



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 “Omilton 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 Omore**. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** registrou, com profundo pesar, o falecimento do ex-conselheiro Edmundo Omore, liderança do povo Xavante e ex-integrante da Mesa Diretora do CNS. Relatou que Omore, 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**, Secretaria 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**, Secretaria Executiva do CNS. Informou sobre a urgência no preenchimento do questionário, por parte dos conselheiros e das conselheiras, para garantir a participação como pessoa

58 delegada na 5<sup>a</sup> CNSTT. Explicou que, nos últimos dias, a equipe do CNS havia intensificado os  
59 esforços logísticos, sobretudo no que dizia respeito ao preenchimento do plano de voo e envio  
60 de documentação por parte dos delegados nacionais. Informou que, embora houvesse 96  
61 vagas previstas na Resolução nº 744/2024, apenas 54 conselheiros haviam confirmado  
62 presença. Reforçou que o preenchimento do formulário seria obrigatório e que, sem isso,  
63 haveria perda da vaga. Alertou sobre a necessidade do envio de RG e CPF e informou que o  
64 Ministério da Saúde seria responsável pelas despesas com deslocamento, hospedagem e  
65 alimentação. Finalizou solicitando empenho dos conselheiros no cumprimento dos prazos  
66 estabelecidos. **2)** Informe sobre a falta de fornecimento de fórmulas metabólicas para pacientes  
67 com fenilcetonúria. *Apresentação:* conselheira **Maria Cecília Oliveira** (AFAG). Explicou que a  
68 fenilcetonúria é uma doença metabólica hereditária diagnosticada no teste do pezinho e que  
69 exigia uma dieta altamente restritiva, baseada em fórmulas metabólicas específicas. Denunciou  
70 a falta de fornecimento fórmulas metabólicas para pacientes com fenilcetonúria em diversos  
71 estados e alertou para os graves riscos à saúde e ao desenvolvimento cognitivo dos pacientes.  
72 Destacou a proximidade do Dia Mundial da Fenilcetonúria (28 de junho) como marco de luta e  
73 solicitou ao CNS que intercedesse junto ao Ministério da Saúde para assegurar o fornecimento  
74 contínuo das fórmulas e a revisão do protocolo de tratamento, incluindo o acesso mais amplo à  
75 medicação apropriatina (Kuvan), atualmente restrita a mulheres com desejo reprodutivo. **4)**  
76 Informe sobre os Projetos “Participa Mais” e “VERSUS”. *Apresentação:* conselheira **Sueli**  
77 **Terezinha Goi Barrios** (Rede Unida), coordenadora da Comissão de Educação Permanente.  
78 Informou sobre o andamento do projeto Participa Mais, que previa a realização de 110 oficinas  
79 em todo o país. Explicou que a primeira havia ocorrido no Chuí (RS) e a última seria em  
80 Oiapoque (AP), em novembro. Reforçou a importância da participação das comissões e das  
81 pessoas conselheiras na proposição de rodas de conversa, conforme ocorrido na edição  
82 anterior. Em seguida, falou sobre o projeto Vivências e estágios na realidade do SUS -  
83 VERSUS, executado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida. Explicou que a  
84 iniciativa buscava levar estudantes de cursos técnicos e graduação, bem como residentes, a  
85 experiências imersivas nos territórios do SUS. Informou que a primeira etapa estava sendo  
86 concluída no Distrito Federal com a formação de 380 facilitadores e que a segunda etapa  
87 envolveria mais de sete mil estudantes. Solicitou o apoio do CNS para mobilizar instituições de  
88 ensino e serviços nos territórios para acolhimento dos participantes. **5)** Informe sobre o “Junho  
89 Vermelho”, campanha mundial que enfatiza a importância da doação de sangue.  
90 *Apresentação:* conselheira **Talita Garrido de Araújo** (ABRASTA). Ressaltou a importância da  
91 doação de sangue no contexto do Junho Vermelho e lembrou que o mês de junho era marcado  
92 pela campanha Junho Vermelho, voltada à conscientização sobre a doação de sangue. Citou  
93 dados da ONU que indicavam que apenas 2% da população brasileira doava sangue, número  
94 abaixo do necessário. Ressaltou o impacto desse déficit para pessoas com doenças crônicas,  
95 como a talassemia, que exigia transfusões frequentes. Denunciou o desmonte da rede de  
96 hemocentros, a falta de orçamento, de concursos públicos e a sobrecarga sobre os  
97 trabalhadores da área. Manifestou preocupação com possíveis retrocessos, como a proposta  
98 de PEC sobre o plasma. Defendeu campanhas permanentes de comunicação para incentivar a  
99 doação de sangue, destacando o papel da sociedade civil e do poder público. **6)** Informe sobre  
100 a participação no XV Congresso da Sociedade Brasileira de DST e HIV/Aids. *Apresentação:*  
101 conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** (Art Tb Br). Criticou o enfoque excessivamente  
102 biomédico do evento e apontou que as desigualdades sociais, embora mencionadas, não eram  
103 tratadas como questão central. Destacou que os fracassos no enfrentamento de doenças como  
104 sífilis, tuberculose e HIV/Aids eram frequentemente atribuídos às iniquidades, mas que essas  
105 iniquidades não vinham sendo efetivamente discutidas nem combatidas. Enfatizou a  
106 importância da atenção básica como principal porta de entrada para o SUS e cobrou maior  
107 compromisso da gestão pública com a estruturação dessa rede de cuidados. **7)** Informe sobre  
108 o Programa Maior Cuidado e distribuição de material informativo a respeito. *Apresentação:*  
109 conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** (CNBB). Compartilhou informações sobre o programa  
110 “Maior Cuidado”, desenvolvido pela Prefeitura de Belo Horizonte, destacando que a iniciativa  
111 oferecia cuidado domiciliar para pessoas idosas dependentes ou semidependentes e que  
112 visava apoiar as famílias e promover qualidade de vida. Reforçou a importância de iniciativas  
113 como essa diante do envelhecimento populacional e sugeriu que os conselheiros conhecessem  
114 melhor o programa e refletissem sobre sua possível replicação em outros. **8)** Informe sobre o  
115 XVI Fórum Nacional de Políticas de Saúde do Brasil e debate sobre doenças raras de forma  
116 desarticulada. *Apresentação:* conselheira **Karina Zuge** (Aliança Distrofia Brasil (ADB). Disse  
117 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

