



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos seis e sete de agosto de 2025, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omitlon Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Quinquagésima Nona Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 369ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1) Socializar e apreciar os itens do Expediente.** **2) Apreciar e contribuir com o debate sobre a Talassemia e a Doença Falciforme: desafios para o acesso ao cuidado integral.** **3) Apreciar as demandas da Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e Educação na Saúde - CIRTES.** **4) Apreciar, debater e acompanhar os assuntos relacionados à Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025, no que tange às diretrizes do Programa Agora Tem Especialistas.** **5) Conhecer, debater e deliberar sobre o relatório do Grupo de Trabalho Xavante.** **6) Apreciar e deliberar sobre as demandas da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 5ª CNSTT.** **7) Analisar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento - COFIN.** **8) Apreciar os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas e deliberar a respeito.**

MESA DE ABERTURA – conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; **Maria Inês da Silva Barbosa**, Professora da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT; e conselheira **Eliane Aparecida da Cruz**, da Mesa Diretora do CNS. A Presidenta do CNS iniciou os trabalhos da reunião, saudando todas as pessoas presentes e as que acompanham a reunião de forma virtual. Antes de passar ao primeiro item da pauta, fez uma saudação à professora da UFMT, **Maria Inês da Silva Barbosa**, que fora convidada a participar deste momento inicial para receber uma homenagem do Conselho em solidariedade após ato de cerceamento que ela sofreu durante a 15ª Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá/MT, no dia 30 de julho de 2025.

ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 369ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 365ª E 366ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS - Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 369ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a pauta da 369ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. **APROVAÇÃO DAS ATAS DAS 365ª E 366ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS - Deliberação:** as atas da 365ª e 366ª Reuniões Ordinárias do CNS foram aprovadas por unanimidade. A seguir, foi iniciado ato do Conselho em homenagem e solidariedade à professora **Maria Inês da Silva Barbosa**, diante de ato de cerceamento que ela sofreu durante a 15ª Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá/MT, no dia 30 de julho de 2025. Iniciando, a Presidenta do CNS afirmou que aquele era um momento especial e diferenciado no Pleno do Conselho, marcado pela presença da professora **Maria Inês da Silva Barbosa**, Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. Explicou que a acolhida também se configurava como um ato de desagravo diante do cerceamento sofrido pela docente durante a 15ª Conferência Municipal de Saúde de Cuiabá/MT, realizada em 30 de julho de 2025. Ressaltou que o SUS não era apenas uma política pública, mas uma conquista histórica do povo brasileiro, construída sobre diversidade, diálogo, ciência, escuta ativa e respeito às diferenças. Declarou que, por isso, o Conselho recebia a professora Maria Inês com honra e solidariedade, destacando sua trajetória acadêmica e militante, marcada pela luta antirracista e pela defesa da saúde da população negra. Enfatizou que toda tentativa de censura feria os princípios do SUS e da Constituição Federal, e reiterou que não havia saúde sem democracia, nem democracia sem diversidade. Acrescentou que a presença da professora reafirmava que o controle social era espaço de liberdade política e contestação política, e que o SUS era o controle social.

57 o povo brasileiro. Finalizou afirmando que o trabalho de Maria Inês era reconhecido, sua voz
58 era essencial e sua trajetória inspirava gerações. Na sequência, conselheira **Eliane Aparecida**
59 **da Cruz** destacou a importância da presença da professora Maria Inês e recordou que, na
60 Conferência de Cuiabá, a professora havia sido interrompida na sua fala, em episódio de
61 desrespeito. Ressaltou que conhecia sua trajetória acadêmica e militante de longa data,
62 salientando sua atuação em defesa do SUS e no combate ao racismo. Criticou a postura do
63 prefeito local, afirmado que quem não estava “em casa” era ele, e não a professora, que
64 sempre contribuiu para a construção da saúde no Estado. Afirmando que o SUS era política
65 inclusiva, voltada para a diversidade e para os direitos de mulheres, população negra, povos
66 indígenas e população LGBTQIA+. Relatou que o Ministério da Saúde já havia se posicionado
67 em solidariedade à professora, inclusive na ocasião da inauguração do Centro de Vacinação
68 Viviane Luz. Declarou, em nome do Ministério da Saúde, a rejeição ao negacionismo e
69 encerrou sua fala exaltando as mulheres negras. Em seguida, conselheira **Heliana Hemetério**
70 **dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, expressou emoção ao se dirigir à professora Maria
71 Inês. Lembrou que ataques como o ocorrido em Cuiabá eram manifestações de grupos
72 autoritários e discriminatórios, que insistiam em deslegitimar a atuação de pessoas negras e de
73 defensores da diversidade. Declarou que, como mulher negra e militante, reconhecia Maria
74 Inês como uma das principais referências na construção da saúde da população negra no
75 Brasil, precursora dessa agenda no âmbito do SUS. Enfatizou que sua presença representava
76 a ancestralidade e a resistência, reiterando o pedido de desculpas coletivas pelo episódio de
77 cerceamento. Destacou que a professora havia respondido com dignidade e firmeza à tentativa
78 de silenciamento, o que reforçava ainda mais sua relevância no espaço democrático e de
79 participação social. Na sequência, a professora **Maria Inês da Silva Barbosa** fez sua
80 manifestação, iniciando com sua autodescrição e registrando sua gratidão por estar presente
81 no plenário. Saudou a ancestralidade, lembrando que todos carregavam consigo a herança dos
82 que vieram antes. Enfatizou que a ancestralidade conferia sentido à existência e que palavras
83 e nomes carregavam vibrações que ligavam os indivíduos ao universo. Dirigiu uma saudação
84 especial à conselheira Heliana Hemetério, estendendo-a a todos os presentes, e destacou que
85 esse gesto reforçava o reconhecimento coletivo. Ressaltou a importância de valorizar os
86 invisibilizados, como trabalhadores da limpeza e serviços gerais, que eram fundamentais para
87 a vida cotidiana, mas cujas presenças só eram lembradas quando havia falhas. Defendeu que
88 cada pessoa presente no espaço representava múltiplas existências e diversidades. Mencionou
89 especificamente povos indígenas, povos ciganos, população negra, LGBTQIAPN+ e outros
90 grupos historicamente “marginalizados”, chamando atenção para a necessidade de inclusão de
91 todos nas políticas públicas. Afirmando que a responsabilidade coletiva era grande, pois a saúde
92 havia sido reconhecida como dever do Estado e direito de todos. Recordou que o SUS era
93 resultado de um longo processo de lutas sociais e que seu caráter universal só poderia ser
94 efetivado com a valorização da diversidade. Criticou a postura do prefeito de Cuiabá, afirmando
95 que sua atitude rompera com os princípios da participação e do controle social previstos em lei,
96 ofendendo não apenas sua pessoa, mas a conquista democrática do povo brasileiro. Finalizou
97 agradecendo a solidariedade recebida e evocando versos da canção de Sued Nunes - “Sou
98 uma, mas não sou só” - para reafirmar a força coletiva e a resistência compartilhada. Por fim, a
99 mesa agradeceu a presença da professora Maria Inês, destacando a importância do ato
100 coletivo de desagravo e solidariedade. Após, prosseguiu com a pauta da reunião. **ITEM 2 –**
101 **EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos (as)**
102 **Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos**
103 **de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de agosto. Indicações. Relatório**
104 **da Mesa Diretora - Composição da mesa: Gustavo Cabral**, Secretário Executivo do CNS,
105 Substituto; e conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS.
106 **INFORMES - 1)** Informe sobre os 35 anos do ECA: Avanços, Desafios e Compromissos na
107 Garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes e Informe sobre a semana mundial de
108 amamentação. **Apresentação:** conselheira **Vânia Lúcia Leite** (CNBB), coordenadora da
109 CIASCV. No primeiro informe, destacou que o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA
110 completara 35 anos, sendo um marco histórico para a proteção da infância e adolescência no
111 Brasil. Ressaltou que, embora o ECA fosse referência internacional, sua efetivação dependia
112 de ações contínuas e articuladas entre Estado, sociedade civil e poder público. Enfatizou a
113 urgência da implementação de políticas públicas integradas que garantissem educação, saúde,
114 cultura, esporte, proteção social e espaços seguros para crianças e adolescentes. Defendeu
115 que a proteção integral deveria iniciar desde a gestação, sendo o fortalecimento do SUS
116 fundamental para assegurar recursos e atuação intersetorial. No segundo informe, abordou a

117 Semana Mundial de Amamentação, cujo tema fora “priorizar a amamentação, cuidar do planeta
118 e das mães”. Sublinhou que o leite materno era alimento completo e essencial, fortalecendo a
119 imunidade, o desenvolvimento infantil e o vínculo entre mãe e bebê. Ressaltou, ainda, a
120 importância do aleitamento exclusivo até os seis meses e complementar até os dois anos,
121 reconhecendo as barreiras enfrentadas pelas mulheres e defendendo a presença ativa da rede
122 de apoio. Reiterou o compromisso da OPAS e do CNS com a promoção do aleitamento
123 materno como prática de saúde pública, justiça social e sustentabilidade. **2)** Informe sobre as
124 mudanças no Sistema de Ética em Pesquisa, após a aprovação da Lei nº 14.874/2024 e defesa
125 da participação da CONEP na nova instância de ética em pesquisa. *Apresentação:* conselheiro
126 **Gilson Silva** (Força Sindical). Manifestou preocupação com os impactos da Lei nº 14.874
127 sobre a ética em pesquisa. Relatou que, de acordo com a nova legislação, a coordenação da
128 futura instância nacional de ética em pesquisa deixaria de estar vinculada ao CNS e passaria
129 para a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da
130 Saúde – SCTIE/MS. Defendeu a permanência da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-
131 CONEP/CNS como integrante da instância nacional, lembrando que a Comissão representava
132 mais de 900 Comitês de Ética espalhados pelo país. Destacou que a CONEP tinha 30 anos de
133 experiência acumulada, sendo essencial para garantir a proteção dos participantes de
134 pesquisa, e solicitou o apoio das entidades representadas no Conselho para assegurar a
135 presença do controle social na análise ética. **3)** Informe do Movimento Brasileiro de Luta Contra
136 as Hepatites- MBHV. *Apresentação:* conselheira **Neide Barros**, MBHV. Informou que foram
137 realizadas ações de combate às hepatites em julho, abrangendo todas as regiões do país.
138 Acrescentou que entre os dias 12 e 14 de agosto de 2025 ocorreria, em São Paulo, o primeiro
139 seminário nacional sobre hepatites virais, com foco no papel dos movimentos sociais no
140 monitoramento da linha de cuidado. Destacou a importância do rastreamento e tratamento da
141 cirrose para reduzir complicações e prevenir o câncer de fígado, enfatizando a necessidade de
142 exames regulares e terapias adequadas. Ressaltou que a linha de cuidado era fundamental
143 para garantir qualidade de vida aos pacientes, em parceria com entidades científicas e de
144 saúde. **4)** Consequências do negacionismo, com destaque para mortes durante a pandemia da
145 COVID-19. *Apresentação:* conselheiro **Carlos Ebeling** (ART TB BR). Primeiro, registrou o
146 aniversário da conselheira Camila Lima, ressaltando o simbolismo da conquista de vida para
147 uma mulher trans no Brasil, especialmente no Estado de Mato Grosso, que liderava índices de
148 violência contra a população LGBTQIA+. No segundo, criticou o negacionismo durante a
149 pandemia de COVID-19, lembrando a responsabilização de autoridades e destacando a
150 importância do trabalho do epidemiologista Gerson Pereira, recentemente falecido. Resgatou
151 experiências de enfrentamento ao negacionismo no Rio Grande do Sul desde a epidemia de
152 HIV/AIDS, afirmando que o negacionismo continuava a produzir mortes evitáveis, sobretudo
153 entre populações mais pobres e em situação de vulnerabilidade. Frisou que o SUS nascera
154 para enfrentar essas desigualdades e que o controle social deveria permanecer vigilante diante
155 dessas omissões. **5)** Informes. a) Dia de conscientização e combate ao câncer de cabeça e
156 pescoço - 27 de julho – e solicitação de apoio para instituição do comitê de acompanhamento
157 da Política do Câncer. b) Seminário da ABRAZ sobre envelhecimento, qualidade de saúde, e
158 ancestralidade, para levantar subsídio para debate na COP30. *Apresentação:* conselheira
159 **Melissa Ribeiro de Medeiros** (ACBG). Informou que a ACBG completara 10 anos de atuação
160 e ressaltou que o dia 27 de julho fora instituído como o Dia Nacional e o mês de prevenção aos
161 cânceres de cabeça e pescoço. Chamou as entidades a se engajarem na prevenção em
162 diferentes territórios, como aldeias, quilombos, periferias e áreas rurais. Apontou a gravidade
163 da incidência anual de 800 mil casos de câncer e pediu apoio para que o CNS participasse
164 mais ativamente da implementação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer -
165 PNPCC, aprovada em dezembro de 2023. Acrescentou, ainda, informe a pedido da conselheira
166 Walquiria Cristina Batista, anunciando o primeiro seminário da Associação Brasileira de
167 Alzheimer, que seria realizado em Belém nos dias 11 e 12 de setembro, voltado à discussão
168 sobre envelhecimento saudável, saúde e ancestralidade, com encaminhamentos para a COP
169 30. **6)** Informe sobre a V Marcha das Mulheres Indígenas, de 2 a 8 de agosto de 2025 e 1ª
170 Conferência Nacional das Mulheres Indígenas, de 4 a 6 de agosto, em Brasília/DF.
171 *Apresentação:* conselheiro **Rildo Mendes** (ARPINSUL). Primeiro, o conselheiro, comunicou a
172 realização da 4ª Marcha das Mulheres Indígenas e da 1ª Conferência das Mulheres Indígenas,
173 que ocorreriam em Brasília entre os dias 2 e 8 do mês. Convidou o CNS a apoiar a mobilização
174 e expressou indignação com o caso de violência ocorrido em Manaus, onde uma mulher
175 indígena do povo Cocama, acompanhada de seu bebê, fora violentada em uma penitenciária
176 por agentes estatais. A militante indígena **Samerry Pataxó** leu um manifesto denunciando o

