compatível com a importância institucional do CNS. Conselheiro  
2667 **Carlos Alberto Duarte** declarou compreender as posições apresentadas e reforçou a  
2668 necessidade de aprofundamento do debate, criticando o não envio de programas e políticas  
2669 governamentais ao Conselho em tempo hábil para análise. Defendeu o papel das comissões  
2670 em subsidiar o Plenário, reconhecendo o esforço da CISS, responsável pela elaboração da  
2671 minuta e apoiando a posição da conselheira Shirley Marshall sobre votação dos dissensos.  
2672 Declarou que, embora não tivesse conseguido debater o Programa com sua entidade,  
2673 considerava importante valorizar o documento produzido coletivamente pela comissão. Diante  
2674 das falas, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** resumiu que havia duas propostas  
2675 para manifestação: manter ou retirar a recomendação da pauta. Confirmou que o texto fora  
2676 alterado em relação à versão disponibilizada no dia anterior, e que muitos conselheiros não  
2677 tiveram oportunidade de se inteirar das mudanças. Apontou que a representação do Ministério  
2678 da Saúde no CNS havia solicitado a retirada do texto para continuidade do diálogo. Em não  
2679 havendo consenso para a retirada do documento da pauta, disse que a mesa procederá à  
2680 votação dessa proposta. Em sendo aprovada a retirada, o documento poderia ser debatido nas  
2681 comissões e reapresentado na reunião de julho, evitando, inclusive, desgaste desnecessário.  
2682 Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** solicitou esclarecimentos sobre a proposta de  
2683 encaminhamento da mesa e foi esclarecida. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** questionou se  
2684 haveria tempo hábil para deliberar sobre o tema na próxima reunião do Conselho sem prejuízo,  
2685 ao que a coordenação da mesa respondeu positivamente. Conselheira **Shirley Marshal**  
2686 **Morales**, integrante da CISS/CNS, reiterou que a Comissão responsável por avaliar o mérito  
2687 era a CISS, uma vez que a MP tratava de questões da saúde suplementar e do setor privado.  
2688 Salientou ainda que a Medida já havia recebido 111 emendas parlamentares, cujo mérito era  
2689 contrário a deliberações do CNS, e alertou que a votação no Congresso poderia ocorrer a partir  
2690 de 14 de julho, reiterando a urgência da deliberação do Pleno do Conselho. Conselheiro  
2691 **Getúlio Vargas de Moura** acrescentou que a Mesa Diretora do CNS se reuniria nos dias 23 e  
2692 24 de junho, oportunidade em que poderiam ser chamados representantes da coordenação da  
2693 COFIN/CNS e da CISS/CNS para aprofundar o debate. Conselheiro **Derivan Brito da Silva**  
2694 apontou divergência nas informações sobre os prazos e reforçou o pedido de esclarecimento,  
2695 pois isso poderia interferir em seu voto. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** levantou a  
2696 mesma dúvida, acreditando que o prazo de votação da MP era de 60 dias, e solicitou  
2697 esclarecimentos. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** ponderou que o debate não deveria

2698 centrar-se apenas na MP, que era apenas um dos instrumentos legais envolvidos, e alertou  
2699 que outras medidas provisórias ou documentos poderiam ser emitidos futuramente. Propôs,  
2700 então, votar sobre a manutenção ou retirada do item da pauta, reforçando que a retirada  
2701 permitiria a construção de um texto mais consensual e adequado para apreciação na próxima  
2702 reunião do Conselho. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** perguntou se a mesa estava  
2703 garantindo que o debate poderia ser feito na próxima reunião, sem perder prazos. Conselheira  
2704 **Priscila Torres da Silva** explicou que os documentos enviados previamente às pessoas  
2705 conselheiras, que seriam objeto de deliberação nas reuniões plenárias, eram apreciadas pela  
2706 Mesa Diretora do CNS, em reunião. Reiterou que, ao ser retirado da pauta, o tema poderia ser  
2707 encaminhado à reunião da Mesa Diretora do CNS e, posteriormente, à reunião ordinária de  
2708 julho. Desse modo, consultou o Pleno do Conselho se poderia proceder à votação da proposta.  
2709 Conselheira **Shirley Marshal Morales** esclareceu que a garantia de apreciação na reunião  
2710 seguinte caberia apenas à governança da Mesa Diretora do Conselho e que a dúvida central  
2711 era se a MP já teria sido votada no Congresso até lá, o que poderia prejudicar a deliberação do  
2712 Conselho. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** respondeu que havia acompanhamento  
2713 técnico do processo legislativo e que o prazo da MP, incluindo prorrogação, permitiria a  
2714 discussão no próximo pleno do CNS. Reforçou que a proposta de retirada da minuta de  
2715 recomendação visava evitar prejuízos e ampliar o debate. Após essas falas, a mesa procedeu  
2716 à votação das duas propostas e o resultado foi o seguinte: **1) Adiar o debate e a votação da**  
2717 **minuta de recomendação para a próxima reunião do Conselho, no mês de julho. A**  
2718 **proposta recebeu 25 votos. 2) Manter o debate e votar a minuta de recomendação**  
2719 **naquela reunião. A proposta recebeu quatro votos. Três abstenções.** Após anunciar o  
2720 resultado da votação, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** acrescentou que a proposta do  
2721 Gabinete do Ministro da Saúde é debater, nas próximas cinco reuniões do Conselho, duas das  
2722 dez metas do Programa a cada plenária. Portanto, a sugestão seria levada à Mesa Diretora do  
2723 CNS para definição das próximas pautas do Conselho. Com o encerramento da votação,  
2724 conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** sugeriu que a definição dos demais  
2725 encaminhamentos ficasse sob a responsabilidade da Mesa Diretora do CNS. Com isso, a  
2726 coordenação encerrou a 367ª Reunião Ordinária do CNS. Por ausência de quórum, os demais  
2727 documentos deste ponto serão apreciados na próxima reunião do Conselho. Estiveram  
2728 presentes as seguintes pessoas conselheiras na tarde do segundo dia de reunião: nomes  
2729 serão incluídos.