178 do meio ambiente. 2/jun. - Dia Mundial de Conscientização dos Transtornos Alimentares. 3/jun.  
179 - Dia da Conscientização contra a Obesidade Infantil. 4/jun. - Dia Mundial das Crianças Vítimas  
180 de Agressão. 5/jun. - Dia Mundial do Meio Ambiente. 6/jun. - Dia Nacional de Luta contra  
181 Queimaduras. 6/jun. - Dia Nacional do Teste do Pezinho. 7/jun. - Dia Mundial da Segurança  
182 Alimentar. 9/jun. - Dia da Imunização. 11/jun. - Dia do Educador Sanitário. 12/jun. - Dia Mundial  
183 de Luta contra o Trabalho Infantil. 12/jun. - Dia Nacional de Conscientização da Cardiopatia  
184 Congênita. 12/jun. - Dia dos Namorados. 13/jun. - Dia Internacional de Conscientização sobre o  
185 Albinismo. 13/jun. - Dia Global de Conscientização sobre o Câncer de Pele Não Melanoma.  
186 14/jun. - Dia Mundial do Doador de Sangue. 15/jun. - Dia Mundial de Combate à Violência  
187 contra a Pessoa Idosa. 18/jun. - Dia Mundial de Conscientização do Câncer de Rim. 19/jun. -  
188 Dia Mundial de Conscientização sobre a Doença Falciforme. 21/jun. - Dia Nacional de Controle  
189 da Asma. 21/jun. - Dia Mundial de Conscientização sobre a Esclerose Lateral Amiotrófica  
190 (ELA). 13/jun. a 29/jun. - Semana Mundial da Alergia. 24/jun. - Dia Nacional de  
191 Conscientização sobre a Fissura Labiopalatina. 24/jun. - Dia Mundial de Prevenção de Quedas.  
192 25/jun. - Dia Mundial do Vitiligo. 26/jun. - Dia Internacional sobre o Abuso e Tráfico Ilícito de  
193 Drogas. 26/jun. - Dia Internacional de Apoio às Vítimas da Tortura. 26/jun. - Dia Nacional do  
194 Diabetes. 27/jun. - Dia Internacional do Diabético. 28/jun. - Dia do orgulho LGBTQIA+. Inclusão:  
195 dia da Fenilcetonúria – 28 de junho. **INDICAÇÕES** - 1) Convite da Secretaria de Estado de  
196 Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), por meio da Gerência de Equidade em Saúde, para  
197 participar no II Encontro Estadual de Consultórios na Rua para O Painel Temático com as  
198 vivências e trajetórias no campo da "rualogia" e no controle social para enriquecimento da  
199 discussão e fortalecimento das políticas de saúde voltadas para as populações em situação de  
200 rua, na cidade de Campo Grande – MS, do dia 26 de junho de 2025. Campo Grande. *Indicação*  
201 (referendar): conselheiro José Vanilson Torres (MNPR) (Custéio do CNS). 2) Convite do  
202 Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, conforme deliberado na 211ª reunião da  
203 Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde (CNS), live sobre "Conferências Livres", no dia  
204 19 de maio de 2025. *Indicação (referendar)*: Conselheiro e integrante da Mesa Getúlio Vargas  
205 (CONAM) (remoto). 3) Convite do Conselho Estadual do Rio de Janeiro, para Reunião  
206 Extraordinária do Conselho Estadual, sobre a incorporação do INCA pelo Grupo Hospitalar  
207 Conceição (GHC), no dia 27 de maio de 2025, Híbrido. *Indicação (referendar)*: conselheiro  
208 Paulo Henrique Scrivano Garrido (ASFOP) (Reside no Rio); conselheira Fernanda Lou Sans  
209 Magano (FENAPSI), Presidente integrante da MD (remoto); e conselheiro Getúlio Vargas  
210 (CONAM), integrante da Mesa (remoto). 4) Convite do Cerimonial do Ministério das Mulheres,  
211 para representar o Conselho Nacional de Saúde, na Cerimônia de Transmissão de Cargo da  
212 Ministra de Estado das Mulheres, Márcia Lopes, dia 28 de maio de 2025. Brasília. *Indicação*  
213 (referendar): Conselheira e integrante da Mesa Cristiane Pereira dos Santos (MS) (Reside em  
214 Brasília). 5) Convite do Comitê Comunitário de Acompanhamento em Pesquisas sobre TB,  
215 conhecido como CCAP TB Brasil, compor a Mesa de Abertura do Seminário "Limites e  
216 Possibilidades de Acompanhamento Comunitário de Pesquisas em TB na América Latina", no  
217 dia 29 de maio de 2025. *Indicação (referendar)*: conselheiro Carlos Ebeling (ART TB BR)  
218 (remoto). 6) Convite do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, para participar da  
219 "Cerimônia de Lançamento de Programa do Ministério da Saúde" cujo objetivo é ampliar e  
220 acelerar o atendimento especializado da população no SUS, Assinatura de Atos e Inauguração  
221 de Aceleradores Lineares, para os Municípios de São Paulo/Hospital São Paulo/UNIFESP;  
222 Bauru/SP – Hospital Estadual de Bauru; Teresina/Piauí – Hospital Universitário da  
223 UFP/EBSERH; Rio de Janeiro/RJ – Hospital Federal do Andaraí; Piracicaba/SP – Santa Casa  
224 de Misericórdia de Piracicaba e Curitiba/PR – Hospital Erasto Gaertner, no dia 30 de maio de  
225 2025. *Indicação (referendar)*: Brasília – Fernanda Magano (FENAPSI) Estava em Brasília; Rio  
226 de Janeiro/RJ – Paulo Garrido (ASFOP) reside no Rio; São Paulo – Priscila Torres (Biored  
227 Brasil) reside em São Paulo; e Curitiba – Heliana Hemetério (CANDACES BR) – Reside em  
228 Cutitiba. 7) Convite da Diretoria - Departamento de HIV, Aids, TB, HV e IST, para compor a  
229 Mesa de Abertura na "6ª Reunião da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em  
230 HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – CAMS", no  
231 dia 30 de maio de 2025. *Indicação (referendar)*: conselheiro Thiago Doté (RENAFRO) (custeio  
232 DATHI). 8) Convite da Mostra sobre Saúde da população Negra, com a ENSP/FIOCRUZ, UFRJ  
233 Ministério da Saúde (SEMS-RJ), SES RJ, Superintendente de Atenção Psicossocial e  
234 Populações em Situação de Vulnerabilidade (SES-RJ/SAPV), COSEMS-RJ e Associação  
235 Estadual das Comunidades Quilombolas (ACQUILERJ), para participar da Mostra "Boas  
236 Práticas dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro na Implementação da Política Nacional de  
237 Saúde Integral da População Negra – Edição 2025", no dia 03 de junho de 2025, Rio de