177 episódio como expressão da violência histórica contra os corpos indígenas, especialmente os
178 das mulheres, e exigiu responsabilização criminal e civil dos autores, bem como protocolos
179 específicos de proteção às mulheres indígenas privadas de liberdade. Defendeu a atuação de
180 organismos nacionais e internacionais de direitos humanos e reafirmou que a violência contra
181 uma indígena era violência contra todo o povo. Foi sinalizada a importância de divulgar o
182 documento nos meios de comunicação do CNS. 7) Mudança de data da Conferência Livre de
183 Saúde da Mulher, de 9 de agosto para 12 de agosto, no formato virtual. *Apresentação:*
184 conselheira **Vanja Andrea dos Santos**. Explicou que a conferência livre sobre saúde da
185 mulher, inicialmente marcada para 9 de agosto, fora remarcada para 12 de agosto, por
186 dificuldades organizacionais, e seria realizada em formato virtual, às 17h. Informou que o
187 evento seria realizado em parceria com o Conselho Federal de Psicologia -CFP e teria como
188 tema a “saúde integral de todas as pessoas pelo direito ao bem viver”. Acrescentou que a
189 Ministra das Mulheres já havia manifestado apoio à iniciativa, ressaltando sua importância para
190 a construção de propostas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, saúde mental e
191 combate ao assédio no trabalho. **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA – Titular:** **Ana Paula**
192 **Castelo Fonseca Moreira**. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde
193 da Mama (FEMAMA). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Antonio Erinaldo Lima**
194 **Vasconcelos**. Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras
195 Familiares (CONTAG). Usuário. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Cleide Cilene Farias**
196 **Tavares**. Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
197 (CNSaúde). Prestadores de Serviços de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Elenilson**
198 **Silva de Souza**. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
199 (MORHAN). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **João Donizete Scaboli**. Força
200 Sindical (FS). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Josaine de Sousa Palmieri**
201 **Oliveira**. Federação Nacional das APAES (FENAPAES). Usuário. Motivo: rodízio de
202 titularidade. Titular: **Luiz Aníbal Vieira Machado**. Nova Central Sindical de Trabalhadores
203 (NCST). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Rafaela Bezerra Fernandes**.
204 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Profissional de
205 Saúde. Motivo: razões pessoais. Titular: **Renata Soares de Souza**. Movimento Nacional das
206 Cidadãs Positivas (MNCP). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Sylvia Elizabeth**
207 **de Andrade Peixoto**. Retina Brasil. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Thiago**
208 **Soares Leitão**. Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO). Usuário.
209 Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Victoria Matos das Chagas Silva**. União Nacional dos
210 Estudantes (UNE). Usuário. Agenda de trabalho. Titular: **Walquiria Cristina Batista Alves**
211 **Barbosa**. Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ). Usuário.
212 Motivo: rodízio de titularidade. **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS)**
213 **NACIONAIS DE SAÚDE - I - ENTIDADES E MOVIMENTOS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO**
214 **SUS**. 1º Suplente: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) - **Marina Andueza**
215 **Paullelli** (substituindo Lucas Salvador Andrietta). IV - SEGMENTO DO GOVERNO FEDERAL -
216 2º Suplente: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) -
217 **Leonidas Heringer** (substituindo Marcia Cristina Marques Pinheiro). **COORDENADORES DE**
218 **PLENÁRIA - Antônio Andrade de Souza** - Amazonas – Norte. **Ubiracy Ferreira Suassuna** -
219 Sergipe – Nordeste. **Valdemar de Jesus da Silva** – Rio Grande do Sul – Sul. **Wésia Nogueira**
220 **de Sena** – Rio Grande do Norte – Nordeste. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE**
221 **NO MÊS DE AGOSTO** - Agosto Dourado - Mês do Aleitamento Materno. Agosto Lilás - Mês de
222 conscientização pelo fim da violência contra a mulher. Agosto Laranja - Campanha de
223 conscientização sobre a Esclerose Múltipla, e Agosto Branco - Conscientização sobre o câncer
224 de pulmão. 1º/ago. - Dia Nacional dos Portadores de Vitiligo. 1º/ago. - Dia Mundial de Combate
225 ao Câncer de Pulmão. 1º a 7/ago. - Semana Mundial da Amamentação. 5/ago. - Dia Nacional
226 da Saúde. 5/ago. - Dia Nacional da Farmácia. 5/ago. - Dia Nacional da Vigilância Sanitária.
227 8/ago. - Dia Nacional de Combate ao Colesterol. 8/ago. - Dia Nacional da Pessoa com Atrofia
228 Muscular Espinhal (AME). 9/ago. - Dia Internacional dos Povos Indígenas. Semana do dia
229 10/ago. - Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose. 10/ago. - Dia dos Pais.
230 10/ago. - Dia da Enfermeira Obstetra. 10/ago. - Dia Mundial da Saúde Ocular. 11/ago. - Dia
231 Nacional do Laringectomizado. 11/ago. - Dia do Estudante. 12/ago. - Dia do Médico. 12/ago. -
232 Dia Internacional da Juventude. 12/ago. - Dia Nacional dos Direitos Humanos. 14/ago. - Dia do
233 Cardiologista. 19/ago. - Dia Nacional de Combate ao Alcoolismo. 20/ago. - Dia do Bombeiro
234 Brasileiro. 20/ago. - Dia Mundial Contra os Mosquitos. 20–27/ago. - Semana Nacional da
235 Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla. 26/ago. - Dia Nacional da Limpeza Hospitalar.
236 27/ago. - Dia do Psicólogo. 28/ago. - Dia Nacional de Combate e Prevenção ao

237 Escalpelamento. 28/ago. - Dia Nacional do Voluntariado. 29/ago. - Dia Nacional de Combate ao
238 Fumo. 29/ago. - Dia Nacional da Visibilidade Lésbica. 30/ago. - Dia Nacional de
239 Conscientização sobre a Esclerose Múltipla. 31/ago. - Dia do Nutricionista. 31/ago. - Dia
240 Internacional de Conscientização sobre Overdose. Solicitação de inclusão: 30/8 – dia
241 internacional de vítimas de desaparecimento. **INDICAÇÕES.** **1)** Convite do Ministro de Estado
242 da Saúde, Alexandre Padilha, para participar da Coletiva de Imprensa: Balanço de vacinação
243 nas escolas e avanços na cobertura vacinal de crianças e adolescente, no dia 17 de julho de
244 2025, em Brasília. *Indicação (referendar):* Conselheira Ana Lúcia Marçal Paduello (Superando)
245 (Estava em Brasília). **2)** Convite do diretor da BIREME em parceria com a SEIDIGI, para
246 participar da segunda Oficina das Ajudas Decisionais no âmbito do projeto TC157, dia 23 de
247 julho de 2025, em Brasília. *Indicação (referendar):* Conselheira e coordenadora da CISMU
248 Vanja Andrea (UBM) (Reside em Brasília). **3)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e
249 Ambiente, para participar na Mesa de Abertura da Primeira Edição do Treinamento em Gestão
250 de Emergências em Saúde Pública no Sistema Único de Saúde - TGESP-SUS, no dia 28 de
251 julho de 2025, em Brasília. *Indicação (referendar):* Conselheira Francyslane Vitória da Silva
252 (ENEGRECER) (Reside em Brasília). **4)** Convite da ABRASBUCO, para participar da Abertura
253 do 24º Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico –
254 ENATESPO e 15º Congresso Brasileiro de Saúde Bucal Coletiva, no dia 31 de julho de 2025,
255 em Nova Friburgo – RJ. *Indicação (referendar):* Conselheiro e coordenador da CISB Anselmo
256 Dantas (FIO) (Custéio da FIO). **5)** Convite do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha,
257 para participar da Inauguração do Centro de Vacinação Viviane Rocha de Luiz, no dia 04 de
258 agosto de 2025, Ministério da Saúde em Brasília. *Indicação (referendar):* Conselheira,
259 Integrante da M.D e coordenadora da CIASCV Vânia Lúcia (CNBB) (Reside em Brasília). **6)**
260 Convite Coordenação do Pré-Congresso para participar na Mesa de Abertura do XVIII
261 Congresso Latino-Americano de Medicina Social e Saúde Coletiva (ALAMES), no dia 05 de
262 agosto de 2025, no Rio de Janeiro. *Indicação (referendar):* Conselheira Francislane Vitória
263 (ENEGRECER) (Estava no Rio de Janeiro e CNS custeou o retorno). **7)** Convite Secretaria de
264 Vigilância e Saúde e Ambiente, para representar o Conselho Nacional de Saúde e acompanhar
265 as atividades na Oficina Regional para Implementação da Política Nacional de Vigilância em
266 Saúde (PNVS), nos dias 07 e 08 de agosto de 2025, em Fortaleza/CE. *Indicação (Referendar):*
267 conselheira Maria Laura Bicca (FENAS), integrante da CIVS (Custéio SVSA). **8)** Convite do
268 Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV), para a Mesa de Abertura do "1º
269 Seminário Nacional das Hepatites Virais" com o tema: "A Importância dos Movimentos
270 Sociais no Monitoramento da Implementação da Linha de Cuidados para as Hepatites Virais",
271 no dia 12 de agosto de 2025, em São Paulo/SP. *Indicação (referendar):* conselheira Talita
272 Garrido (ABRASTA) (Reside em São Paulo). **9)** Convite do Conselho Estadual de Saúde do Rio
273 de Janeiro, para participar da Cerimônia de Lançamento do Relatório Final da 2ª Conferência
274 Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Rio de Janeiro; e Posse de Novos
275 Conselheiros, no dia 12 de agosto de 2025, no Rio de Janeiro. *Indicação (referendar):*
276 conselheiro Paulo Garrido (ASFOP) (Reside no Rio de Janeiro). **10)** Convite da Pastoral da
277 Saúde Nacional – CNBB, para participar na formação para os Agentes da Pastoral da Saúde,
278 que atuam como Conselheiros de Saúde, nos dias 12 e 16 de agosto de 2025. *Indicação
279 (referendar):* conselheiro Alex Motta (Pastoral Saúde Nacional) (remoto). **11)** Convite da
280 Prospecção Fiocruz Cerrados para participar do Seminário "Prospecção Fiocruz Cerrados:
281 defesa e promoção do sócio biodiversidade do bioma Cerrado", no dia 13 de agosto de 2025.
282 Indicação (referendar): conselheiro João Alves do Nascimento Júnior Santos (CFMV),
283 coordenador Adjunto da CIVS (remoto). **12)** Convite da Secretaria de Estado da Assistência
284 Social, Trabalho e Direitos Humanos e Superintendência de Igualdade Racial e Povos
285 Originários, para participar do Seminário com o objetivo central da elaboração do Plano
286 Estadual de Desenvolvimento das Comunidades Tradicionais de Terreiro do Piauí para o
287 fortalecimento das políticas públicas voltadas para essas comunidades, nos dias 15 e 16 de
288 agosto de 2025, em Teresina/PI. *Indicação (referendar):* conselheira Heliana Hemetério
289 (CANDACE), integrante da Mesa Diretora (Custéio CNS). **13)** Convite da Secretaria Estadual
290 de Saúde de Pernambuco (SES/PE), por meio da Coordenação Estadual de Saúde
291 da População LGBT, para participar de uma reunião preparatória com a Coordenação Estadual
292 de Saúde da População LGBT+ e o Seminário Estadual de Saúde de Lésbicas e Mulheres
293 Bissexuais, nos dias 24 e 25 de agosto de 2025, em Recife/PE. *Indicação (referendar):*
294 Conselheira Heliana Hemetério (CANDACE), integrante da Mesa Diretora, (Custéio CNS). **14)**
295 Convite do GHC para participar na cerimônia de abertura e demais atividades do 1º Congresso
296 do GHC, com o tema: "Emergências climáticas, cuidados integrados e participação social:

desafios para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde”, no dia 28 de agosto de 2025, em Porto Alegre. *Indicação (referendar)*: conselheira Maria Laura (FENAS) (Reside em Porto Alegre). **15**) Convite do Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS – DEGEPS/SGTES/MS, na Oficina “Perspectivas sobre Educação Antirracista na Saúde”, no dia 04 de setembro de 2025, em Brasília/DF. *Indicação (referendar)*: conselheira Heliana Hemetério (CANDACE), integrante da Mesa Diretora (Custéio DEGEPS). **16**) Convite da Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas – ABRAZ, para ser uma das palestrantes da Mesa de abertura com o tema: Envelhecimento, Demências, saberes tradicionais e Mudanças Climáticas: Uma perspectiva Intergeracional, no dia 11 de setembro de 2025, em Belém. *Indicação (Referendar)*: conselheira Walquíria Cristina (ABRAZ) (Reside em Belém). **COMISSÕES EXTERNAS** - Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT) para compor o Comitê Técnico Assessor de Vigilância em Saúde Ambiental no âmbito do Ministério da Saúde (CTA-VSA/MS). *Indicação (Referendar)*: **Titular**: Maria Laura Carvalho Bicca - (FENAS). **Suplente**: Elenilson Silva de Souza (Morhan). **Deliberação: as indicações foram referendadas.**

ITEM 3 - TALASSEMIA E DOENÇA FALCIFORME: OS DESAFIOS DO ACESSO AO CUIDADO INTEGRAL - Apresentação: Luciana Maria de Barros Carlos, Coordenadora Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAET/SAES/MS); Sandra Longhetto, Gerente Médica do Ambulatório de Hemoglobinopatias do Banco de Sangue de São Paulo – Grupo GSH (*on line*); conselheira Talita Garrido de Araujo, representante da Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); e conselheira Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto, Coordenadora Adjunta da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias – CIASPP/CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheira Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto, coordenadora adjunta da CIASPP/CNS, afirmou que a pauta referente à talassemia e às doenças relacionadas havia sido amplamente debatida no âmbito da Comissão, atendendo a uma solicitação apresentada. Disse que a pauta fora construída de forma participativa, inclusive em articulação com um seminário em que também estivera presente a conselheira Talita Guarrido, cuja contribuição ajudara a reforçar a necessidade de incluir o assunto na reformulação da Resolução nº 99, de modo a conferir maior ênfase à questão dentro da nova estratégia em debate. Agradeceu à Mesa Diretora do CNS por ter acolhido a proposta e registrado a importância de pautar o tema. Ressaltou que tanto no caso da talassemia como no das demais hemoglobinopatias, o tratamento apresentava grandes dificuldades e necessidades específicas, o que exigia atenção especial do Conselho. Observou que o envolvimento do Ministério da Saúde, sobretudo no que se referia à área de sangue e hemoderivados, era essencial para verificar, corrigir e garantir as condições adequadas de tratamento, que se mostravam particularmente desafiadoras aos pacientes. Após essas considerações iniciais, a mesa abriu a palavra às palestrantes convidadas. A médica Sandra Longhetto, gerente do Ambulatório de Hemoglobinopatias do Banco de Sangue de São Paulo - Grupo GSH, participou on-line representando a Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. Começou agradecendo o convite e afirmando que sua exposição abordaria os principais desafios médicos no acesso ao cuidado integral para pessoas com talassemia e doença falciforme. Começou falando sobre o diagnóstico das hemoglobinopatias, explicando que o ponto de partida era o rastreamento neonatal, que permitia detectar alterações de hemoglobina já nos primeiros dias de vida. Ressaltou, entretanto, que a interpretação correta desses resultados era fundamental. Apontou que, no caso da talassemia, um resultado com hemoglobina “F” associado à hemoglobina Bart’s indicava alfa-talassemia. Já no caso da beta-talassemia, um resultado aparentemente normal (FA) poderia esconder a doença, principalmente se houvesse antecedentes familiares ou alterações hematológicas como microcitose e hipocromia. Destacou que, nessas situações, era necessário aprofundar a investigação com exames moleculares de DNA, recurso ainda não disponível no SUS, o que dificultava a confirmação precoce do diagnóstico. Quanto à doença falciforme, explicou que resultados como FAS indicavam traço falciforme, enquanto outros perfis confirmavam a doença. Ressaltou a importância da eletroforese de hemoglobina realizada após seis meses de idade, reforçando a necessidade de educação médica continuada para garantir interpretações corretas e evitar diagnósticos equivocados. Sobre o tratamento e desafios da talassemia, sublinhou a relevância do diagnóstico precoce para iniciar rapidamente o tratamento. Relatou o exemplo de uma criança diagnosticada apenas com um ano de idade, que necessitou de transfusões de sangue contínuas a cada duas a quatro semanas durante toda a vida. Explicou que essas transfusões precisavam ser realizadas com bolsas específicas — filtradas e fenotipadas — para garantir maior compatibilidade entre