238 Janeiro/RJ. *Indicação (referendar)*: conselheira Michele Seixas de Oliveira (ABL) (reside no  
239 Rio). **9)** Convite do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria-geral da Presidência da  
240 República e com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para o Seminário "Justiça Climática e  
241 Saúde nas Periferias", a ser realizado em alusão ao Dia Mundial do Meio Ambiente, no dia 5 de  
242 junho de 2025, Híbrido. *Indicação (referendar)*: conselheiro e integrante da Mesa Getúlio  
243 Vargas (CONAM) (remoto). **10)** Convite da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas no  
244 Congresso SBAC 2025, para participar da Mesa Redonda sobre a Política Nacional de  
245 Diagnóstico Laboratorial (PN DL), como debatedor na Mesa-redonda intitulada "A Política  
246 Nacional de Diagnóstico Laboratorial (PN DL): Construção coletiva e os caminhos para sua  
247 efetivação como política pública no SUS", a ser realizada no dia 15 de junho de 2025,  
248 Campinas/SP. *Indicação (referendar)*: conselheira Débora Melecchi, coordenadora CICTAF  
249 (FENAFAR) (custeio SBAC). **11)** Convite do Conselho Distrital de Saúde Indígena Interior Sul –  
250 CONDISI/ISUL, do estado do Rio Grande do Sul, para participar da Reunião Ordinária do  
251 CONDISI/ISUL de 2025, no período de 24 a 27 de junho de 2025, na cidade de Porto  
252 Alegre/RS. *Indicação (referendar)*: conselheiro Rildo Mendes (ARPIN-SUL), coordenador da  
253 CISI (custeio CNS). **12)** Convite da Universidade federal de Ponta Grossa, Universidade do  
254 Paraná, ProfSaúde e Abratecom, para participar do lançamento do Guia Prático de  
255 Implantação da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na Atenção Primária à Saúde (APS), no  
256 dia 1º de julho de 2025. *Indicação (referendar)*: conselheira Elgiane Lago (CTB), coordenadora  
257 CIPPSPICS (remoto). **Atividade internacional - 13)** Convite do Cerimonial do Gabinete do  
258 Ministro da Saúde para compor a Delegação Brasileira para a Reunião Ordinária presencial do  
259 Comitê Coordenador da Reunião de Ministros da Saúde do MERCOSUL, no dia 13 de junho de  
260 2025, para a Reunião de Ministros da Saúde, na Argentina. *Indicação (referendar)*: Conselheira  
261 Vânia Leite (CNBB), integrante da Mesa Diretora. (Custeio CNS). *Atividades da Mesa Diretora*  
262 *do Conselho Nacional de Saúde.* **14)** Convite do CONASEMS, para as atividades do XXXVIII  
263 Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, em Belo Horizonte  
264 MG. *Indicação (referendar)*: Conselheira Fernanda Magano (FENAPSI), Presidenta do CNS.  
265 **15)** Participar na Mesa de Abertura Oficial no dia 16 de junho de 2025, e na qualidade de  
266 palestrante, do Seminário "Ser Gestor - Modelo de Atenção", com o tema "Modelos de Atenção  
267 à Saúde no SUS Municipal: Integração de Serviços, Redes e Estratégias no Território", no dia  
268 17 de junho 2025. *Indicação (referendar)*: Conselheira Priscila Torres (BIORED), integrante da  
269 Mesa Diretora. **16)** Participar na qualidade de palestrante, do Seminário "Ser Gestor - Modelo  
270 de Atenção", com o tema "Modelos de Atenção à Saúde no SUS Municipal: Integração de  
271 Serviços, Redes e Estratégias no Território", no dia 17 de junho de 2025. *Indicação*  
272 *(referendar)*: Conselheira Vânia Leite (CNBB), integrante da Mesa Diretora. **17)** Para participar  
273 na qualidade de debatedora, do Seminário "Ser Gestor - Redes atenção à saúde", no dia 18 de  
274 junho de 2025. *Indicação (referendar)*: conselheira Francisca Valda (ABEn), integrante da Mesa  
275 Diretora. *Comissões Externas - 18)* Convite da Comissão Própria de Avaliação (CPA) da  
276 Fiocruz, conforme decisão da 211ª Mesa Diretora, para integrar a Comissão Própria de  
277 Avaliação (CPA) como membro da sociedade civil. *Indicação (referendar)*: conselheira  
278 Francisca Valda da Silva (ABEn), integrante da MD. **19)** Convite da Secretaria de Gestão do  
279 Trabalho e da Educação na Saúde, para a Reunião da Subcomissão de Avaliação dos Cursos  
280 de Medicina, no dia 28 de maio de 2025, e indicação dos representantes para composição da  
281 Subcomissão de Avaliação dos Cursos de Medicina, com acompanhamento da SGTES/MS.  
282 *Indicação (referendar)*: titular: Francisca Valda da Silva (ABEn); e suplente: João Pedro  
283 Santos (ANPG). **20)** Convite da Coordenação-Geral de Preparação para as Emergências em  
284 Saúde Pública do Departamento de Emergências em Saúde Pública, da SVSA, para compor o  
285 Grupo de Trabalho Calor Extremo, no âmbito do Programa Vigilância em Saúde dos Riscos  
286 Associados aos Desastres (Vigidesastres), e resposta à saúde em situações de calor extremo  
287 com o objetivo a elaboração das Diretrizes Nacionais para ações de preparação vigilância e  
288 resposta à saúde em situações de calor extremo. *Indicação (referendar)*:  
289 representante: Francisco Marcelino Rogério Filho (FBH). **Deliberação: as indicações foram**  
290 **referendadas.** **RELATÓRIO DA MESA DIRETORA** – atividades do mês de abril e maio de  
291 2025. CNS em Movimento: Fortalecimento da Participação Social em Saúde na CPLP. CNS  
292 participa de missão em São Tomé e Príncipe | 15 a 19 de abril de 2025. O CNS integrou a  
293 delegação brasileira na 7ª Reunião de Ministros da Saúde da Comunidade dos Países de  
294 Língua Portuguesa (CPLP). A conselheira Heliana Hemetério, integrante da Mesa Diretora,  
295 representou o Conselho na missão. Participação do CNS no VII Congresso Brasileiro de  
296 Psicologia da Saúde, em São Paulo/SP, de 1º a 3 de maio de 2025. A presidente do CNS,  
297 Fernanda Magano, participou da mesa de abertura do Congresso, realizado na UNIP

298 Indianópolis. O tema central foi: “Inovações e desafios na promoção da saúde: enfrentamento  
299 das desigualdades e das emergências em saúde pública”. CNS participa de audiência pública  
300 promovida pelo MPF sobre a revogação da Lei de Alienação Parental (Lei nº 12.318/2010), em  
301 5 de maio de 2025. A presidente Fernanda Magano foi uma das debatedoras convidadas e  
302 reafirmou o posicionamento do colegiado pela revogação da norma, destacando a fragilidade  
303 do conceito de alienação parental e a centralidade dos direitos de crianças e adolescentes. A  
304 conselheira Sibele de Lima também participou, junto a representantes do CFESS e da  
305 sociedade civil, que denunciaram a ausência de participação social na formulação da norma.  
306 Reunião com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS, em 7 de maio de 2025. A  
307 Mesa Diretora do CNS se reuniu com a nova secretária de Atenção Primária à Saúde, Ana  
308 Luiza Caldas, em Brasília/DF. O encontro teve como objetivo alinhar demandas entre a SAPS e  
309 o CNS, com destaque para a recomposição das representações da secretaria nas comissões  
310 intersetoriais que tratam de temas como Atenção Básica, Promoção da Equidade, Ciclos de  
311 Vida, Alimentação e Nutrição. CNS em Movimento: Alinhamento com a Secretaria-Executiva  
312 do MS. Reunião com a SE/MS, em 7 de maio de 2025. Em continuidade à agenda de  
313 articulação institucional, a Mesa Diretora do CNS se reuniu com o novo secretário-executivo do  
314 Ministério da Saúde, Adriano Massuda. A presidente do CNS Fernanda Magano apresentou  
315 pautas prioritárias como: criação de Conselhos Locais de Saúde; Plataforma tecnológica para o  
316 controle social; planejamento da 18ª Conferência Nacional de Saúde; e encaminhamentos da  
317 5ª CNSTT. Também no dia 7 de maio, o CNS participou da mesa de abertura do lançamento  
318 do projeto Territórios Saudáveis e Sustentáveis na Promoção do Cuidado, realizado pela  
319 Fiocruz Brasília em parceria com o Ministério da Saúde. Representando o CNS, a conselheira  
320 Fransyclane Vitória celebrou o compromisso da Fiocruz com a formação crítica e a ampliação  
321 da democracia participativa. Nos dias 7 e 8 de maio, o CNS marcou presença no Seminário  
322 Nacional de Tuberculose em Pessoas Privadas de Liberdade, promovido pelo Ministério da  
323 Saúde. O conselheiro Carlos Ebeling representou o CNS na mesa de abertura do evento, que  
324 reuniu profissionais de saúde, especialistas, gestores públicos e representantes do sistema  
325 penitenciário para fortalecer ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose no  
326 sistema prisional. No dia 12 de maio, o CNS realizou oficina para qualificar a avaliação do  
327 Relatório Anual de Gestão - RAG 2024. A Mesa Diretora do CNS reuniu-se com a secretária de  
328 Vigilância em Saúde e Ambiente, Mariângela Simão, e com a diretora do Departamento de  
329 Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Agnes da Silva. O encontro deu  
330 continuidade à agenda de alinhamento institucional com o Ministério da Saúde, com foco na  
331 aproximação da 5ª CNSTT (agendada para 18 a 21 de agosto de 2025), que traz como tema  
332 “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano”. A CIASPP/CNS realizou o 2º  
333 Seminário Nacional de Doenças Raras | 13 e 14 de maio de 2025 – Brasília/DF. A presidente  
334 do CNS, Fernanda Magano, participou da mesa de abertura, reafirmando a importância de  
335 fortalecer o controle social no enfrentamento das desigualdades que atingem essa população.  
336 Reunião com a secretária de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde - SEIDIGI, no  
337 dia 15 de maio. Durante a reunião da Mesa Diretora, foi realizada uma agenda com a  
338 secretária da SEIDIGI/MS, Ana Estela Haddad. A reunião debateu o fortalecimento da Câmara  
339 Técnica de Saúde Digital, o aprimoramento do sistema de conferências e o desenvolvimento  
340 de plataformas digitais para apoiar as comissões do CNS. CNS em Movimento: Série de Lives  
341 “Por que Conferências?” – Conferências Livres de Assistência Social. No dia 19 de maio, o  
342 conselheiro e membro da Mesa Diretora do CNS, Getúlio Vargas Júnior, representou o CNS na  
343 quarta live da série “Por que Conferências?”, promovida pelo Conselho Nacional de Assistência  
344 Social (CNAS), com foco nas Conferências Livres de Assistência Social. CNS em Movimento:  
345 Participação Social como Pauta Global. O CNS integrou a delegação oficial brasileira na 78ª  
346 Assembleia Mundial da Saúde (AMS/OMS), em Genebra – Suíça, de 19 a 23 de maio de 2025,  
347 reafirmando a participação social como pilar da democracia sanitária. A presidente Fernanda  
348 Magano levou à Assembleia a experiência brasileira de Controle Social no SUS, considerada  
349 referência mundial, e participou da mesa ministerial “Avançando rumo a uma tomada de  
350 decisão mais aberta e inclusiva para a saúde”. No dia 21 de maio, a conselheira e integrante da  
351 Mesa Diretora Priscila Torres representou o CNS na mesa-redonda internacional promovida  
352 pela *Global Alliance for Patient Access (GAfPA)*, em Genebra, paralelamente à 78ª Assembleia  
353 Mundial da Saúde. Missão Xavante: Condições de Saúde e Direitos em Barra do Garças (MT).  
354 Também entre os dias 19 e 23 de maio, um GT do CNS visitou aldeias Xavante em Barra do  
355 Garças (MT), com acompanhamento da Sesai/MS. A missão constatou graves violações de  
356 direitos: desnutrição, mortalidade infantil, falta de vacinas, precariedade no transporte e  
357 ausência de água potável. O GT irá elaborar um relatório para apreciação da Mesa Diretora.

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

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

538 atribuía 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 agravia 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

598 lado de outro colega, integrava a pequena equipe da SVSA dedicada à pauta migratória, e que  
599 aquele era o primeiro momento em que o tema da Política Nacional de Atenção Integral à  
600 Saúde das Populações Migrantes, Refugiadas e Apátridas era formalmente apresentado ao  
601 Pleno. Informou que a política encontrava-se em fase de construção, com participação ativa do  
602 Conselho e de organizações da sociedade civil, e que em breve a minuta seria submetida à  
603 análise do colegiado. Em sua fala, buscou esclarecer definições técnicas importantes,  
604 diferenciando migrantes internacionais, refugiados, apátridas, repatriados, retornados e  
605 residentes fronteiriços. Apontou que o uso do termo “deportado” vinha sendo evitado, por sua  
606 conotação estigmatizante. Destacou a relevância de considerar os residentes fronteiriços que,  
607 mesmo vivendo em países vizinhos, cruzam diariamente a fronteira para acessar serviços do  
608 SUS, fenômeno que denominou de “milagre do SUS”. Apresentou dados que estimavam entre  
609 1,5 a 2 milhões o número de migrantes internacionais residentes no Brasil em 2024, sendo 450  
610 mil solicitantes de refúgio desde 2010, dos quais 146 mil foram reconhecidos como refugiados.  
611 Salientou que, embora expressivos, esses números representavam menos de 1% da  
612 população brasileira, o que evidenciava a infundada associação entre imigração e perda de  
613 empregos. Ao tratar das vulnerabilidades em saúde, destacou que as pessoas migrantes  
614 estavam expostas a riscos antes, durante e após o processo migratório, com maior gravidade  
615 entre os deslocados forçados. Enumerou dificuldades enfrentadas, como ocupações precárias,  
616 barreiras linguísticas e ausência de políticas públicas, e elencou agravos prioritários  
617 identificados pela SVSA: tuberculose, HIV/AIDS, hipertensão, diabetes, transtornos mentais,  
618 estresse pós-traumático e violência sexual, esta última apontada como recorrente. Indicou que  
619 grupos específicos como crianças, idosos, mulheres, população LGBTQIA+ e indígenas  
620 migrantes demandavam atenção especial. Recordou que, desde a Lei nº. 8.080/1990, o Brasil  
621 assegurava acesso universal e gratuito à saúde para migrantes internacionais. Informou que,  
622 em 2023, a SVSA havia criado uma assessoria especializada em migração, o que permitira  
623 ampliar sua atuação interministerial, especialmente em temas como repatriações e a Operação  
624 Acolhida em Roraima. Relatou ações estratégicas, como apoio à repatriação de brasileiros de  
625 regiões em conflito (Gaza, Israel, Líbano e Estados Unidos), acompanhamento de migrantes  
626 inadmitidos no aeroporto de Guarulhos e recepção humanizada de repatriados. Destacou a  
627 iniciativa de tradução de materiais informativos, inclusive durante a pandemia de COVID-19,  
628 com conteúdos disponibilizados em diversos idiomas (como árabe, hebraico, mandarim,  
629 espanhol, francês e inglês). Informou que a equipe também realizava análises de dados e  
630 propunha ajustes nos sistemas de informação para viabilizar cálculos de taxas e coeficientes,  
631 substituindo indicadores absolutos. Em relação à construção da política nacional, relatou que o  
632 Grupo de Trabalho - GT Migrações fora instituído em 2023 e teve como ponto de partida uma  
633 minuta elaborada pela Frente Nacional de Saúde das Populações Migrantes, que reunia mais  
634 de vinte organizações da sociedade civil. Esclareceu que, apesar de a portaria inicial não  
635 prever assentos para movimentos sociais, uma nova versão fora publicada garantindo cinco  
636 vagas para organizações da sociedade civil. Informou que, até o momento, haviam sido  
637 realizadas mais de 25 reuniões do GT, bem como oficinas presenciais em estados com grande  
638 concentração de migrantes, como São Paulo, e participação em conferências nacionais.  
639 Destacou a metodologia de escuta qualificada por meio de formulários multilíngues e o  
640 mapeamento de 77 organizações atuantes na área, muitas delas geridas por pessoas  
641 migrantes. Abordou também a atuação na Operação Acolhida, destacando a participação do  
642 Ministério da Saúde em subcomitês como o SUFAST (Saúde) e o SOFI (intersetorial). Informou  
643 que seriam implementadas três equipes de Saúde da Família em Roraima, com atuação em  
644 abrigos e na maior sala de vacinação da América Latina, localizada em Pacaraima,  
645 responsável por aplicar até 300 doses diárias. Finalizou compartilhando a experiência de  
646 acolhimento a brasileiros repatriados em Minas Gerais e no Ceará, destacando o caráter  
647 humanitário da ação diante das violações de direitos vivenciadas por essas pessoas. Reforçou  
648 que todos, independentemente de nacionalidade ou condição migratória, tinham direito ao  
649 acesso à saúde, e defendeu que o tema permanecesse como pauta permanente no âmbito do  
650 Conselho Nacional de Saúde. Colocou-se à disposição do Colegiado e reiterou o compromisso  
651 da SVSA com a construção de uma política de saúde equitativa, inclusiva e centrada nos  
652 direitos humanos das populações migrantes, refugiadas e apátridas. Concluídas as  
653 apresentações, foi aberto o debate sobre o tema. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**  
654 iniciou sua fala parabenizando a Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde do CNS pela  
655 condução do tema e pelo protagonismo na construção de políticas públicas. Ressaltou que,  
656 embora haja avanços na formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde, o desafio  
657 principal ainda residia na sua implementação prática. Destacou que, paradoxalmente, a área