357 doador e receptor. Observou que manter a hemoglobina acima de 9,5 g/dL era decisivo para
358 assegurar qualidade de vida e sobrevida superior a 98%. Destacou, porém, que após dez a
359 vinte transfusões os pacientes acumulavam ferro em excesso, exigindo o uso permanente de
360 medicamentos quelantes de ferro. Detalhou que três opções estavam disponíveis no Brasil pelo
361 SUS e que seu uso deveria ser monitorado ao longo da vida. Enfatizou que os exames
362 laboratoriais de ferritina e saturação de transferrina eram importantes, mas insuficientes.
363 Considerou a ressonância magnética "T2" como o padrão-ouro para mensurar a sobrecarga de
364 ferro no fígado e no coração, sendo fundamental para ajustar o tratamento. Ressaltou que esse
365 exame estava disponível no Brasil, inclusive no SUS, mas ainda não era acessível a todos os
366 pacientes. Apontou as complicações graves decorrentes da ausência de tratamento adequado:
367 deformidades ósseas, atraso do crescimento e da puberdade, doenças endócrinas,
368 insuficiência cardíaca, arritmias, fibrose hepática, câncer de fígado, insuficiência renal e
369 tromboses. Defendeu, assim, a necessidade de acompanhamento multiprofissional com
370 hematologistas, cardiologistas, endocrinologistas, hepatologistas, nefrologistas e
371 infectologistas. Salientou que muitos adultos viviam hoje com sequelas em virtude de
372 diagnósticos tardios ou tratamentos inadequados no passado. Apresentou, ainda, dados
373 históricos: nas décadas de 1950 e 1960, pacientes com talassemia morriam precocemente de
374 anemia por falta de transfusões; a partir de 1970, com o início das transfusões regulares,
375 houve aumento da sobrevida, mas também crescimento das mortes por sobrecarga de ferro;
376 nos anos 1980, os quelantes de ferro começaram a reduzir essas complicações; e, a partir dos
377 anos 2000, com o uso da ressonância magnética, a mortalidade por sobrecarga de ferro caiu
378 71%, demonstrando o impacto positivo do acesso ao exame. Observou que a cura era possível
379 por meio de transplante de medula óssea ou terapia gênica, mas ressaltou a dificuldade de
380 encontrar doadores compatíveis e o altíssimo custo da terapia gênica, inviável em larga escala.
381 Alertou, ainda, para os pacientes com talassemia não dependente de transfusão, que
382 apresentavam risco quatro vezes maior de complicações e sobrevida oito vezes menor quando
383 mantinham hemoglobina abaixo de 10 g/dL. Defendeu que esse grupo também necessitava de
384 acompanhamento especializado. Na sequência, Sandra falsou sobre a doença falciforme,
385 ressaltando que o diagnóstico precoce era igualmente essencial. Explicou que os pacientes
386 estavam sujeitos, desde a infância, a infecções graves, crises dolorosas recorrentes e
387 sequestro esplênico. Ressaltou que o acidente vascular cerebral era frequente em crianças,
388 enquanto na idade adulta predominavam complicações como dor crônica, úlceras, tromboses,
389 problemas cardíacos e lesões em múltiplos órgãos — ossos, rins, olhos e sistema nervoso.
390 Frisou que as políticas públicas eram determinantes para melhorar a qualidade de vida desses
391 pacientes. Apontou medidas essenciais: profilaxia antibiótica, vacinação adequada, uso do
392 doppler transcraniano para prever risco de AVC e transfusões programadas para prevenção.
393 Reforçou a necessidade de educação das famílias para lidar com crises de dor, febres e sinais
394 de complicações. Apresentou evidências de que, nos Estados Unidos, a mortalidade infantil por
395 doença falciforme havia caído drasticamente, passando de 15% em 1979 para 2% em 2017,
396 em decorrência da implementação dessas medidas. No Brasil, contudo, destacou que a
397 mortalidade seguia elevada, principalmente em crianças de 1 a 4 anos, devido à falta de
398 acesso a diagnósticos, antibióticos, vacinas e acompanhamento sistemático. Também apontou
399 índices preocupantes de mortalidade entre jovens de 20 a 29 anos. Finalizando, reforçou que
400 os principais desafios para o SUS em relação à talassemia e à doença falciforme eram: garantir
401 diagnóstico precoce e de qualidade, com acesso equitativo em todo o país; assegurar
402 transfusões corretas e seguras, acompanhadas por quelantes de ferro e ressonância
403 magnética; ampliar o acesso a especialistas não hematologistas para acompanhamento
404 multiprofissional; disponibilizar medicamentos como hidroxiureia e vacinas, além de antibióticos
405 profiláticos; estruturar ambulatórios de transição entre pediatria e atendimento adulto; fomentar
406 a educação médica continuada para qualificar diagnósticos e tratamentos; e ampliar as
407 discussões sobre terapias de cura, como transplante de medula e terapia gênica, com vistas à
408 equidade. Fechou sua fala reafirmando que a vida das pessoas com talassemia e doença
409 falciforme dependia do acesso universal, equânime e integral ao cuidado, sendo papel
410 fundamental do SUS assegurar esse direito. Na sequência, a Coordenadora da
411 CGSH/DAET/SAES/MS, **Luciana Maria de Barros**, agradeceu a oportunidade de participar do
412 debate e afirmou que sua intervenção complementaria os pontos apresentados anteriormente,
413 destacando os desafios institucionais e organizacionais para melhorar o cuidado integral de
414 pessoas com anemias constitucionais, em especial a talassemia e a doença falciforme.
415 Destacou que, embora sejam chamadas de "anemias", essas condições não se restringiam à
416 alteração do sangue, mas implicavam complicações sistêmicas em diversos órgãos,

417 principalmente em função da sobrecarga de ferro. Observou que, com o aumento da
418 longevidade dos pacientes, surgiram novas demandas de tratamento e acompanhamento para
419 assegurar qualidade de vida ao longo de toda a trajetória. No que diz respeito ao marco legal e
420 escopo institucional, mencionou a Lei nº 10.205/2001, que instituiu a Política Nacional de
421 Sangue e Hemoderivados, assegurando o acesso universal, de qualidade e seguro às
422 transfusões. Explicou que, embora a lei não tratasse diretamente de talassemia e doença
423 falciforme, essas condições estavam no escopo da Política, por dependerem de transfusões
424 contínuas. Observou que regulamentações infralegais reforçavam esse enquadramento e que,
425 por isso, o cuidado a essa população estava sob responsabilidade da Coordenação-Geral de
426 Sangue e Hemoderivados, vinculada ao Departamento de Atenção Especializada. Reconheceu
427 que o atendimento a esses pacientes era atravessado por fragilidades históricas decorrentes
428 de desigualdades sociais, raciais e regionais. Inclusive, salientou que preconceito, racismo e
429 exclusão social impactavam o cuidado. Apresentou dados epidemiológicos a partir dos
430 sistemas de cadastro mantidos pelo Ministério da Saúde, mas alertou que havia subnotificação
431 e inconsistência de informações. Indicou que o cadastro registrava cerca de 30 mil pessoas
432 com doença falciforme, a maioria com a forma mais grave (SS), concentradas principalmente
433 no Sudeste. Quanto à talassemia, mencionou que havia 783 pacientes cadastrados, sendo 344
434 com a forma maior. Destacou que os números eram inferiores à realidade, evidenciando
435 necessidade de aperfeiçoar a notificação e o registro para orientar melhor o planejamento das
436 ações. Na linha dos avanços, citou a inclusão da doença falciforme como condição de
437 notificação compulsória, medida que buscava fortalecer a vigilância e o planejamento das
438 políticas. Reforçou que o teste do pezinho era fundamental para o diagnóstico precoce e que, a
439 partir da notificação, novos indicadores passariam a ser monitorados, como a realização do
440 doppler transcraniano, essencial para a prevenção de AVCs em crianças. Sobre a estrutura de
441 atendimento e capacitação profissional, informou que havia 153 ambulatórios cadastrados para
442 o atendimento de pessoas com doença falciforme. Relatou que, nos últimos dois anos, foram
443 capacitados 6.525 profissionais de saúde, sendo 1.992 médicos e mais de 4.500 profissionais
444 de diferentes áreas, como enfermagem, fisioterapia, bioquímica e farmácia. Essas
445 capacitações abordaram temas como saúde da mulher, saúde do homem, doenças
446 cardiovasculares e nefrologia, ampliando a rede de cuidado. Ainda na linha da capacitação,
447 mencionou o Simpósio de Doença Falciforme, realizado periodicamente com participação do
448 controle social e de associações de pacientes, além da recente cooperação internacional com
449 países de língua portuguesa e com o Hospital St. Jude, dos Estados Unidos, voltada para
450 pediatria e capacitação familiar. Seguindo, destacou a publicação recente do Protocolo de
451 Tratamento da Doença Falciforme, que reforçava a importância da hidroximetilglutarilcarnínia na redução de
452 morbilidades. Salientou que ainda havia dificuldades de acesso, principalmente para crianças,
453 devido à apresentação inadequada da formulação. Explicou que se discutia a centralização da
454 compra do medicamento pelo Ministério da Saúde, visando garantir distribuição uniforme para
455 adultos e crianças. Apontou também a necessidade de melhorar a distribuição da
456 fenoximetilpenicilina, fundamental na infância para reduzir mortalidade, e de ampliar o acesso
457 ao doppler transcraniano, ainda limitado por falta de especialistas em algumas regiões.
458 Defendeu a centralização da interpretação dos exames, permitindo que fossem realizados
459 localmente, mas analisados por especialistas em centros de referência. Na linha das novas
460 tecnologias e perspectivas de tratamento, citou terapias avançadas, como o transplante de
461 medula óssea e a terapia gênica. Ressaltou que, para além da disponibilidade de doadores,
462 era necessário que os pacientes chegassem ao transplante em boas condições clínicas, o que
463 dependia do tratamento adequado desde cedo. Mencionou também a eritrocitaférese como
464 alternativa para reduzir a sobrecarga de ferro. Reconheceu, entretanto, que a terapia gênica
465 ainda apresentava desafios de custo e de consolidação científica. No mais, salientou ser
466 essencial melhorar a qualificação da hemorrede pública, destacando a importância da
467 fenotipagem e genotipagem eritrocitária, da leucorredução universal e da irradiação quando
468 indicada, garantindo transfusões mais seguras e compatíveis. Ressaltou que os pacientes não
469 poderiam depender apenas do hematologista, mas precisavam de uma rede multiprofissional
470 de especialistas. Nesse ponto, citou o Programa "Agora Tem Especialistas" como oportunidade
471 para ampliar o acesso. Ao concluir, reforçou a necessidade de construção de linhas de cuidado
472 específicas para talassemia e doença falciforme, da publicação dos Protocolos Clínicos e
473 Diretrizes Terapêuticas - PCDTs atualizados e da resolução definitiva do problema da
474 sobrecarga de ferro. Destacou como prioridades a qualificação das transfusões, o acesso a
475 exames de maior complexidade e a estruturação de uma rede que assegurasse equidade no
476 cuidado. Agradeceu a atenção e colocou-se à disposição para contribuições. Conselheira

477 **Talita Garrido de Araújo** fechou as exposições, começando com agradecimentos à Mesa
478 Diretora do CNS e à CIASPP/CNS pelo apoio à inclusão do tema na reunião. Falou da
479 Associação Brasileira de Talassemia – ABRASTA, entidade fundada em 1982, que atuava na
480 defesa de direitos, educação em saúde, acolhimento e conscientização da população afetada.
481 Explicou que a Associação possuía representação em dez estados brasileiros, atuando em
482 parceria com o Ministério da Saúde e integrando o comitê técnico de avaliação das
483 talassemias, ainda em processo de formalização. Ressaltou também a vinculação da
484 associação à Federação Internacional de Talassemia. Informou que a entidade estruturava
485 suas ações em quatro pilares: **apoio ao paciente; pesquisa e monitoramento; educação e**
486 **informação; e políticas públicas e advocacy**, frisando que a falta de dados dificultava a
487 reivindicação de melhorias. Para ilustrar a realidade vivida pelos pacientes, relatou a trajetória
488 de Sheila Ventura, atual presidente da Associação de Profalcêmicos de São Paulo, que
489 perdera seis irmãos e os pais em decorrência da falta de diagnóstico precoce e da falta de
490 preparado do sistema para atender esses casos. Destacou também o caso de Eduardo
491 Maércio, conselheiro do CNS que convivia com talassemia, lembrando que sua mãe ouvira dos
492 médicos que ele não passaria dos sete anos de idade. Apontou que essas histórias
493 representavam tanto as falhas estruturais do Sistema quanto a ressignificação da dor em luta
494 política e social. Defendeu que a doença falciforme fosse considerada problema de saúde
495 pública, historicamente negligenciado e invisibilizado. Ressaltou a necessidade de abordagem
496 intersetorial, integrando saúde, educação, assistência social e equidade racial. Reforçou que o
497 enfrentamento dos determinantes sociais era condição para superar a invisibilidade e garantir
498 uma jornada terapêutica integral, desde o teste do pezinho até a atenção especializada.
499 Apontou como prioridades: universalizar a eletroforese da hemoglobina, estruturar fluxos de
500 referência e contrarreferência, qualificar as urgências e emergências, ampliar os centros de
501 transplante e, sobretudo, humanizar o manejo da dor, dado o desconhecimento frequente dos
502 profissionais de saúde. Para melhor entendimento da situação, apresentou dados levantados
503 pela ABRASTA, segundo os quais 79% dos pacientes dependiam do SUS e 45% relataram
504 dificuldades para acessar medicamentos nos últimos 12 meses. Apontou ainda que 43%
505 enfrentaram problemas para realizar transfusões, que deveriam ocorrer a cada 15 a 21 dias ao
506 longo da vida. Descreveu o projeto “Ver, Ouvir e Transformar”, desenvolvido pela Associação
507 para mapear lacunas assistenciais por meio de visitas a hemocentros, entrevistas com
508 pacientes, familiares, gestores e profissionais de saúde, além da aplicação de questionários
509 socioeconômicos e psicosociais. Informou que o projeto já percorrera diversas capitais —
510 como São Paulo, Recife, Curitiba, Rio de Janeiro, Salvador, Belém e Fortaleza — e que em
511 três das seis edições o Ministério da Saúde acompanhara diretamente as atividades,
512 conferindo ainda mais legitimidade ao processo. Relatou situações críticas observadas, como
513 pacientes da região Norte que viajavam quatro a cinco dias em diversos meios de transporte
514 para chegar aos hemocentros, muitas vezes sem encontrar sangue disponível. Mencionou
515 também práticas ultrapassadas, como esplenectomias realizadas em alguns estados, e a
516 precarização de hemocentros, exemplificando o caso de Pernambuco. Destacou também
517 depoimentos de pacientes que revelavam dificuldades para conciliar transfusões com a vida
518 acadêmica ou laboral, ausência de condições mínimas nos hemocentros — como fornecimento
519 de alimentação — e falhas no acesso à ressonância magnética, exame fundamental que
520 deveria ser anual, mas que muitos nunca haviam realizado. Criticou a desigualdade regional,
521 reforçando que o local onde se vive não poderia determinar a vida ou morte de uma pessoa.
522 Apontou como demandas centrais: garantia da eletroforese de hemoglobina no pré-natal;
523 ampliação do acesso a testes moleculares para confirmação diagnóstica; regionalização e
524 descentralização do cuidado; garantia do fornecimento de quelantes de ferro e pactuação da
525 ressonância magnética; publicação do PCDT da sobrecarga de ferro e criação de linha de
526 cuidado específica para talassemia; protocolos de transição da pediatria para a atenção adulta,
527 evitando descontinuidade do cuidado; valorização dos profissionais da saúde e realização de
528 concursos públicos; e revisão da portaria que regulamentava o Tratamento Fora de Domicílio -
529 TFD, considerada desatualizada desde 1999. Ao concluir, defendeu a comemoração dos 20
530 anos da Política Nacional de Atenção à Doença Falciforme, a criação urgente de um PCDT e
531 linha de cuidado para talassemia, e a revisão das normas de TFD como parte do debate sobre
532 acesso à saúde. Ressaltou também a importância da suplementação da hemorrede para
533 garantir sangue filtrado, fenotípado e raro, além de alertar para a necessidade de vigilância em
534 relação à chamada “PEC do Plasma” ((Proposta de Emenda Constitucional nº. 10/2022), que
535 permanecia em debate no Congresso Nacional. Finalizou reafirmando que discutir TFD e
536 hemoglobinopatias era, em essência, discutir o direito à saúde e à vida. Concluídas as