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

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

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

838 1988 e na Lei nº 8.080/90, que em seu artigo 6º já reconhecia a assistência farmacêutica como  
839 componente da assistência terapêutica integral. Mencionou antecedentes relevantes, como a  
840 Lei Elisy Chaves (1923), a criação e extinção da SEMI (1971), a Política Nacional de  
841 Medicamentos (1998), e os embates em torno da Lei de Patentes (1996), da Lei dos Genéricos  
842 (1999) e da criação da Anvisa. Relembrou a importância da CPI dos Medicamentos no ano  
843 2000 como marco político para o avanço do tema no Congresso Nacional, e enfatizou o papel  
844 do CNS na convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência  
845 Farmacêutica, realizada em setembro de 2003, com ampla participação social. Explicou que,  
846 diante da grande quantidade de propostas, parte das deliberações fora remetida ao CNS, que  
847 aprovou, em maio de 2004, a resolução que instituiu a PNAF. Enfatizou que a política definira  
848 conceitualmente o que era assistência farmacêutica e atenção farmacêutica, valorizando o  
849 trabalho multiprofissional e integrando a assistência farmacêutica às demais políticas públicas  
850 de saúde. Destacou que a PNAF também deveria exercer papel indutor e articulador junto a  
851 políticas de ciência e tecnologia, recursos humanos e medicamentos. Apresentou os treze  
852 eixos estratégicos da política, reiterando que a efetivação desses eixos dependia de articulação  
853 federativa, planejamento e compromisso do controle social. Afirmou que, embora ainda não  
854 concluída, a trajetória da PNAF resultara em avanços significativos. Entre os principais marcos  
855 institucionais, destacou a criação e estruturação do DAF em 2003, a recente incorporação da  
856 área de oncologia ao Departamento, e os componentes básico, estratégico, especializado e do  
857 Programa Farmácia Popular. Reiterou que o DAF possuía a atribuição de formular, coordenar,  
858 monitorar e avaliar as políticas de assistência farmacêutica e de medicamentos. Apresentou  
859 dados orçamentários que demonstravam o crescimento expressivo dos investimentos em  
860 assistência farmacêutica, especialmente nos últimos dois anos, representando cerca de 10%  
861 do orçamento do Ministério da Saúde. Alertou que a assistência farmacêutica não se resumia à  
862 entrega de medicamentos, mas exigia estrutura, qualificação, articulação federativa e  
863 valorização dos profissionais farmacêuticos enquanto trabalhadores da saúde. Destacou ações  
864 relevantes, como o Qualifar-SUS, o fortalecimento do uso racional de medicamentos, a  
865 pactuação da política de cuidado farmacêutico na CIT, e a retomada do Comitê Nacional de  
866 Plantas Medicinais e Fitoterápicos, extinto na gestão anterior. Ressaltou que essa era uma das  
867 prioridades da atual gestão e que os investimentos nessa área haviam sido um dos que mais  
868 avançaram proporcionalmente. Por fim, mencionou a publicação do documento "Direito à  
869 Assistência Farmacêutica: protagonismo do controle social", elaborado com apoio do CNS,  
870 como importante diretriz para a ação dos conselhos. Concluiu afirmando que a assistência  
871 farmacêutica era um patrimônio conquistado pela sociedade, que deveria ser monitorado,  
872 criticado, aperfeiçoado e valorizado. Agradeceu pela atenção e homenageou diversas  
873 lideranças históricas do campo, como Clair Castilho, Silvana Nair Leite, Ronald Ferreira dos  
874 Santos, Luís Costa e Norberto Reque. Após essas considerações iniciais, foi reproduzido  
875 documentário em comemoração aos 20 anos da PNAF. Na sequência, conselheira **Débora**  
876 **Melecchi**, coordenadora da CICTAF/CNS, iniciou sua manifestação saudando os presentes e  
877 afirmindo que celebrar os 20 anos da PNAF significava também celebrar a democracia  
878 participativa no Brasil. Enfatizou que se tratava de uma política construída a muitas mãos, com  
879 significados diversos e impactos reais na vida do povo brasileiro. Destacou que o documentário  
880 apresentado na ocasião, bem como a composição plural da mesa, expressavam a  
881 profundidade dessa política. Afirmou que a PNAF teve origem nos debates da década de 1990,  
882 com protagonismo da classe trabalhadora e, em especial, da categoria farmacêutica, sendo  
883 construída de forma multidisciplinar e por meio do controle social do SUS. Ressaltou que se  
884 tratava de uma política estratégica, articulada a outras políticas públicas, como ciência e  
885 tecnologia, com repercussão direta na qualidade de vida da população. Considerou que o  
886 documentário trazia inúmeros elementos para reflexão e compreensão da PNAF como um  
887 direito de cada cidadão e cidadã, sendo parte integrante do SUS e, portanto, um instrumento  
888 de fortalecimento do sistema público de saúde. Finalizou conclamando os presentes a levarem  
889 o documentário para todo o país, promovendo o debate sobre a assistência farmacêutica em  
890 todos os territórios, especialmente no contexto do terceiro governo Lula e da retomada do  
891 Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Em seguida, a conselheira **Silvana Nair Leite**  
892 **Contezini**, representante da CICTAF e da Escola Nacional dos Farmacêuticos, relatou que sua  
893 participação na mesa decorreu do convite do Departamento de Assistência Farmacêutica para  
894 coordenar a produção de um material que marcassem os 20 anos da política. Explicou que,  
895 diante do desafio, optaram pela produção de um documentário com caráter perene e ampla  
896 difusão, em vez de eventos pontuais ou ações restritas à categoria farmacêutica. Destacou que  
897 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 ocorreu 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

1078 iminente incorporação da formulação pediátrica. Reforçou a ideia de que a assistência  
1079 farmacêutica era elemento estruturante do SUS e que as políticas de saúde precisavam estar  
1080 orientadas por ela. Concluiu afirmando que o direito à saúde somente se sustentaria por meio  
1081 da luta permanente, parabenizando o CNS e convocando todas as pessoas à defesa da  
1082 democracia e das conquistas sociais no governo do Presidente Lula e sob a liderança do  
1083 Ministro Padilha. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi**, coordenadora da CICTAF/CNS,  
1084 agradeceu a participação de todas as pessoas conselheiras, observando que o engajamento  
1085 demonstrado refletia a relevância da PNAF no âmbito do controle social. Ressaltou que, na  
1086 condição de conselheira nacional e farmacêutica, mantinha-se à disposição para contribuir com  
1087 as pautas relacionadas à assistência farmacêutica, reforçando o papel da Comissão como  
1088 espaço de articulação e diálogo permanente com o Plenário. Conselheira **Silvana Nair Leite**,  
1089 da Escola Nacional dos Farmacêuticos, expressou sua alegria ao perceber, por meio das  
1090 reações, o quanto os profissionais de saúde e os usuários se identificaram com o conteúdo do  
1091 documentário. Considerou que esse reconhecimento demonstrava o impacto real da  
1092 assistência farmacêutica na vida das pessoas. Destacou que, além de denunciar falhas e  
1093 omissões, o controle social também deveria valorizar os êxitos e as boas práticas do SUS, pois  
1094 funcionavam como sustento às políticas públicas e possibilitavam a continuidade. Enfatizou  
1095 que políticas como a PNAF exigiam alto investimento e, por isso, precisavam ser defendidas e  
1096 replicadas. Defendeu que as experiências exitosas fossem conhecidas e utilizadas como  
1097 modelo para que a população pudesse reivindicar seus direitos de forma qualificada. Convidou  
1098 todas as pessoas a divulgarem amplamente o documentário como instrumento de  
1099 sensibilização, formação e mobilização social. A cineasta **Ana Petta**, diretora do documentário  
1100 comemorativo, agradeceu emocionada pela oportunidade de participar daquele momento e  
1101 destacou a importância da sensibilidade e do olhar atento da conselheira Ana Estela Haddad,  
1102 sua amiga e apoiadora do projeto. Declarou sentir-se honrada em poder contribuir com a  
1103 defesa do SUS por meio da arte e reforçou que seu trabalho buscava não apenas explicar  
1104 racionalmente a importância do sistema público de saúde, mas fazer com que as pessoas  
1105 sentissem, de forma sensível e emocional, o que significava ser cuidado e ter um sistema que  
1106 cuida das pessoas. Agradeceu à equipe que colaborou na realização do documentário e  
1107 destacou a relevância do momento histórico ali vivenciado. Conselheiro **Getúlio Vargas de**  
1108 **Moura**, integrante da Mesa Diretora do CNS, agradeceu a todas pessoas convidadas pela  
1109 participação e considerou que o debate realizado fora de grande importância. Informou que a  
1110 maioria das propostas apresentadas ao longo da discussão seria encaminhada à CICTAF/CNS  
1111 para avaliação sobre eventual conversão em documentos. **Destacou dois encaminhamentos**  
1112 **concretos: 1) envio do link do documentário à rede de conselhos de saúde, para ampla**  
1113 **divulgação nos territórios; e 2) articulação com a TV SUS e o Canal Saúde da Fiocruz**  
1114 **para inclusão do documentário na programação regular, de modo que possa ser exibido**  
1115 **em salas de espera e demais espaços de atendimento do SUS.** Fechou este ponto,  
1116 reiterando que o debate havia cumprido seu papel ao reafirmar a assistência farmacêutica  
1117 como direito, política pública essencial e parte estruturante do SUS. **ITEM 5 – PROGRAMA**  
1118 **AGORA TEM ESPECIALISTAS - Apresentação: Rodrigo Alves Torres de Oliveira**, diretor de  
1119 Programa da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES/MS. **Coordenação:**  
1120 conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres**  
1121 **da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Priscila Torres da Silva** registrou a  
1122 importância do tema para debate do Plenário e deu as boas-vindas ao convidado, procedendo  
1123 à leitura de seu currículo. Na sequência, conselheira **Fernanda Magano**, Presidenta do CNS,  
1124 fez uso da palavra para contextualizar o debate. Destacou que o tema do Programa “Agora  
1125 Tem Especialistas” se mostrava **candente** e de alta relevância, especialmente em razão de seu  
1126 lançamento recente, com ampla repercussão pública e política, incluindo manifestação direta  
1127 do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva. Considerou que o programa apresentava  
1128 forte impacto na estruturação do SUS, notadamente no que tange à ampliação da oferta de  
1129 atendimento especializado, à redução de filas e ao acesso com qualidade e agilidade para a  
1130 população. Agradeceu ao convidado Rodrigo Alves, diretor do programa, e também à  
1131 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES/MS e ao Secretário Mozart Sales, pelo  
1132 trabalho de formulação e condução técnica da iniciativa. Finalizou reiterando a importância de  
1133 que todos os elementos envolvidos no tema fossem trazidos à discussão, uma vez que o  
1134 programa apresentava uma nova dimensão da política de saúde especializada no país e  
1135 convidou o diretor para iniciar sua apresentação. O diretor **Rodrigo Alves Torres de Oliveira**  
1136 iniciou sua exposição manifestando alegria por estar presente na reunião do CNS,  
1137 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 resarcimento 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 telesaúde, ressaltando seu papel como  
1227 solução organizadora do cuidado, principalmente em locais de difícil acesso. Ressaltou que,  
1228 embora a telesaúde 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: 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 telesaúde 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 substituía 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