explanações, foi aberto o debate sobre o tema. Conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda** iniciou destacando a relevância do tema e parabenizando as apresentações das convidadas. Afirmou que a discussão precisava ser tratada de forma transversal no âmbito da saúde, entendendo que o cuidado não poderia se restringir apenas à questão do sangue, mas envolver toda a rede, desde o pré-natal, atenção básica, maternidades, ambulatórios de neonatologia e gestação de alto risco até os centros de referência e transplantes. Lamentou a ausência de prioridade atribuída ao tema nas redes já pactuadas, como a materno-infantil, e defendeu maior organização do processo de cuidado. Questionou qual seria a estratégia do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS para garantir o cuidado integral e integrado, observando a diversidade de realidades municipais. Por fim, defendeu o fortalecimento da atenção básica como eixo estruturante para rastreamento, diagnóstico e acompanhamento dos pacientes. Conselheiro **Eduardo Maércio Fróes** manifestou sua emoção com a inclusão da talassemia na pauta do CNS, o que, nas suas palavras, representava enorme significado para os pacientes e suas famílias, que há muito lutavam contra a invisibilidade. Compartilhou sua trajetória como sobrevivente da forma mais grave da doença, relatando que, quando criança, os médicos haviam previsto que não passaria dos seis anos de idade. Destacou que completava 46 anos de vida graças à resistência de sua mãe e ao enfrentamento coletivo. Reconheceu os avanços, mas apontou que ainda persistiam gargalos graves de acesso. Criticou as políticas do governo anterior, que considerara hostis às minorias, e alertou para os riscos da chamada “PEC do plasma”, que poderia fragilizar a hemorrede. Defendeu que o CNS permanecesse vigilante e engajado em favor da vida e dos pacientes, ressaltando que familiares também sofriam com a precariedade da assistência. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** parabenizou as exposições, mas observou a ausência da abordagem sobre a dimensão racial. Ressaltou que a doença falciforme atingia predominantemente a população negra, embora também houvesse casos em pessoas brancas, e o diagnóstico frequentemente era retardado por preconceitos e estereótipos. Criticou a falta recorrente de medicamentos como a hidroxiureia e a fenoximetilpenicilina, apontando problemas de produção, preço e distribuição. Relatou sua experiência em Pernambuco, lembrando que o HEMOPE (Fundação de Hematologia e Hemoterapia) fora referência, mas atualmente enfrentava grave desestruturação. Enfatizou que a doença falciforme era uma questão de saúde pública que exigia cuidados especializados e equipe preparada para agir inclusive em situações críticas como gestação, e evitar óbitos. Conselheiro **Anselmo Dantas** destacou sua experiência pessoal como pessoa com traço falciforme e, de um lado, fez um destaque aos 20 anos da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e, de outro, lamentou a destruição e a negligência das políticas públicas no país, especialmente em relação às doenças raras e negligenciadas. Afirmou que a omissão do Estado brasileiro era histórica, marcada por racismo estrutural e exclusão social. Colocou a Comissão Intersetorial de Saúde Bucal à disposição para colaborar neste debate, chamando a atenção para as dificuldades de acesso a esse cuidado específico para a população afetada. Por fim, ressaltou que o CNS tinha papel essencial como porta-voz das dores e angústias dos grupos invisibilizados. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** retomou a importância de relacionar o debate às iniquidades sociais e ao negacionismo estatal. Ressaltou que o Brasil era um país miscigenado, mas profundamente desigual, onde as populações pobres e negras eram as mais prejudicadas pela falta de acesso a diagnóstico e tratamento. Reforçou a necessidade de fortalecer a atenção básica como porta de entrada e eixo central do SUS, lembrando que ela ainda recebia pouca atenção nos debates, inclusive no Conselho. Destacou que negligência e omissão governamental continuavam a condenar milhares de pessoas, e que a superação dessas desigualdades dependia de compromisso político efetivo. Conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos** observou que não se poderia reduzir a talassemia à população branca e a doença falciforme à população negra. Ressaltou a necessidade de compreender a diversidade do povo brasileiro e as complexas formas de miscigenação. Citou casos conhecidos de pessoas brancas com doença falciforme e de negros com talassemia, destacando que os profissionais de saúde precisavam superar visões simplistas para assegurar diagnósticos corretos. Acrescentou que, no mês seguinte, o CNS celebraria os 20 anos da Política Nacional de Atenção à Doença Falciforme e reforçou que ainda havia falhas graves no atendimento. Comparou experiências entre estados, mencionando que, apesar de limitações, o Paraná oferecia atendimento mais estruturado em relação a outras regiões. Conselheira **Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto** ressaltou que os pontos centrais já haviam sido abordados pelos colegas, mas enfatizou a importância de manter o diálogo com o Ministério da Saúde para avançar na elaboração dos PCDTs e na inclusão do tema na atenção

597 básica. Defendeu a continuidade da articulação intercomissões, mesmo diante de mudanças
598 internas do Conselho, para garantir que a pauta tivesse seguimento prático. Conselheiro **Mauri**
599 **Bezerra dos Santos** reforçou a relevância da mesa e prestou homenagem a Sheila Ventura,
600 dirigente do movimento social e sobrevivente da talassemia, cuja trajetória fora marcada pela
601 perda de seis familiares em razão da ausência de diagnóstico precoce e cuidado adequado.
602 Ressaltou a força de sua militância e de sua luta no controle social, destacando que sua
603 história simbolizava a negligência vivida por muitas pessoas no Brasil. Alertou que, se casos
604 tão graves ocorriam em São Paulo, que dispunha de mais recursos, a situação era ainda mais
605 crítica em outros estados e municípios com menor capacidade de atendimento. Conselheiro
606 **Getúlio Vargas de Moura** afirmou que a talassemia e a doença falciforme eram pautas
607 historicamente invisibilizadas e que precisavam ganhar centralidade na agenda do CNS.
608 Lembrou a militante Maria da Conceição, ex-conselheira nacional de saúde, representante do
609 Movimento Negro, que sempre defendera a causa dentro do Conselho, e homenageou a sua
610 atuação. Ressaltou que a doença falciforme possuía “cor, raça e classe”, afetando
611 principalmente populações negras e periféricas. Defendeu que as resoluções e debates se
612 traduzissem em políticas efetivas nas cidades e comunidades, em articulação com CONASS,
613 CONASEMS e o Ministério da Saúde. Concluiu afirmando que a luta era coletiva e deveria
614 transformar resoluções em ações concretas do SUS. Concluídas as falas, foi aberta a palavra à
615 mesa para considerações finais. Conselheira **Talita Garrido de Araújo** agradeceu novamente
616 o espaço concedido para trazer ao centro do debate a talassemia e a doença falciforme.
617 Destacou a importância da educação antirracista, pontuando que esse aspecto não poderia ser
618 negligenciado. Recordou que a discussão havia sido iniciada no CIASPP/CNS, com
619 participação de Sheila Ventura representando as pessoas com doença falciforme, mas
620 lamentou que sua fala não tivesse sido incluída no pleno, o que considerou uma forma de
621 invisibilização. Ressaltou que, embora tivesse representado a talassemia, fazia questão de
622 articular-se também com a pauta da doença falciforme. Observou que muitas pessoas não
623 conseguiam ressignificar o sofrimento vivido, sobretudo em contextos de ausência de cuidado
624 e negligência do SUS. Defendeu que a adesão ao tratamento só seria possível com condições
625 adequadas de acesso, incluindo apoio em saúde mental, alimentação saudável e práticas
626 integrativas para o manejo da dor. Reforçou que políticas e portarias, por si só, não eram
627 suficientes, sendo necessário garantir efetividade nos municípios e estados. Fez uma crítica à
628 ausência do CONASS nos debates e informou que formalizaria novo pedido para que essa
629 instância participasse das discussões sobre talassemia e doença falciforme. A coordenadora
630 da CGSH/DAET/SAES/MS, **Luciana Maria de Barros Carlos**, agradeceu a oportunidade e
631 destacou a importância de agilizar a implementação das incorporações já aprovadas, com
632 reorganização das câmaras técnicas e maior articulação intersetorial. Reforçou que o cuidado
633 dessas doenças não poderia se restringir a uma especialidade, pois abrangia situações de
634 urgência, emergências, ciclo gravídico-puerperal e neonatologia, que demandavam proteção e
635 respostas rápidas. Defendeu o fortalecimento da hemorrede pública, lembrando que ela fora
636 responsável por transformar transfusões de um risco de adoecimento em possibilidade de vida
637 e tratamento. Reconheceu, porém, que a rede enfrentava enfraquecimento, com vínculos
638 precários e dificuldades de retenção de profissionais qualificados. Alertou para o risco de
639 retrocessos caso não houvesse investimentos contínuos em tecnologia, equipamentos e
640 capacitação. Reafirmou a defesa da doação voluntária, anônima e altruísta de sangue como
641 única forma de garantir segurança para pacientes e doadores, e colocou-se à disposição para
642 avançar na construção de linhas de cuidado mais robustas. A Gerente Médica/GSH, **Sandra**
643 **Longgetto**, manifestou sua satisfação por participar da reunião e afirmou que as discussões
644 demonstraram compreensão coletiva sobre as dificuldades enfrentadas por pessoas com
645 talassemia e doença falciforme. Afirmou ter percebido disponibilidade para transformar o
646 conhecimento científico em políticas públicas capazes de melhorar a sobrevida e a qualidade
647 de vida dos pacientes. Ressaltou que já existiam políticas e portarias sobre o tema, mas que o
648 desafio era garantir sua implementação em todo o território nacional. Defendeu que o próximo
649 passo fosse a busca de soluções práticas e efetivas, em articulação entre o Ministério da
650 Saúde, associações de pacientes e entidades científicas. Colocou a Associação Brasileira de
651 Hematologia e Hemoterapia à disposição para colaborar nesse processo. Conselheira **Sylvia**
652 **Elizabeth de Andrade Peixoto**, Coordenadora Adjunta da CIASPP/CNS, agradeceu pela
653 realização da pauta e revelou que o tema fora incluído devido a uma reportagem compartilhada
654 pelo conselheiro Mauri Bezerra, o que a motivara a propor sua análise no CIASPP. Relatou o
655 percurso que levou ao debate no pleno e ressaltou a importância de dar continuidade ao
656 trabalho iniciado. Conselheira **Talita Garrido de Araujo**, representante da ABRASTA,

657 complementou sua fala, agradecendo ao comitê técnico da ABRASTA, composto por
658 especialistas como a Dra. Sandra Loghetto e a Dra. Mônica, que vinha atuando como
659 consultora técnica em talassemia no Ministério da Saúde. Reconheceu que o grupo havia
660 desempenhado papel fundamental na resistência ao desmonte ocorrido na gestão anterior.
661 Agradeceu também ao comitê de pacientes da ABRASTA, responsável por subsidiar a
662 entidade com informações e experiências que fortaleciam sua representação no controle social.
663 Na sequência, a mesa agradeceu as convidadas e sintetizou os encaminhamentos que
664 surgiram no debate: **No debate, foram apresentados os seguintes encaminhamentos: a)**
665 **agendar pauta específica no CNS sobre doença falciforme, em alusão aos 10 anos da**
666 **Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras**
667 **Hemoglobinopatias; b) sugerir a criação do PCDT de Talassemia e a organização das**
668 **linhas de cuidado, com a contribuição da CIASPP/CNS; c) sugerir reunião com CONASS**
669 **e entidades representantes das doenças do sangue para tratar sobre talassemia e**
670 **doença falciforme; d) sugerir a atualização da Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999,**
671 **que dispõe sobre a rotina do tratamento fora de domicílio no SUS; e) solicitar às áreas**
672 **do Ministério da Saúde envolvidas com a temática que apresentem planos de execução**
673 **para ampliar o tratamento; f) propor formação especializada sobre talassemia e doença**
674 **falciforme para profissionais do Programa Agora Tem Especialistas; e g) dar visibilidade**
675 **ao cuidado com essas doenças na Atenção Primária à Saúde.** Neste houve deliberação.
676 Com isso, a mesa agradeceu novamente a participação de todas as pessoas e a presença das
677 convidadas, e encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes
678 pessoas conselheiras neste período: nomes serão incluídos. Retomando, às 14h15,
679 conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa diretora do CNS, anunciou a presença de
680 delegação do Ministério da Saúde da Província de Buenos Aires na reunião. A comitiva
681 estrangeira foi liderada pelo ministro da Saúde da Província de Buenos Aires, Nicolás Kreplak, e
682 composta por autoridades técnicas das áreas de planejamento, comunicação, saúde da criança e
683 organização de redes. O ministro fez uma breve fala de saudação ao Plenário do Conselho.
684 Destacou o valor do SUS como modelo de participação social e afirmou que a experiência
685 brasileira servia de referência para reformas em curso na Argentina. Enfatizou que a
686 institucionalização da participação popular garantia maior vínculo do sistema de saúde com os
687 territórios, mesmo diante de pressões econômicas. Por fim, agradeceu o espaço e a
688 receptividade. **ITEM 4 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE RELAÇÃO DE TRABALHO E**
689 **EDUCAÇÃO NA SAÚDE – CIRTES – Informes. Apresentação dos pareceres de processos**
690 **de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde -**
691 **Coordenação: conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite, da Mesa diretora do CNS.** Apresentação:
692 conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa diretora do CNS e
693 coordenadora da CIRHRT/CNS. Conselheira Francisca Valda da Silva, coordenadora da
694 CIRHRT/CNS, apresentou os informes da comissão, justificando a ausência do conselheiro
695 João Pedro, coordenador adjunto da Comissão. Relembrou que a CIRHRT exercia atribuição
696 permanente do CNS no campo da ordenação da formação de recursos humanos em saúde,
697 considerando as necessidades do SUS, da população e das regiões. Informou que os trabalhos
698 haviam sido realizados no período de 4 a 31 de julho de 2025, durante o qual foram apreciados
699 dezessete processos, sendo onze insatisfatórios e seis satisfatórios com recomendações.
700 Explicou que os processos se referiam a atos regulatórios distintos: sete de autorização, cinco
701 de autorização vinculada ao credenciamento e cinco de reconhecimento. Para conhecimento,
702 fez uma explanação geral sobre esses 34 processos analisados pela Comissão: **1) Relação**
703 entre número de processos analisados e Curso - Enfermagem: 6; Medicina: 0; Odontologia: 3;
704 e Psicologia: 8; **2) Relação de cursos e tipo de ato regulatório:** Enfermagem – três de
705 autorização, um de reconhecimento e dois de autorização vinculada a credenciamento;
706 Odontologia – três de autorização; e Psicologia – um de autorização, quatro de reconhecimento
707 e três de autorização vinculada a credenciamento. Recordou que a análise dos processos
708 seguia rito definido: elaboração de nota técnica, parecer de relatoria e deliberação colegiada da
709 comissão, consolidando a posição do CNS. A seguir, fez um relato dos principais debates e
710 resultados da reunião da CIRTES/CNS, realizada em 29 e 30 de julho, última do triênio, que
711 reunira as três câmaras técnicas. Explicou que foram discutidos: a participação do CNS no
712 Fórum Internacional sobre Recursos Humanos nas Américas (23 a 25 de julho); a elaboração
713 de documento orientador para a atualização do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível
714 Médio, em processo de consulta pública aberta pelo Ministério da Educação; a importância de
715 garantir protagonismo do controle social nesse debate, considerando que mais de 2 milhões de
716 trabalhadores técnicos atuavam no SUS; a produção de um substitutivo ao Projeto de Lei nº

717 504/2023, que tratava da regulamentação da residência multiprofissional em saúde, atualmente
718 em tramitação no Congresso Nacional. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** agradeceu a
719 apresentação da coordenadora da CIRTES e registrou que não havia encaminhamentos. A
720 coordenadora da Comissão agradeceu e reforçou o convite às entidades para participarem
721 ativamente da consulta pública sobre cursos técnicos e acompanharem os debates sobre
722 residência em saúde. Por fim, a mesa agradeceu e encerrou este ponto de pauta. **ITEM 5 –**
723 **ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA “AGORA TEM ESPECIALISTAS” – Componente IV**
724 - **Crédito Financeiro e o Componente VIII – Prestação de Serviços Especializados em**
725 **Caráter Complementar.** Apresentação: **Fausto Soriano Estrela Neto**, Diretor de Programa -
726 Secretaria Executiva do MS; **Gabriella Nunes Neves**, Coordenadora de Gestão da Informação
727 - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – COQAE/DEEQAE/SAES/MS. Coordenação:
728 conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas**
729 **de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** abriu o
730 ponto de pauta saudando as pessoas convidadas e demais presentes à reunião. Na sequência,
731 conselheira **Priscila Torres da Silva**, também da Mesa Diretora do CNS, saudou os presentes
732 e se apresentou, reforçando seu papel na coordenação do debate. Antes de iniciar o debate,
733 houve um momento de homenagem à secretaria executiva do CNS, **Janaína Salles**, que
734 completara aniversário na semana, com agradecimentos pelo comprometimento dela na
735 condução do Conselho e desejos de felicidade. A mesa reconheceu a atuação dela como
736 imprescindível para o bom andamento dos trabalhos do Conselho e houve agradecimentos em
737 nome da Mesa Diretora do Conselho. Após os registros de homenagem, a mesa apresentou os
738 convidados do debate, mas antes de passar a palavra para as exposições, a conselheira
739 **Eliane Aparecida da Cruz**, chefe de gabinete do Ministro da Saúde, fez uso da palavra para
740 um comunicado ao Conselho, reforçando o caráter institucional do debate e a relevância do
741 tema para a agenda do SUS. Iniciou cumprimentando as pessoas presentes e informando que
742 o Ministro de Estado da Saúde não pôde comparecer à reunião por estar em audiência no
743 Congresso Nacional. Explicou que trazia ao Plenário um comunicado relevante, relacionado a
744 uma demanda antiga do Conselho. Recordou que no dia anterior, 5 de agosto, comemorara-se
745 o Dia Nacional da Saúde, ocasião considerada apropriada para anunciar o lançamento do
746 edital de fortalecimento da campanha de implementação dos conselhos locais de saúde.
747 Ressaltou que o tema já vinha sendo discutido no ano anterior, quando se previu a destinação
748 de recursos para apoiar iniciativas voltadas à criação e consolidação desses espaços de
749 participação social. Informou que a Secretaria Executiva do CNS e a Mesa Diretora já haviam
750 aprovado a primeira versão do edital, que seria formalizada por meio de portaria ministerial.
751 Disse que o valor total do investimento seria de R\$ 7 milhões, com coordenação do
752 Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa – DGIP/MS. Explicou que a meta inicial
753 era atender ao menos cem cidades, apoiando atividades voltadas à instalação, comunicação,
754 supervisão, eleição e formação de conselhos locais de saúde, fortalecendo o controle social no
755 SUS. Concluiu afirmando que o anúncio representava não apenas uma conquista para o CNS,
756 mas também uma forma de celebrar o Dia Nacional da Saúde, reafirmando o compromisso
757 com a participação popular e com o fortalecimento da democracia. Conselheira **Fernanda Lou**
758 **Sans Magano**, Presidenta do CNS, agradeceu à conselheira Eliane Cruz pela comunicação
759 realizada em nome do Ministro da Saúde e destacou a relevância da decisão anunciada.
760 Enfatizou que o Ministério da Saúde havia atendido a uma demanda apresentada pelo CNS,
761 voltada ao fortalecimento da campanha nacional de criação e consolidação dos conselhos
762 locais de saúde. Recordou que a campanha já incluía a produção de webséries e diferentes
763 iniciativas de mobilização social, mas que, com o novo investimento, seria possível ampliar o
764 alcance e apoiar municípios que ainda não dispunham de conselhos locais. Ressaltou que
765 essa medida representava um passo importante para consolidar a construção do SUS a partir
766 da base, reforçando os princípios do Sistema e fortalecendo a democracia participativa.
767 Agradeceu ao Ministro Padilha pelo atendimento à solicitação, à chefia de gabinete, à
768 secretaria executiva e a toda a equipe envolvida. Finalizou sua fala reiterando o
769 reconhecimento ao esforço conjunto e devolveu a palavra à Mesa Diretora para continuidade
770 dos trabalhos. A seguir, abriu a palavra às pessoas convidadas. O Diretor de Programa/SE/MS,
771 **Fausto Soriano Estrela Neto**, iniciou sua fala agradecendo o convite e destacando satisfação
772 de retornar ao Plenário do CNS como representante do Ministério da Saúde, mas também
773 como conselheiro nacional, integrante do Colegiado. Considerou o momento significativo, por
774 permitir que o debate fosse feito de maneira transparente e dialogada com os segmentos de
775 usuários, trabalhadores e gestores, em consonância com o espírito democrático do SUS.
776 Explicou que a apresentação daria continuidade ao processo de acompanhamento do

777 Programa Agora Tem Especialistas, criado pela Medida Provisória nº 1.131, de 30 de maio de
778 2025, regulamentado por portarias específicas. Relembrou que o programa fora estruturado em
779 diversos componentes, e que, nesta reunião, seriam tratados em detalhe dois deles: o
780 Componente IV - Crédito Financeiro e o Componente VIII – Prestação de Serviços
781 Especializados em Caráter Complementar. Sobre o Componente de Crédito Financeiro,
782 explicou que este componente se destinava a permitir que instituições de saúde públicas e
783 privadas pudessem transformar passivos tributários ou contribuições em créditos financeiros,
784 destinados exclusivamente à ampliação da oferta de serviços no SUS. Disse que o processo
785 estava regulamentado por atos infralegais envolvendo a Procuradoria-Geral da Fazenda
786 Nacional - PGFN, a Receita Federal do Brasil, o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde,
787 entre eles as portarias nº 7.307 e nº 7.565. Esse arranjo interinstitucional, segundo ele,
788 buscava dar segurança jurídica e financeira ao mecanismo. Explicou que o objetivo era
789 permitir que instituições de saúde, com ou sem dívidas, pudessem gerar créditos financeiros a
790 partir da adesão ao programa, convertendo-os em capacidade para ampliar a oferta de
791 serviços. Destacou que a adesão ocorria por meio do sistema InvesteSUS, onde os
792 estabelecimentos apresentavam uma matriz de oferta de procedimentos ambulatoriais e
793 cirúrgicos. Essa oferta era analisada pelo Ministério da Saúde quanto ao mérito e à
794 compatibilidade com as necessidades locais identificadas nas filas de regulação. Após
795 validação, as propostas eram submetidas à análise dos grupos condutores estaduais, que
796 tinham até 10 dias úteis para se manifestar. Com a concordância dos estados e municípios,
797 ocorria a homologação final e a oferta passava a integrar o complexo regulador local. Informou
798 que já havia 108 instituições manifestando interesse nesse componente, em fase de análise
799 pelo Ministério da Saúde. Ressaltou que a medida permitia mobilizar recursos não disponíveis
800 no orçamento regular, estimando-se um potencial de R\$ 2 bilhões anuais em novos créditos.
801 Destacou que a lógica visava reduzir filas sem desorganizar a rede local, preservando a
802 integralidade e continuidade do cuidado. Detalhou que os valores para remuneração dos
803 serviços estarão em tabela própria publicada pela SAES/MS e a produção será registrada e
804 processada em âmbito local, mensalmente, e enviada através dos sistemas de informação ao
805 MS. Disse que a produção aprovada pelo Ministério da Saúde será enviada ao FNS (CVCF)
806 que informará ao MF. A produção mensal de atendimento deve ser no mínimo de
807 R\$100.000,00 para a quitação da dívida tributária. Discorreu sobre as vantagens da adesão
808 para hospitais privados e filantrópicos, detalhando: período de seis meses sem juros e multas;
809 redução de 70% em juros e multas sobre o valor da dívida; mais regularidade fiscal para
810 empresas; mais atendimento especializado no SUS; parcelamento para segurança - 60
811 parcelas para pagamento; e parcelamento para setor filantrópico - 145 parcelas para
812 pagamento. Disse que foi disponibilizada Cartilha, detalhando o passo a passo para adesão.
813 Segundo, apresentou o Componente VIII – Prestação de Serviços Especializados em Caráter
814 Complementar, focando na Modalidade 1 (Credenciamento Universal de Instituições). Explicou
815 que essa modalidade permitia que hospitais e clínicas privadas, situados nos territórios, se
816 credenciassem para ampliar a oferta de serviços ambulatoriais e cirúrgicos, incluindo 34
817 Ofertas de Cuidados Integrados - OCIs e 1.279 tipos de procedimentos cirúrgicos. Informou
818 que o edital já estava aberto, com vigência de 12 meses prorrogáveis e ciclos de avaliação
819 bimestrais. As instituições credenciadas deveriam comprovar capacidade instalada e informar
820 dados de filas no sistema da Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS, o que representava
821 inovação ao permitir maior transparéncia sobre a regulação e dimensionamento das filas em
822 nível nacional. Reforçou que o processo respeitava os territórios: após a análise técnica do
823 ministério, as ofertas eram submetidas a estados e municípios, que podiam aceitá-las ou não.
824 Caso a instituição já tivesse contrato com o ente federado, era feito aditivo, sempre garantindo
825 que o novo recurso representasse ampliação do acesso e não mera substituição de fonte de
826 financiamento. No que diz respeito a inovações e garantias, destacou como inovação a
827 exigência de que todas as instituições participantes afixassem plaquetas de identificação com a
828 marca do Programa, permitindo aos usuários reconhecerem os serviços vinculados e
829 exercerem maior controle social. Na sequência, expôs a coordenadora **Gabriella Nunes**
830 **Neves**, responsável pela gestão da informação na Secretaria de Atenção Especializada à
831 Saúde. Iniciou sua fala agradecendo a oportunidade de participar do debate, representando os
832 diretores Rodrigo Oliveira e Rodrigo Lages, ambos vinculados ao novo departamento
833 responsável pela condução do Programa Agora Tem Especialistas. Abordou o monitoramento
834 e a avaliação do Programa, destacando que a principal ferramenta seria o painel público do
835 SAGE, desenvolvido para dar transparéncia e possibilitar o acompanhamento de todos os
836 indicadores relacionados ao programa. Sobre indicadores e base de dados, explicou que já

estavam incorporados ao painel os dados do componente cirúrgico, com série histórica oriunda do Programa Nacional de Redução de Filas - PNRF e do Programa Mais Acesso a Especialidades - PMAE. Ressaltou que, para garantir monitoramento adequado, era fundamental que os dados de regulação assistencial chegassem regularmente à instância federal, permitindo consolidar um acompanhamento em nível nacional. Apresentou um diagnóstico: em 21 estados, mais de 50% dos municípios enviam regularmente dados para a RNDS, enquanto outros ainda tinham desempenho abaixo desse patamar, prejudicando a completude das informações. Alertou que sem esses dados seria impossível medir, com precisão, a efetividade do Programa. Detalhou comportamento dos indicadores das Ofertas de Cuidados Integrados - OCIs por especialidade, destacando crescimento das agendas, nas áreas de cardiologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia e otorrinolaringologia. Mencionou que, futuramente, a ginecologia também passaria a ser incluída. Apresentou como indicador em desenvolvimento a proporção de usuários segundo tempo de espera para acesso às OCIs. Informou que predominava o acesso em até 30 dias, mas com variações relevantes entre especialidades, sendo a oftalmologia a que apresentava maior tempo médio de espera. Mostrou ainda curvas de crescimento do número de OCIs agendadas, evidenciando tendência ascendente em oftalmologia, cardiologia e ortopedia. Esses dados, segundo ela, seriam centrais para avaliar a capacidade do Programa em reduzir filas e melhorar o acesso. Na produção cirúrgica, destacou que o Programa já demonstrava impacto na ampliação da produção cirúrgica, comparando dados de 2023, 2024 e 2025. Observou crescimento contínuo no volume de procedimentos realizados, o que reforçava a importância da continuidade do monitoramento e da pactuação tripartite dos indicadores. Apresentou ainda dados sobre a instituição dos Núcleos de Apoio à Gestão, criados para apoiar diretamente a redução do tempo de espera e das filas. Explicou que esses núcleos tinham papel estratégico na ponta, ajudando a organizar fluxos e ampliar a eficiência dos processos regulatórios. Informou que alguns estados já apresentavam quantidade expressiva de núcleos instituídos, enquanto outros ainda não tinham iniciado essa estruturação, o que refletia também em menor número de OCIs agendadas. Destacou a importância de estimular todos os entes federados a criarem e fortalecerem esses núcleos. Apresentou o acompanhamento do componente ambulatorial do PMAE, mostrando a concentração das unidades habilitadas principalmente nas regiões Sudeste e Sul. Reforçou que era necessário avançar na descentralização regional, de modo a ampliar a capilaridade do acesso em todo o território nacional. Por fim, exibiu o conjunto de atos normativos já publicados relativos ao programa, ressaltando que, embora fossem numerosos, estavam todos disponíveis para acompanhamento público. Conselheiro **Mauri Bezerra de Souza** ressaltou a importância do Programa e afirmou que as entidades poderiam não apenas apoiar, mas também contribuir para seu sucesso. Reconheceu que a proposta respondia ao passivo da pandemia e às necessidades da população em regiões diversas, especialmente nos vazios assistenciais. Observou, contudo, que das 108 instituições interessadas em participar, quase metade (49) estava localizada no Sudeste, o que poderia ampliar desigualdades regionais. Defendeu que o Ministério da Saúde adotasse medidas para garantir adesão também em regiões menos assistidas. Questionou se a tabela de valores seria a mesma já praticada no SUS, solicitou esclarecimentos sobre a carência de seis meses para pagamento de juros e multas e sobre a redução de 70% desses encargos, argumentando que as instituições não estavam utilizando recursos próprios, mas sim prestando serviços. Reforçou que os hospitais credenciados deveriam obrigatoriamente ser submetidos a auditorias do SUS e da CGU, com fortalecimento do DenaSUS, atualmente sucateado. Conselheira **Camila Lima Sarmento** reforçou as preocupações com a regionalização, trazendo o exemplo de Mato Grosso, Estado que historicamente apresentava baixa adesão a editais. Questionou como o Programa garantiria efetividade em estados cujos gestores eram conservadores e poderiam destinar recursos a outras finalidades. Mencionou a inauguração de um hospital terceirizado em parceria com o Albert Einstein como situação emblemática e indagou como garantir que o Programa assegurasse equidade e qualidade do cuidado. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** manifestou dúvidas quanto à efetividade do Programa, afirmando que não havia novidade real, mas apenas repetição das mesmas práticas já conhecidas. Argumentou que o modelo poderia favorecer mais os empresários do setor privado do que a população, questionando sua eficácia diante das necessidades sociais. Defendeu que o governo buscasse novas formas de atender a saúde da população, mudando o foco do tratamento de doenças para a promoção da saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** alinhou-se às preocupações já colocadas, destacando que o Programa poderia resultar em “perdão de dívidas” para instituições privadas e filantrópicas que historicamente resistiam ao resarcimento ao SUS. Lembrou que, em experiências