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

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

1678 com um excedente de R\$ 1,4 bilhão. Observou, ainda, que esse valor incluía R\$ 10,6 bilhões  
1679 relativos às despesas com o Piso da Enfermagem. Sobre a compensação dos Restos a Pagar  
1680 cancelados em 2023, destacou que o total foi de R\$ 2,527 bilhões. Detalhou que o valor  
1681 efetivamente compensado em 2024 foi de R\$ 2,476 bilhões, o que gerou uma insuficiência de  
1682 R\$ 51 milhões frente à compensação formal esperada. Contudo, do ponto de vista da aplicação  
1683 real de recursos acima do piso, considerou-se que houve compensação "de fato", dada a  
1684 aplicação excedente em relação ao piso constitucional. Acrescentou que não houve, por parte  
1685 da gestão, a apresentação da análise de viabilidade técnica e financeira para a execução em  
1686 2025 dos Restos a Pagar relativos a empenhos de 2024 e de anos anteriores, o que foi  
1687 considerado um ponto crítico da análise. Acerca dos empenhos a pagar do exercício de 2024,  
1688 ressaltou que o total atingiu 12,14% do valor empenhado bruto, ultrapassando o limite de 5%  
1689 estipulado pela Resolução CNS nº 505/2015. Embora o índice tenha sido levemente inferior ao  
1690 registrado em 2023 (12,61%), permaneceu elevado em relação ao histórico da série,  
1691 representando um alerta para a sustentabilidade financeira da execução orçamentária.  
1692 Detalhando, disse que o valor empenhado ASPS bruto foi R\$ 218,4 bi e inscrito em 2024 R\$  
1693 26,5 bi. Sobre o estoque total de restos a pagar, que chegou a R\$ 41,8 bilhões em 2024,  
1694 representando um aumento de 29% em relação ao ano anterior, quando o valor fora de R\$  
1695 32,4 bilhões. Reiterou que essa elevação configurava um risco à governança fiscal do SUS,  
1696 sobretudo diante da insuficiência de disponibilidade financeira em caixa para a cobertura  
1697 integral desses compromissos, situação também considerada inadequada à luz da LC nº 141.  
1698 Ainda dentro da avaliação crítica, informou que os critérios de escolha da execução  
1699 orçamentária não foram devidamente informados, o que dificultava o controle e a transparéncia  
1700 na alocação. No que tange às transferências fundo a fundo para Estados e Municípios, apontou  
1701 que não houve apresentação de avaliação dos impactos dessas transferências sobre as  
1702 condições de saúde da população, tampouco comprovação de disponibilidade financeira para  
1703 sua plena execução. Além disso, registrou que os empenhos a pagar dessas transferências  
1704 representaram 6,3% do valor empenhado, ultrapassando novamente o limite de 5%  
1705 estabelecido na Resolução nº 505/2015. Concluindo a primeira parte da apresentação, explicou  
1706 que a análise do nível de execução das despesas liquidadas classificou diversas ações como  
1707 inadequadas, intoleráveis ou inaceitáveis, salientando, no caso do Fundo Nacional de Saúde,  
1708 que onze foram adequados, seis regulares e cinco inadequados. No caso dos inadequados,  
1709 citou: ações de vigilância; vacina e vacinação; hospitais próprios; outros programas;  
1710 manutenção; e emendas. Intolerável: programa sangue e hemoderivados; aquisição de  
1711 distribuição de medicamentos de DST AIDS; medicamentos componentes especializados; e  
1712 publicidade pública. Seis inaceitáveis: DATASUS, atenção à saúde primária, especializada;  
1713 aquisição e distribuição de medicamentos estratégicos; fomento a pesquisa ciência e  
1714 tecnologia; combate a carências nutricionais e reaparelhamento das unidades do SUS.  
1715 FUNASA: um adequado, um inadequado e quatro inaceitável: manutenção administrativa,  
1716 outros programas, saneamento básico e emendas parlamentares. FIOCRUZ: quatro adequado,  
1717 dois regular, um Intolerável: estudos e pesquisa, um inaceitável: estudos e pesquisas, e dois  
1718 inaceitável: modernização das unidades de pesquisa e emendas parlamentares. GHC: um  
1719 adequado nível de execução, dois regular e um inadequado – sentença judicial e dois  
1720 inaceitável: PAC e emendas. Sobre as emendas parlamentares, disse que totalizaram 2024  
1721 com ações e serviços públicos de saúde R\$ 24,8 bilhões, correspondendo a 11,4% do valor  
1722 total empenhado bruto ASPS, sendo: 14,9% emendas individuais, 31,5% emendas de bancada  
1723 e 53,6% emendas de comissão. Reforçou que o crescimento das emendas parlamentares na  
1724 composição do orçamento (R\$ 24,8 bilhões, ou 11,4% do total) era um fator preocupante, visto  
1725 que poderia comprometer a autonomia do planejamento e da gestão pública do SUS. Também  
1726 falou sobre o cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde, explicando que os  
1727 dados mostraram resultado positivo, com 74,7% das metas em 2024 alcançando índice de  
1728 realização acima de 75%. Observou que 40,5% das metas superaram 100% de execução.  
1729 Ressaltou, contudo, que houve pequena redução em comparação com 2023, quando o  
1730 percentual havia sido de 82,5%. Em seguida, apresentou a análise das despesas por  
1731 subfunção, destacando que a atenção básica representou 25,51% do total, ficando atrás  
1732 apenas das "outras subfunções", que agregavam gastos de políticas matriciais, e da  
1733 alimentação e nutrição, que tiveram crescimento expressivo em 2024 após forte queda nos  
1734 anos de 2022 e 2023. Explicou que, embora o valor absoluto de alimentação e nutrição fosse  
1735 pequeno, o aumento chegou a 133%. Indicou que, depois dessas, a maior participação foi da  
1736 assistência hospitalar e ambulatorial. Ressaltou a importância do índice que compara os gastos  
1737 da atenção básica com os da assistência hospitalar e ambulatorial. Em 2024, esse indicador foi

1738 de 52,76%, superior ao registrado em 2023, que havia sido de 48,9%, o que representou um  
1739 resultado positivo. Por fim, destacou o balanço das atividades de controle. Observou-se que  
1740 em 2024 o desempenho foi muito inferior ao de 2023, ano que, por sua vez, havia registrado  
1741 patamar superior ao dos períodos anteriores. Relatou que a COFIN havia recebido informações  
1742 do DENASUS sobre a situação, sendo explicado que havia uma demanda reprimida de  
1743 procedimentos de auditoria e controle. Assim, a partir de 2025, haveria a retomada dessas  
1744 atividades de forma mais estruturada. Prosseguiu sua apresentação destacando que a  
1745 segunda parte da análise do RAG havia sido estruturada com base nas respostas das  
1746 Comissões Intersetoriais do CNS às quatro perguntas aplicadas aos sete objetivos do Plano  
1747 Anual de Saúde - PAS de 2024. Ao tratar do Objetivo 1, que buscava fortalecer a atenção  
1748 primária e ampliar o acesso à saúde da família e bucal, observou que catorze comissões  
1749 haviam considerado o objetivo parcialmente atingido. Em relação às metas associadas a esse  
1750 objetivo, apontou que as metas 1, 2 e 3 haviam ultrapassado 100% de execução e recebido  
1751 maioria de respostas afirmativas quanto à sua contribuição para o cumprimento do objetivo, à  
1752 demonstração de impactos nas condições de saúde e à ausência de recomendação de  
1753 medidas corretivas. As metas 4, 5, 6 e 7 apresentaram níveis de execução entre 50% e 100%,  
1754 com avaliações variadas. Na meta 6, por exemplo, predominou a resposta "não" quanto à  
1755 contribuição para as condições de saúde. Ressaltou que, quanto maior o percentual de  
1756 execução da meta, maior foi a correlação com respostas afirmativas das comissões. Em  
1757 seguida, tratou do Objetivo 2, que envolvia a ampliação do acesso à atenção especializada.  
1758 Das onze comissões que responderam, dez consideraram o objetivo parcialmente atingido e  
1759 uma o classificou como atingido. Para as metas 1, 4, 5, 7, 10, 12 e 13, que obtiveram execução  
1760 acima de 75%, identificou-se um equilíbrio entre respostas "sim" e "não", tanto para a  
1761 contribuição ao objetivo quanto para os impactos na saúde da população. A meta 16, por outro  
1762 lado, apresentou baixa execução (até 25%) e recebeu respostas predominantemente  
1763 negativas. No Objetivo 3, que visava reduzir doenças e agravos com enfoque em  
1764 desigualdades, todas as comissões o classificaram como parcialmente atingido. Detalhou que,  
1765 das metas 1 a 4, duas tiveram execução inferior a 25% e receberam maioria de respostas  
1766 negativas. Já as metas 5 a 11, com desempenho superior a 75%, obtiveram respostas  
1767 predominantemente positivas. As metas de 12 a 16 apresentaram avaliações mais diversas,  
1768 com apenas uma meta recebendo maioria de respostas afirmativas. Ao abordar o Objetivo 4,  
1769 referente ao desenvolvimento científico e tecnológico, observou que todas as nove comissões  
1770 participantes consideraram o objetivo parcialmente atingido. Dentre as sete metas analisadas,  
1771 apenas a meta 4 obteve execução superior a 100% com maioria de respostas positivas. As  
1772 demais metas registraram prevalência de respostas negativas ou parciais, sobretudo nas  
1773 perguntas relativas à contribuição para as condições de saúde. Sobre o Objetivo 5, que tratava  
1774 do acesso a medicamentos, insumos estratégicos e qualificação da assistência farmacêutica,  
1775 destacou que sete comissões classificaram o objetivo como *parcialmente atingido* e duas como  
1776 *atingido*. A maior parte das metas teve execução acima de 75%, com predominância de  
1777 respostas afirmativas nas duas perguntas principais. No entanto, nas metas 8, 9, 10 e 11, a  
1778 avaliação foi mais dividida, com destaque para a meta 10, em que a maioria respondeu "não".  
1779 Em relação ao Objetivo 6, voltado ao atendimento à população indígena com articulação aos  
1780 saberes tradicionais, apontou que sete comissões o avaliaram como parcialmente atingido e  
1781 uma como não atingido. As metas 2 e 3 obtiveram maioria de respostas afirmativas quanto à  
1782 contribuição ao objetivo, enquanto a meta 1 apresentou empate na primeira pergunta e leve  
1783 maioria de respostas positivas na segunda. No Objetivo 7, que tratava do fortalecimento da  
1784 gestão estratégica, inovação e combate às desigualdades, todas as oito comissões  
1785 participantes o consideraram *parcialmente atingido*. As metas 1 a 3 apresentaram execução  
1786 acima de 75% e receberam unanimemente respostas positivas. As metas 4 a 11 também  
1787 demonstraram bom desempenho, com ligeira vantagem das respostas afirmativas,  
1788 principalmente na segunda pergunta. Por fim, das metas 12 a 24, destacou que houve  
1789 equilíbrio entre avaliações positivas e negativas, com exceção de duas metas que tiveram  
1790 execução inferior a 25% e receberam maioria de respostas negativas. Encerrou sua  
1791 apresentação informando que os dados detalhados das contribuições das comissões  
1792 constavam no parecer conclusivo, especialmente no Anexo 4, que reunia os comentários sobre  
1793 os objetivos e metas do RAG. Ressaltou que, das quase 70 páginas de contribuições, foram  
1794 extraídas aquelas que poderiam subsidiar a elaboração da resolução do CNS, especialmente  
1795 as que continham indicações de medidas corretivas de gestão. Assegurou que nem todos os  
1796 comentários das comissões tinham esse caráter propositivo, mas que aqueles pertinentes  
1797 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