anteriores, muitas entidades não aderiram a programas semelhantes por considerarem os valores pouco atrativos. Questionou como o Ministério da Saúde garantiria adesão em regiões carentes de especialistas e alertou que a proposta permaneceria centrada em uma lógica biomédica e médica-centrada, com risco de não alcançar a integralidade preconizada pelo SUS. Conselheira **Sueli Goi Barrios** avaliou o Programa como um enorme desafio, lembrando que o maior gargalo do SUS sempre fora a atenção especializada. Reconheceu o esforço do Ministério da Saúde para enfrentar filas que chegavam a durar anos, com casos de pessoas que morriam sem acesso a consultas e cirurgias. Perguntou ao diretor qual era a expectativa de adesão, considerando as 108 instituições interessadas, e se todos os estados já haviam enviado suas listas de espera para subsidiar a definição das prioridades. Questionou ainda se a matriz de oferta partia da necessidade dos usuários ou da disponibilidade dos prestadores, criticando práticas históricas do setor privado de impor serviços não necessariamente demandados. Indagou também sobre a tabela de valores, mencionando que se falava em duas a três vezes o valor do SUS, e se havia estudos para superar a lógica do pagamento por procedimento, considerada perversa e suscetível a fraudes. Defendeu a importância da avaliação periódica, da identificação clara das entidades credenciadas e do fortalecimento dos mecanismos de controle, auditoria e fiscalização, a fim de garantir que os recursos fossem de fato destinados às necessidades de saúde da população. Concluiu afirmando seu apoio ao Programa, considerando que a sociedade não podia mais esperar cinco ou seis anos por um procedimento. Conselheira **Lucia Helena Modesto Xavier** defendeu a necessidade de ampliar o escopo do Programa para além das especialidades já contempladas. Nessa linha, propôs a inclusão da endocrinologia, diante do crescimento da obesidade e do diabetes no país, citando números alarmantes, como a taxa de 31% de adolescentes obesos e o contingente de 20 milhões de diabéticos. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** agradeceu as apresentações e ponderou que o Programa ainda estava em construção, com normas em processo de pactuação. Colocou a COFIN/CNS à disposição para colaborar com o debate sobre financiamento e com a análise das novas regras, lembrando que todas as ações deveriam ser registradas no Relatório Anual de Gestão - RAG. Defendeu que não poderia haver duas tabelas de remuneração, para evitar disputa entre prestadores, e reforçou que o programa deveria complementar e não substituir os serviços já existentes. Ressaltou que seria importante apresentar futuramente os primeiros resultados para avaliar se a execução correspondia ao planejado. Alertou ainda para o risco de mudanças no Congresso Nacional durante a tramitação da MP que criou o Programa, reconhecendo que eventuais emendas poderiam descharacterizar a proposta inicial. Reafirmou o papel do CNS em defender a concepção original do programa e assegurar sua implementação de forma a garantir especialistas e serviços para quem mais precisava. Conselheira **Priscila Torres da Siva** levantou preocupações sobre a baixa adesão nas regiões Norte e Nordeste, questionando como o controle social poderia ajudar a ampliar a participação local. Apontou a carência de dados sobre as filas de espera como grande obstáculo, pois a falta de transparência impedia o acompanhamento das necessidades reais e resultava em mortes por doenças preveníveis. Perguntou sobre os planos para criação de novas Ofertas de Cuidados Integrados – OCIs, além das cinco especialidades já contempladas, defendendo a ampliação do escopo para atender à demanda dos usuários. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** afirmou que a preocupação com a equidade nos territórios era legítima e que o Programa precisaria definir formas de aplicação que considerassem as regiões menos assistidas. Reconheceu a dificuldade de trazer para o SUS serviços especializados que historicamente estavam concentrados no setor privado e destacou que o debate deveria incluir também a equipe multiprofissional, e não apenas médicos. Reforçou que todos os recursos de caráter público estavam sujeitos a fiscalização pelo TCU, CGU e auditorias do SUS, lembrando que não se tratava de perdão de dívidas, mas de conversão em serviços prestados. Ressaltou a importância da pactuação permanente no CNS para ajustar o Programa e assegurou que o controle social teria papel fundamental no acompanhamento da execução. Concluído este bloco de intervenções, a palavra voltou à mesa para comentários. O diretor/SE/MS, **Fausto Soriano Estrela Neto**, respondeu às questões levantadas pelos conselheiros, afirmando que as dúvidas ajudaram a explicar pontos centrais do programa. Disse que a adesão das 108 instituições já inscritas não representava a totalidade da oferta, pois o edital permaneceria continuamente aberto. Ressaltou que os R\$ 2 bilhões previstos no crédito financeiro seriam distribuídos entre as regiões do país, conforme metodologia definida na Portaria nº 7.307, que destinava percentuais fixos ao Nordeste (24%), Norte (8%), Centro-Oeste (10%), Sudeste (36,5%) e Sul (11,5%), além de 10% de uso discricionário pelo Ministério da Saúde. Explicou que essa regra visava mitigar desigualdades regionais. Além disso,

957 salientou que nestes números não estavam contemplados planos de saúde, que seriam
958 tratados em edital de ressarcimento, que seria lançado naquela semana. Detalhou ainda que o
959 Componente 8 se desdobrava em três modalidades: 1) credenciamento universal de
960 instituições locais, 2) contratação de empresas para ativar hospitais ociosos e 3) circulação de
961 150 carretas de saúde pelo país. Reforçou que essa combinação de estratégias asseguraria
962 maior equidade no acesso. Sobre a tabela de valores, reconheceu a defasagem histórica da
963 tabela SUS, mas afirmou que o Ministério da Saúde evitara a desregulação ao adotar
964 referências da Portaria nº 2.985/2024, que permitiam valores até 300% acima do SIGTAP,
965 conforme práticas estaduais já pactuadas. Defendeu que as OCIs representavam inovação ao
966 atrelar o pagamento à realização integral da linha de cuidado. Reiterou que todos os
967 estabelecimentos participantes estariam sujeitos à fiscalização do TCU, CGU e auditorias do
968 SUS, e que a identidade visual obrigatória permitiria aos usuários identificar os serviços
969 vinculados ao Programa. Acrescentou que o Ministério da Saúde monitorava semanalmente a
970 execução por meio da Sala de Apoio à Gestão Ágil do SUS e que novos painéis seriam
971 integrados ao SUS Digital para garantir transparência. Explicou também que a moratória de
972 seis meses e os descontos de até 70% em dívidas seguiam critérios já estabelecidos na
973 legislação tributária, e não constituíam privilégios exclusivos de valoração do privado. Encerrou
974 reafirmando que o Programa deveria ser constantemente avaliado e corrigido com apoio do
975 CNS, destacando que se tratava de um debate estruturante sobre a atenção especializada no
976 Brasil. Na sequência, a coordenadora **Gabriella Nunes Neves** complementou as colocações,
977 informando que desde o lançamento do Programa, em 30 de maio de 2025, o envio de dados
978 de regulação pelos estados à Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS havia se ampliado.
979 Explicou que a equipe do DataSUS e do DEEQAE/MS oferecia suporte técnico direto a estados
980 e municípios para viabilizar a interoperabilidade. Reforçou que a participação do controle social
981 era fundamental para dar visibilidade ao Programa, divulgar experiências exitosas - como a da
982 Paraíba com as OCIs - e apoiar o planejamento regional. Segundo, a mesa abriu para uma
983 segunda rodada de manifestações. Conselheiro **Carlos Duarte Duarte** informou que o tema
984 fora discutido em plenária extraordinária do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do
985 Sul, em articulação com a atenção básica. Considerou que a aproximação com a realidade
986 local tornava o Programa mais comprehensível para os usuários e defendeu que o debate fosse
987 ampliado nos conselhos estaduais e municipais, de modo a fortalecer o controle social e
988 aprimorar a implementação, dada a sua importância para a população. Conselheira **Melissa do**
989 **Amaral Ribeiro** avaliou que o maior desafio era elucidar a população sobre como acessar o
990 Programa. Relatou situações de urgência em que pacientes, como os acometidos por câncer
991 de laringe, não podiam esperar meses em filas. Defendeu a criação de materiais didáticos,
992 infográficos e guias passo a passo, para que conselheiros e entidades pudessem atuar como
993 multiplicadores de informação. Conselheiro **Anselmo Dantas** destacou a necessidade de
994 medir não apenas a produção de procedimentos, mas também a satisfação dos usuários,
995 considerando a experiência vivida na navegação pelo sistema de saúde. Avaliou que a
996 percepção das pessoas seria um indicador estratégico para validar se o Programa estava no
997 caminho certo, e reforçou a importância de ouvir diretamente os cidadãos sobre suas
998 expectativas e dificuldades. Conselheira **Sueli Goi Barrios** deu continuidade à sua fala
999 anterior, ressaltando que o Programa fora instituído com horizonte de cinco anos, até 2030.
1000 Afirmou que esse período deveria ser aproveitado para formar especialistas voltados ao SUS,
1001 considerando que mais de 90% dos profissionais estavam atuando na rede privada. Defendeu
1002 que os equipamentos públicos ociosos fossem utilizados para a implantação de serviços
1003 especializados, fortalecendo a rede pública conforme estabelecido na Lei nº 8.080/1990, que
1004 definia o caráter complementar do setor privado. Avaliou que, na lógica atual, a centralidade
1005 recaía sobre a rede privada, tornando o SUS complementar, e isso precisava ser revertido.
1006 Reiterou o apoio ao Programa, mas condicionou à construção de uma rede pública sólida ao
1007 longo do período, com inclusão de outros profissionais necessários ao cuidado integral.
1008 Solicitou, na condição de integrante do comitê de acompanhamento do Programa, que o
1009 Ministério da Saúde disponibilizasse material complementar sobre os dez eixos, para melhor
1010 compreensão e divulgação. Explicou que, no âmbito do programa Participa+, voltado à
1011 formação de conselheiros, havia grande demanda de informações sobre a iniciativa, mas
1012 faltavam insumos adequados para dar visibilidade. Conselheiro **Luís Fernando Corrêa Silva**
1013 parabenizou o Ministério da Saúde pela iniciativa, que reconheceu a importância de ampliar o
1014 atendimento da população. Explicou, entretanto, que a baixa adesão da rede privada estava
1015 relacionada às dificuldades financeiras dos hospitais, que somavam dívidas impagáveis,
1016 estimadas em R\$ 80 bilhões. Ressaltou que o Programa não extinguiria essas dívidas, mas

1017 poderia mitigá-las. Relatou que hospitais de médio e pequeno porte, sobretudo os localizados
1018 no interior e nas periferias, enfrentavam maiores barreiras para participar, pois além do custo
1019 do atendimento precisavam arcar com tributos elevados para manter regularidade fiscal.
1020 Informou que aguardava resultados de estudos de viabilidade, os quais seriam apresentados
1021 ao Ministério e ao comitê de acompanhamento, com vistas a ampliar a adesão futura.
1022 Conselheiro **Rafael Gomes Ditterich** reforçou a importância de refletir sobre a absorção dos
1023 egressos das residências médicas financiadas pelo SUS na rede do Sistema. Afirmou que
1024 quase todos os residentes eram formados com recursos públicos, mas acabavam atuando na
1025 rede privada, enquanto o SUS continuava dependente da compra de serviços especializados.
1026 Defendeu que o Programa deveria prever a reabsorção desses profissionais em uma rede
1027 própria e consolidada do SUS, de forma a evitar a perpetuação da lógica de contratação da
1028 rede privada. Em resposta, o diretor de Programa/SE/CNS, **Fausto Soriano Estrela Neto**,
1029 reconheceu a pertinência das observações e explicou que o programa ainda estava em fase de
1030 formulação e implementação simultâneas, com 32 atos normativos publicados ou em
1031 elaboração. Informou que alguns componentes, como o de acesso à radioterapia, ainda não
1032 haviam sido regulamentados, mas estavam em discussão com CONASS e CONASEMS.
1033 Reconheceu o desafio de traduzir a complexidade técnica do Programa para a população e
1034 afirmou que a assessoria de comunicação do Ministério da Saúde estava elaborando materiais
1035 segmentados por públicos (usuários, entidades e gestores). Prometeu-se a disponibilizar
1036 ao CNS os materiais de apresentação utilizados no comitê de acompanhamento, além de
1037 organizar pacotes informativos sobre cada componente, para apoiar a atuação dos
1038 conselheiros como multiplicadores. Explicou que o monitoramento nacional já estava sendo
1039 fortalecido com a interoperabilidade de dados, mencionando que 25 estados e cerca de 4 mil
1040 municípios já estavam integrados à Rede Nacional de Dados em Saúde, com apoio técnico do
1041 Ministério da Saúde. Detalhou que foi criado mecanismo de comunicação direta com os
1042 usuários, via aplicativo *Meu SUS Digital* e mensagens pelo WhatsApp, em cinco momentos:
1043 inclusão na fila de regulação, agendamento da consulta, lembrete prévio, avaliação do
1044 atendimento e confirmação da produção registrada. Explicou que essas mensagens permitiriam
1045 medir a satisfação dos usuários e seriam incorporadas ao processo de avaliação, fortalecendo
1046 a centralidade no paciente. Acrescentou que o Componente 2 do Programa, regulamentado
1047 pela Portaria nº 726, previa o aproveitamento de hospitais públicos considerados ociosos,
1048 definidos por critérios como taxa de ocupação inferior a 60%. Reafirmou que o objetivo era
1049 fortalecer a rede pública, ao mesmo tempo em que se utilizava a complementariedade privada.
1050 Reconheceu, contudo, que a complexidade do desenho exigia constante diálogo e pactuação
1051 com os conselhos estaduais, municipais e comissões do CNS. Conselheira **Sueli Goi Barrios**
1052 interveio novamente para alertar que muitas pessoas não respondiam a mensagens
1053 eletrônicas, por desconfiança ou receio de golpes, especialmente em regiões marcadas pela
1054 circulação de notícias falsas. Defendeu que houvesse campanhas públicas de informação para
1055 dar credibilidade ao processo. Acrescentou que hospitais de pequeno porte, com menos de 50
1056 leitos, deveriam ser considerados no Programa, transformando-se em alternativas regionais
1057 para reduzir vazios assistenciais. Na sequência, conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**
1058 informou que o site do Ministério da Saúde já disponibilizava cartilhas, notas técnicas, portarias
1059 e apresentações relacionadas ao Programa. A Coordenadora de Gestão da
1060 Informação/COQAE/DEEQAE/SAES/MS, **Gabriella Nunes Neves**, acrescentou que a
1061 Ouvidoria-Geral do SUS estava capacitada para responder às dúvidas da população,
1062 reforçando a estratégia de comunicação. Por fim, agradeceu o convite e colocou a
1063 Coordenação à disposição para seguir no debate. Conselheira **Priscila Torres da Silva**
1064 apresentou a síntese dos encaminhamentos que surgiram no debate: **a)** promover articulação
1065 da COFIN/CNS com a direção do Programa no âmbito do Ministério da Saúde para aprofundar
1066 o debate sobre a tabela de precificação do SUS e componentes de créditos financeiros do
1067 Programa; **b)** solicitar à Secretaria Executiva do MS que compartilhe com os integrantes do
1068 CNS que compõem o Comitê de Acompanhamento do Programa “Agora Tem Especialistas” os
1069 materiais de apoio que explicitem como as ações serão materializadas, de forma integrada. Foi
1070 ressaltada a importância de compreender o conjunto do Programa e como seus eixos se
1071 articulam, a fim de ampliar a visibilidade e qualificar a contribuição do controle social; **c)** sugerir
1072 a incorporação de egressos das residências médicas ao Programa; **d)** propor a definição de
1073 estratégias para que o SUS forme especialistas durante a vigência do Programa (até 2030); **e)**
1074 estabelecer estratégias para que, até 2030, o Programa contribuisse para a formação de
1075 especialistas voltados ao SUS, com aproveitamento da rede pública ociosa; **f)** produzir dados
1076 sobre a percepção dos usuários do Programa nos territórios; e **g)** ampliar o debate sobre os

1077 componentes do Programa nas comissões do CNS e nos conselhos estaduais e municipais de
1078 saúde. Não houve manifestações contrárias. Na sequência, Priscila informou que seria
1079 submetida à apreciação do plenário a recomendação referente à Medida Provisória nº
1080 1.301/2025, que instituiu o programa. Explicou que o documento havia sido elaborado em
1081 processo de diálogo envolvendo diferentes comissões, coordenado pela CICTAF/CNS, e que já
1082 havia sido encaminhado por e-mail a todas as pessoas conselheiras, na segunda-feira daquela
1083 semana. A seguir, convidou a conselheira **Débora Raymundo Melecchi**, coordenadora da
1084 CICTAF/CNS para apresentar a minuta. Detalhou que a proposta fora construída em reuniões
1085 conjuntas da CICTAF com a CISPP/CNS e a CISCV/CNS. Ressaltou que se tratava de uma
1086 recomendação propositiva, cujo objetivo era fortalecer o Programa, ao mesmo tempo em que
1087 registrava as preocupações do controle social. Sublinhou que a recomendação enfatizava a
1088 importância do programa para as necessidades da população, mas também defendia garantias
1089 de transparência, regulação, fiscalização, proteção de dados e fortalecimento da rede pública.
1090 A seguir, fez a leitura integral da minuta de recomendação. O texto é o seguinte:
1091 “Recomendação nº XXX, de XX de agosto de 2025. Recomenda orientações em relação à
1092 MPV 1301 de 30/05/2025 que institui o Programa Agora Tem Especialistas e aos decretos e
1093 outras normas infralegais que regulamentam esse programa. A Presidenta do Conselho
1094 Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas
1095 pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
1096 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006;
1097 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da
1098 legislação brasileira correlata e considerando o disposto no Art. 196 da Constituição Federal
1099 de 1988, que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante
1100 políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e
1101 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e
1102 recuperação, bem como o disposto no Art. 197 que estabelece que as ações e serviços de
1103 saúde, mesmo quando prestados pela iniciativa privada, são de relevância pública;
1104 considerando a Lei 8.080/1990 que em seu artigo 15, inciso XI, determina que a União,
1105 Estados, Municípios e Distrito Federal devem ser responsáveis pela elaboração de normas
1106 para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância
1107 pública; considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que o CNS,
1108 órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais
1109 de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e no controle
1110 da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros,
1111 nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no
1112 âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de
1113 2008); considerando que a Lei Complementar nº 141/2012 estabelece a necessidade de
1114 pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde
1115 de programações no âmbito do SUS, especialmente no que envolve os critérios de
1116 transferências de recursos fundo a fundo; considerando o histórico de diretrizes e contribuições
1117 aprovadas pelas Conferências Nacionais de Saúde e pelas Resoluções do Conselho Nacional
1118 de Saúde em relação à atenção especializada em saúde; considerando que a proteção de
1119 dados pessoais, inclusive nos meios digitais, é direito fundamental previsto na Constituição
1120 Federal (art. 5º, inciso LXXIX); considerando a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, que
1121 trata da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e que dispõe sobre o tratamento de dados
1122 pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito
1123 público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de
1124 privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural; considerando que é
1125 vedado às operadoras de planos privados de assistência à saúde o tratamento de dados de
1126 saúde para a prática de seleção de riscos na contratação de qualquer modalidade, assim como
1127 na contratação e exclusão de beneficiários (art. 11, inciso II, § 5º); considerando a
1128 Recomendação CNS Nº 006, de 08 de maio de 2025, que recomenda o estabelecimento de
1129 amplas agendas para defesa da dignidade humana, da saúde e da ciência diante da política
1130 empresarial das *big techs*; considerando a Recomendação CNS nº 036, de 07 de novembro de
1131 2024, que recomenda a rejeição de qualquer medida no sentido de ampliar subsídios fiscais a
1132 planos de saúde, entre outras medidas, o que está em consonância com as diretrizes e
1133 moções aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde (conforme Resolução CNS nº 617,
1134 de 23 de agosto de 2019, entre elas as proposta do Eixo 3 - Financiamento adequado e
1135 suficiente para o Sistema Único de Saúde) e na 17ª Conferência Nacional de Saúde (conforme
1136 Resolução CNS nº 719, de 17 de agosto de 2023, especialmente as propostas 17 e 29), sendo

que em ambas há diretrizes aprovadas para o encerramento das renúncias fiscais dos planos privados de saúde, com avanço progressivo de investimento na rede pública de saúde; considerando a Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025, que institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A., altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994, a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e a Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019; e considerando a Portaria GM/MS nº 7.046, de 30 de maio de 2025, que institui o Comitê de Acompanhamento para implantação, implementação e operacionalização do Programa Agora tem Especialistas no âmbito do Ministério da Saúde. Recomenda: ao Congresso Nacional, que aprove emendas à MPV 1301, de 30 de maio de 2025 observando: 1) As deliberações do controle social do SUS, como as resoluções e propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde - CNS. 2) Adicionar dispositivo que estabeleça que, no caso de transferências de recursos fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios, vinculados a esse Programa, os critérios deverão ser pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, em obediência ao disposto no artigo 17 da Lei Complementar 141/2012. 3) Promoção de espaços de discussão sobre a MPV 1301 de 30 de maio de 2025 e seus impactos nas relações público-privadas, no âmbito do sistema de saúde, por meio de audiência pública. Ao Governo Federal, a revisão e/ou edição de normas infralegais de regulamentação do Programa Agora Tem Especialista para contemplar: 1) Detalhamento do modelo de financiamento do Programa, que inclua os respectivos parâmetros e critérios de preços, com transparência, a ser publicada para essas contratações de serviços junto ao setor privado e a modalidade de contratação a ser adotada com os critérios para a seleção de serviços e de hospitais e/ou outras unidades de saúde. 2) Medidas que estabeleçam o processo de regulação, fiscalização, controle e auditoria das contratações privadas a serem realizadas, envolvendo principalmente cláusulas contratuais para garantir a qualidade da prestação de serviços aos usuários pelo setor privado contratado, a documentação comprobatória dos serviços cobrados e o livre acesso dos Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais) nas unidades de saúde privadas contratadas, tal qual ocorre com as unidades públicas do SUS. 3) Cronograma de ação para reestruturar, até 31 de dezembro de 2030 (prazo de vigência do programa fixado no artigo 6º da MPV 1301/2025), a rede estatal de unidades do Sistema Único de Saúde na União, Estados, Distrito Federal e Municípios para retomada integral dos serviços de atenção especializada por equipamentos de saúde exclusivamente no âmbito do SUS. 4) Priorização (concomitantemente) do Programa com a implementação de estratégias de interface com a Atenção Primária à Saúde, como ordenadora e coordenadora do cuidado à saúde no Brasil, por meio de sua Estratégia de Saúde da Família, como ação complementar ao Programa, garantindo cobertura integral nos territórios das ações de saúde por meio da expansão das equipes até 31 de dezembro de 2026. 5) Priorização de medidas para a ampliação de residências em saúde (uni e/ou multiprofissional) e oferta de formação de técnicos especialistas por cursos pós-técnicos, contratando especialistas na perspectiva da equipe interprofissional a partir das necessidades das determinações sociais e do perfil epidemiológico do território/região de saúde, identificados a partir de estudos de demografia da saúde. 6) Priorização e estímulo nas unidades de saúde da adoção de medidas voltadas à contratação de trabalhadores e trabalhadoras da saúde por meio de concurso público, com ênfase em práticas de trabalho fundamentadas na lógica multiprofissional e interprofissional. 7) Dispositivo que estabeleça referências para a definição do que seja “uso inadequado dos dados de saúde dos usuários” e o respectivo enquadramento penal. 8) Dispositivo que assegure que todos os processos de interoperabilidade de dados no âmbito do Programa estejam em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD), vedando a compensação de créditos para empresas de tecnologia e exigindo uma estrutura nacional, segura e soberana, além da adoção de uma política de governança robusta que proteja os dados dos usuários, garantindo que sejam informados, em linguagem acessível, sobre a finalidade da coleta, o tratamento de seus dados pessoais e sensíveis, bem como sobre seus direitos, promovendo transparência e respeito à privacidade. 9) Obrigatoriedade de cada ente governamental inserir uma seção específica na Programação Anual de Saúde de 2025 a 2030, a ser submetida à aprovação do respectivo Conselho de Saúde nos termos da Lei Complementar nº 141/2012, contendo a explicitação da renúncia de receita citada tanto na Exposição de Motivos da Medida Provisória nº 1301, como no artigo 4º desta MP. 10) Obrigatoriedade de cada ente governamental inserir uma seção específica nos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e no Relatório Anual de

Gestão para apresentar a avaliação orçamentária e extraorçamentária, bem como financeira (fontes e usos), do Programa no período de 2025 a 2030, incluindo demonstrativo detalhado dos investimentos realizados (e a realizar conforme cronograma) para a reestruturação física da rede estatal de unidades do Sistema Único de Saúde na União, Estados, Distrito Federal e Municípios. 11) Priorização de reestruturar serviços e equipamentos públicos ociosos, na lógica de regionalização, durante o período 2025 a 2030, preenchendo os vazios existenciais em saúde nos territórios. 12) Deliberações do controle social do SUS, como as resoluções e propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). 13) Dispositivo que aponte para a preservação do Marco Legal da Lei nº 9.656/98 [Lei dos Planos de Saúde], de modo a garantir que sua essência não seja descaracterizada. 14) Dispositivo que garanta a ampliação do atendimento para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. 15) Dispositivo para reafirmar a centralidade da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado, defendendo que sua função reguladora deve ser apoiada por mecanismos efetivos de comunicação, contrarreferência e transparéncia nos fluxos assistenciais. 16) Dispositivo para alinhar o perfil de serviços especializados às reais necessidades da população atendida na Atenção Primária à Saúde, evitando expansão descoordenada da oferta e reduzindo filas e fragmentação. Ao Comitê Gestor do Programa Agora Tem Especialista, que proceda: o monitoramento da implementação de todas as ações listadas nos itens de 1 a 18 das recomendações direcionadas ao Governo Federal.

Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** questionou por que a proposta estava formatada como recomendação e não como deliberação, uma vez que havia itens dirigidos diretamente ao Ministério da Saúde e ao comitê gestor do Programa. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** propôs ajustes de redação em um dos considerandos, para garantir coerência normativa: no quarto considerando, incluir que se trata do art. 17, § 1º. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** salientou que a decisão de apresentar como recomendação estava vinculada à necessidade de dar celeridade, diante do prazo curto de tramitação da medida provisória no Congresso Nacional. Acrescentou que nada impediria que, futuramente, novas deliberações fossem tomadas pelo Conselho sobre o tema. Concordou com a proposta de ajuste e com a incorporação na versão final a ser publicada. Conselheira **Marcia Cristina das Dores Bandini** destacou os avanços alcançados no processo desde a reunião anterior e parabenizou todas as pessoas envolvidas pela negociação e pela construção coletiva. Propôs um ajuste na redação de um item da recomendação, a fim de evitar interpretações equivocadas, o que foi aceito pelo plenário: nas recomendações ao Congresso Nacional, item 4, excluir o trecho “como ação complementar ao Programa”. Feitas essas considerações, a mesa procedeu ao rito de votação. **Deliberação:** aprovada, por unanimidade, com alterações no texto, a minuta de recomendação, que dispõe sobre orientações relacionadas à Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025, que institui o Programa Agora Tem Especialistas e aos decretos e outras normas infralegais que regulamentam esse Programa. A mesa registrou ainda o compromisso de acompanhar a tramitação da MP e a execução do Programa. Na sequência, conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** agradeceu ao diretor e a coordenadora pelo compromisso de dialogar com o CNS e reconheceu o empenho dos conselheiros no debate. A seguir, houve uma homenagem especial à Secretaria Executiva do CNS Janaína Salles, pelo seu aniversário. Com isso, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: nomes serão incluídos. Começando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 6 da pauta. **ITEM 6 – APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO XAVANTE** - Apresentação: **Rachel Geber**, representante da Fundação Nacional dos Povos Indígenas - FUNAI; **Renan Vinicius Sotto Mayor de Oliveira**, Defensor Regional de Direitos Humanos em Mato Grosso - DPU/MT (*online*); **Maria Lucilene Martins Santos** (“Lucinha Tremembé”), Secretária Especial Adjunta de Saúde Indígena - SESAI/MS; conselheiro **Rildo Mendes**, coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI/CNS. Coordenação: conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa diretora do CNS. Conselheiro **Rildo Mendes**, coordenador da CISI/CNS, abriu o debate relatando que o Conselho, por meio da CISI, acompanhava há anos a situação do povo Xavante. Explicou que, em 2024, lideranças indígenas solicitaram ao CNS que fosse realizada visita ao território para verificar a gravidade da situação local. Diante disso, foi constituído o Grupo de Trabalho Xavante que se deslocou até as aldeias, constatando cenário alarmante de fome, descaso e abandono. Relatou que a mortalidade infantil no local era comparável a países em situação de grave vulnerabilidade, com registros de óbitos por desnutrição e doenças evitáveis. Narrou que, durante a estadia da Comissão em duas aldeias, cinco pessoas faleceram, evidenciando a gravidade da situação.