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

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

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

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

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

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

2578 2) Apreciação da minuta de recomendação. Recomenda a Revisão da Medida Provisória nº.  
2579 1.301, de 30 de maio de 2025, que institui o Programa Agora Tem Especialistas. Iniciando,  
2580 conselheira **Priscila Torres da Silva** explicou que o ponto em debate referia-se à  
2581 recomendação ao governo federal para revisão do texto da Medida Provisória nº 1.301, de 30  
2582 de maio de 2025, desdobramento do debate, ocorrido no primeiro dia de reunião, sobre o  
2583 Programa “Agora tem Especialistas”. Recuperou que, ao final do referido debate, o Pleno do  
2584 Conselho decidiu formar um pequeno grupo para debater a minuta de recomendação,  
2585 elaborada pela Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar - CISS, e propor modificações no  
2586 texto, caso fosse necessário. Para conhecimento, fez leitura da referida minuta e a seguir foi  
2587 aberto espaço para manifestações do Pleno. No documento, o CNS recomenda ao Governo  
2588 Federal a revisão do texto da MPV nº. 1.301, de 30 de maio de 2025, considerando os  
2589 seguintes aspectos: 1) Não possibilidade de compensação com débitos próprios objeto de  
2590 negociação de dívidas por operadoras de planos e seguros privados de assistência à saúde. 2)  
2591 A não possibilidade de Renúncia de Créditos Tributários. 3) Inclusão de possibilidade de  
2592 adesão ao programa por serviços dos Hospitais Universitários Públicos. 4) Implementação de  
2593 mecanismos de auditoria com acesso transparente ao controle social. 5) Garantia de que os  
2594 processos de interoperabilidade de que trata o programa estejam de acordo com a Lei Geral de  
2595 Dados e que sejam vedadas compensações de crédito para empresas de tecnologia. 6)  
2596 Garantia de implementação de estratégias de interface com a Atenção Primária à Saúde. 7)  
2597 Inclusão de previsão de ampliação de residências em saúde (uni ou multiprofissional). 8)  
2598 Inclusão de contratação de serviços de especialidades multiprofissionais. 9) Apresentação, no  
2599 interstício do prazo de 5 (cinco) anos, proposto pelo programa, de mecanismos para retomada  
2600 integral dos serviços de atenção especializada por equipamentos de saúde exclusivamente no  
2601 âmbito do SUS, considerando a estruturação e ampliação da rede pública em conjunto com  
2602 estados e municípios bem como estímulo à contratação direta e por concurso de todos os  
2603 profissionais que compõem a equipe de saúde; que não realize regulamentação do Programa  
2604 por instrumento legal frágil, como portarias ou notas técnicas, e sem a prévia apreciação do  
2605 Conselho Nacional de Saúde, conforme estabelecido na Lei Complementar 141/2011; e que  
2606 insira a Agência Nacional de Saúde Suplementar na discussão sobre a Regulamentação do  
2607 Programa Agora Tem Especialista. Ao Congresso Nacional: que promova espaços de  
2608 discussão sobre MPV nº. 1.301/2025 e seus impactos nas relações público-privadas, no âmbito  
2609 do sistema de saúde, por meio de Audiência Pública. Aos Conselhos de Saúde: que incentivem  
2610 espaços de diálogos sobre o Programa Agora Tem Especialistas, sob a perspectiva das  
2611 relações público-privadas, por meio de reuniões, oficinas, seminários etc. Concluída a leitura,  
2612 foi aberta a palavra para manifestações do Pleno do Conselho. Conselheiro **Haroldo de**  
2613 **Carvalho Pontes** iniciou destacando a densidade dos temas discutidos na reunião e a  
2614 intensidade do trabalho, o que era positivo. Todavia, apesar de reconhecer a relevância do  
2615 tema, ponderou que seria difícil emitir posição sobre uma nova recomendação apresentada  
2616 naquele momento, sem debate com a direção do CONASS, entidade que representava no  
2617 Conselho. Relatou ter feito um esforço para encaminhar a outra versão da recomendação,  
2618 disponibilizada no dia anterior, tendo recebido posicionamento da entidade, mas alertou que a  
2619 nova redação apresentada naquela plenária não havia sido debatida com sua instituição.  
2620 Defendeu a necessidade de um diálogo mais aprofundado para exercer a representação com  
2621 responsabilidade e manifestou preocupação com a votação naquele momento de uma  
2622 recomendação de grande peso e importância. Conselheiro **Lucas Salvador Andrietta**  
2623 manifestou-se na condição de coordenador da CISS/CNS, comissão responsável pela  
2624 elaboração da proposta. Afirmou que, embora os prazos para discussão fossem curtos, o tema  
2625 era de extrema complexidade e exigia uma posição sólida do Conselho. Reforçou o  
2626 entendimento coletivo sobre o mérito do Programa, entendendo a necessidade de alternativas  
2627 para ampliar o acesso à atenção especializada, mas sem desconsiderar os impactos de médio  
2628 e longo prazo para o fortalecimento do SUS. Dada a relevância, relatou que a Comissão  
2629 promoveu reunião com convidados externos e seus membros para debater o tema, e que o  
2630 texto apresentado resultou desse processo coletivo de sistematização. Ressaltou que a  
2631 proposta buscava oferecer uma contribuição técnica qualificada ao Plenário, e colocou-se à  
2632 disposição para esclarecimentos, ajustes e aprimoramentos, inclusive diante do processo de  
2633 tramitação legislativa e das dificuldades práticas que poderiam surgir. Em síntese, disse que a  
2634 intenção da Comissão foi propor um documento para criar salvaguardas e garantias diante das  
2635 preocupações históricas do Conselho com o SUS. Conselheira **Shirley Marshal Morales**,  
2636 integrante da CISS/CNS, explicou que, como o debate da recomendação não havia ocorrido no  
2637 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 procederia 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.