1257 Denunciou que o Estado brasileiro havia abandonado o povo Xavante, que, apesar de viver em
1258 território do agronegócio, enfrentava fome e desnutrição severas. Enfatizou que a fome
1259 impactava diretamente na saúde, agravando quadros de diabetes e doenças respiratórias, e
1260 defendeu que o governo federal decretasse estado de emergência para enfrentar a crise,
1261 comparável à situação vivida pelos Yanomami. Na sequência, conselheira **Vânia Lúcia Leite**,
1262 coordenadora adjunta da CISI/CNS e integrante da Mesa Diretora do CNS, apresentou o
1263 relatório do GT Xavante, constituído por: conselheiro Rildo Mendes; conselheira Vânia Leite;
1264 conselheiro Haroldo Pontes; Élio Oliveira; e Marcos Costa. O grupo contou com a assessoria
1265 de Maria Camila Faccenda – SE/CNS; Jennifer Bonbonatti – SE/CNS; e Viviane Claudino –
1266 SE/CNS. Iniciou sua fala destacando a gravidade das denúncias que originaram o Grupo de
1267 Trabalho Xavante. Recordou que as denúncias haviam sido encaminhadas pelo ex-conselheiro
1268 Edmundo Omore, que também fora coordenador da CISI e integrante da Mesa Diretora do
1269 CNS. Salientou que Omore deixou um legado de coragem e resistência e homenageou sua
1270 memória. Inclusive, fez uma saudação especial à viúva dele que participava da reunião.
1271 Explicou que o GT Xavante realizou missão em campo entre 20 e 23 de maio de 2024,
1272 visitando aldeias como São Marcos e Guadalupe, além da CASAI de Barra do Garças.
1273 Informou que o relatório do GT registrava escutas, diálogos e observações, sem interpretações
1274 externas, a partir do contato com usuários, trabalhadores e gestores do sistema de saúde
1275 indígena. Ressaltou que o DSEI Xavante abrangia mais de 27 mil indígenas, distribuídos em
1276 317 aldeias, em uma área de 68.440 mil km² no Mato Grosso, de difícil acesso, com estrutura
1277 de saúde limitada a 32 Unidades Básicas de Saúde Indígena, seis polos-base e duas casas de
1278 saúde indígena. Feita essa contextualização, apresentou as principais constatações do GT, a
1279 partir das escutas, diálogos e observações: 1) Usuários: denunciaram falta de profissionais;
1280 ausência de capacitação profissional; desrespeito e ausência de humanização no atendimento,
1281 com relato de indígena que fora tratada como “bichos”. Apontaram mortalidade infantil por
1282 desnutrição, tuberculose e doenças respiratórias; alta mortalidade por diabetes e muitos casos
1283 de sequelas por conta da doença (amputações), inclusive de indígenas jovens; precariedade
1284 da assistência médica e odontológica; problemas com vacinação por falta de insumos e de
1285 apoio para deslocamento; ausência de agentes indígenas – AIS e AISAN; falhas no
1286 saneamento básico e falta de água potável; ausência de transporte e infraestrutura hospitalar
1287 inadequada, sem espaço para acompanhantes. Também registraram discriminação nos
1288 atendimentos municipais e demora na regulação de pacientes. Sobre gestão e recursos, falta
1289 critérios na descentralização do teto orçamentário e financeiro e transparência do gestor na
1290 utilização de recursos; desperdício de recursos e negligência com melhoria do atendimento;
1291 morosidade de respostas na SESAI; solicitação de credenciamento de hospitais de referência.
1292 Sobre território e direitos, morosidade na demarcação e regulação de terras do povo xavante.
1293 2) Gestores (municípios, estado e universidade): relataram que os maiores problemas eram
1294 estruturais, decorrentes da falta de planejamento técnico, escassez de medicamentos, frota
1295 deficitária, falhas em licitações e carência de profissionais. Além disso, falta de saneamento
1296 básico e água potável, contribuindo para doenças; insegurança alimentar e desnutrição infantil;
1297 fome como fator de risco; ausência da FUNAI nos debates. Diante da gravidade, indicaram
1298 necessidade de uma força-tarefa da SESAI para acelerar contratações, aquisição de insumos e
1299 melhoria predial. Reforçaram ainda as falhas em saneamento básico e a insegurança alimentar
1300 que afetava gravemente a saúde da população. 3) Trabalhadores: denunciaram
1301 constrangimentos, assédio, ingerência política na contratação de Agentes Indígenas de Saúde,
1302 má gestão e ausência de respaldo legal em contratos. Relataram sobrecarga, más condições
1303 de trabalho, estigmatização e falta de apoio da gestão. Ressaltaram que a precariedade do
1304 sistema resultava em mortalidade evitável e em dificuldades até mesmo para vacinação infantil.
1305 Também foi destacada a falta de protocolo para acesso a CASAI. No caso de mulheres e
1306 gestação, maior parte dos partos por cesariana. Denúncia de venda de produtos
1307 industrializados nas aldeias, com impacto na saúde e nos hábitos alimentares do povo xavante;
1308 denúncia de corrupção e favorecimento, em investigação; falta de profissionais; e insatisfação
1309 dos trabalhadores com a AGESUS. Concluiu destacando que o relatório do GT Xavante
1310 revelava violação de direitos humanos e graves fragilidades na atenção à saúde indígena,
1311 decorrentes de problemas estruturais, logísticos e de gestão. Reiterou que a situação exigia
1312 providências urgentes do governo federal e articulação entre órgãos como SESAI, FUNAI e
1313 CNS, para garantir dignidade, respeito e efetividade no cuidado à saúde do povo Xavante. Na
1314 sequência, o Defensor Regional/DPU/MT (*online*), **Renan Vinicius Sotto Mayor de Oliveira**,
1315 iniciou sua fala destacando que se sentia honrado por participar da reunião, embora
1316 profundamente angustiado com a gravidade da situação enfrentada pelo povo Xavante.

1317 Saudou as pessoas conselheiras presentes e enfatizou o papel essencial do CNS na
1318 democratização do acesso à saúde e na formulação de políticas públicas. Declarou que não
1319 utilizaria todo o tempo disponível, pois pretendia, sobretudo, dialogar e ouvir os representantes
1320 da SESAI/MS e demais atores diretamente envolvidos. Ressaltou que o relatório elaborado
1321 pelo Conselho sobre a situação dos Xavante era fundamental para compreender e superar o
1322 cenário de grave crise sanitária que persistia em 2025, marcada por elevada mortalidade
1323 infantil e dificuldades de acesso à saúde, configurando uma violação estrutural e sistemática de
1324 direitos. Relatou que a Defensoria Pública da União - DPU, em conjunto com o Ministério
1325 Público Federal - MPF, havia emitido recomendação à SESAI/MS, contendo um conjunto de
1326 providências urgentes. Detalhou que as recomendações à SESAI/MS eram as seguintes:
1327 adoção imediata de medidas cabíveis, com prioridade absoluta, para salvaguardar a vida e a
1328 dignidade do povo Xavante, informando MPF e DPU em até 48 horas; que assuma, de forma
1329 temporária, a estratégia de gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante, com
1330 implantação de força-tarefa multidisciplinar por 90 dias, renovável até plena reativação da
1331 capacidade local; revisão e execução assistida do Plano Distrital de Saúde Indígena, com
1332 cronograma em até 15 dias e relatórios de progresso mensais; apoio à gestão do DSEI para
1333 desenvolvimento de ações de saúde indígena, incluindo suporte, assistência farmacêutica,
1334 bem como gestão, supervisão e contratação centralizada de profissionais para o
1335 funcionamento do subsistema de saúde indígena; apoio às ações de saneamento e edificação
1336 da saúde indígena; elaboração, em até 30 dias, de diagnóstico técnico situacional, incluindo
1337 perfil epidemiológico atualizado, levantamento socioambiental, mapa de riscos e gargalos de
1338 gestão, bem como plano de ações corretivas; e constituição de um comitê de crise colegiado,
1339 com participação da SESAI, FUNAI, Ministério dos Povos Indígenas e lideranças indígenas,
1340 reunindo-se quinzenalmente e produzindo atas públicas. Frisou que, apesar de compreender a
1341 complexidade da saúde indígena, era fundamental a adoção imediata dessas medidas para
1342 evitar mortes evitáveis. Ressaltou que o objetivo da recomendação era também reduzir a
1343 necessidade de judicialização, uma vez que decisões judiciais podiam, por vezes, gerar
1344 soluções insatisfatórias tanto para autores quanto para réus. Assim, defendeu a busca por um
1345 consenso possível, que não poderia prescindir da proteção da vida dos indígenas. Informou
1346 que a SESAI havia encaminhado ofício à DPU relatando medidas em andamento, mas
1347 observou que, conforme informações recebidas de indígenas atendidos, a falta de
1348 medicamentos e a precariedade da assistência ainda persistiam. Defendeu que as próximas
1349 reuniões convocadas pelo MPF e pela DPU para tratar do tema incluíssem a participação ativa
1350 do CNS, a fim de assegurar respostas efetivas. Concluiu reafirmando que a Defensoria Pública
1351 da União permanecia à disposição para dialogar e buscar soluções estruturais que garantissem
1352 o direito à saúde do povo Xavante. Considerou uma honra participar da reunião e destacou o
1353 papel central do Conselho Saúde na defesa da democracia e na construção de políticas
1354 públicas efetivas para a saúde indígena. Na sequência a enfermeira sanitária **Rachel Jeber**,
1355 representando a presidência da FUNAI, informou que atuava há quase quinze anos na
1356 Fundação, sobretudo na região amazônica, e que recentemente passara a trabalhar em
1357 Brasília. Relatou que, desde maio de 2024, vinha acompanhando de forma mais próxima a
1358 situação da Terra Indígena Marãiwatsédé, uma das nove terras do povo Xavante. Destacou
1359 que a denúncia referente a esse território havia chegado à presidência da FUNAI por meio da
1360 ouvidoria, após mobilização da UPAN, do CIMI e de reportagens publicadas em veículos de
1361 comunicação, o que demandou articulação direta com o defensor Renan Mayor, o Ministério
1362 Público Federal e a SESAI. Ressaltou que a situação era grave e que a FUNAI reconhecia
1363 suas próprias falhas históricas de acompanhamento, assumindo a necessidade de aprimorar
1364 sua atuação. Informou que servidores da FUNAI realizaram em julho uma missão de onze dias
1365 em Marãiwatsédé, visitando municípios, hospitais e unidades de saúde, e que produziram
1366 relatório detalhado da situação. Sobre a insegurança alimentar, explicou que a Fundação
1367 estava trabalhando em duas frentes: de um lado, medidas emergenciais, como a distribuição
1368 de cestas de alimentos para famílias em maior vulnerabilidade, indicadas pelos DSEI locais; de
1369 outro, medidas estruturantes, voltadas ao etnodesenvolvimento e à promoção de maior
1370 diversidade produtiva no território, hoje concentrada quase exclusivamente no cultivo de arroz.
1371 Destacou que a FUNAI não tinha acesso direto aos dados de saúde, dependendo das
1372 informações da SESAI e do Ministério da Saúde, mas vinha monitorando com preocupação os
1373 óbitos infantis e maternos. Enfatizou que a instituição estava comprometida em atuar de forma
1374 articulada com SESAI, CNS e demais órgãos, reconhecendo que a gravidade da crise exigia
1375 ações conjuntas de curto, médio e longo prazo. A secretária adjunta da SESAI/MS, **Maria**
1376 **Lucilene Martins Santos** ("Lucinha Tremembé"), iniciou sua fala reafirmando sua condição de

mulher indígena e militante do controle social. Destacou que, apesar de ser conselheira nacional de saúde, participava como gestora da secretaria responsável pela assistência à saúde indígena em nível nacional. Relatou que coordenara, entre 22 e 28 de junho de 2024, uma missão da SESAI ao DSEI Xavante, acompanhada por quinze técnicos de diferentes departamentos da Secretaria. Explicou que a visita tinha como objetivo compreender de forma *in loco* os problemas relatados, já que o DSEI Xavante estava sem coordenação plena desde a exoneração do coordenador em 2023, funcionando apenas com substituto. Relatou que a equipe realizou reuniões com setores do DSEI, identificando falhas graves de gestão, assistência, infraestrutura, saneamento, abastecimento de água e fornecimento de medicamentos. Relatou que foram constatados problemas de dimensionamento da força de trabalho, apesar de o número de profissionais não ser pequeno, e que a equipe buscou reorganizar essa distribuição. Informou que a SESAI nomeara recentemente um novo coordenador indígena Xavante e substituíra chefias estratégicas para fortalecer a gestão local. Apontou que a assistência farmacêutica era uma das áreas mais críticas, afetada por falhas em licitações e descumprimento de contratos por parte de empresas. Destacou que foram levados farmacêuticos e um pregoeiro para acelerar os processos, resultando na publicação de pregões e na previsão de novas contratações. Acrescentou que estava em andamento um edital para a contratação emergencial de 21 profissionais de saúde, entre técnicos de enfermagem, farmacêuticos e nutricionistas. Ressaltou que 2025 seria um ano de transição para o AGSUS, mas sem mudanças drásticas, pois o foco era estabilizar a situação. Explicou que, mesmo antes da recomendação formal da DPU, a SESAI já havia definido a criação de um ponto de controle semanal para monitorar as medidas, com participação da FUNAI e de outras instituições. Além disso, informou que faria nova visita ao Distrito para verificar a efetividade das medidas adotadas. Reiterou que a Secretaria não pretendia decretar emergência sanitária no território Xavante, mas que, na prática, ele já era tratado como prioridade nacional. Finalizou ressaltando a necessidade de fortalecimento do **controle social**, com qualificação dos conselhos locais e distritais, e informou que a SESAI já havia elaborado um plano de ação específico para o território, com base nas constatações da visita de junho. Reiterou o compromisso da secretaria em assegurar dignidade e qualidade na assistência à saúde do povo Xavante. Concluídas as manifestações, a mesa abriu para considerações do Plenário do Conselho. Conselheiro **Haroldo Jorge Pontes**, representante do CONASS, integrante da CISI/CNS e do GT Xavante, começou destacando a importância do trabalho de Grupos como este, compostos por representantes de usuários, trabalhadores e gestores. Explicou que o relatório do GT Xavante refletia o que fora ouvido e observado nos territórios e destacou três pontos alarmantes: as condições precárias de uma unidade básica de saúde visitada, descrita como insalubre e abandonada; a altíssima prevalência de diabetes entre adultos Xavante, que superava 80% da população; e a postura do antigo gestor do DSEI, que responsabilizava os indígenas por adoecerem, desconsiderando os impactos estruturais e ambientais. Reconheceu os esforços da SESAI, mas afirmou que a Secretaria estava sobrecarregada diante da gravidade da situação, que exigia maior envolvimento do Estado brasileiro. Propôs que fosse definido um calendário de acompanhamento com a SESAI, a ser apresentado na próxima reunião do CNS, e sugeriu que os futuros GTs incluíssem também representante do CNS, não integrante da CISI, a fim de ampliar a compreensão da realidade. O representante do povo Xavante, **Sérgio Xavante**, agradeceu a oportunidade de falar em nome de seu povo e declarou que a situação da saúde Xavante estava diretamente ligada ao financiamento insuficiente. Ressaltou que o orçamento destinado ao DSEI não correspondia às necessidades de uma população numerosa e que o coordenador recém-nomeado precisaria de apoio concreto da administração central para fazer diferença. Destacou problemas de judicialização envolvendo profissionais de saúde, o que refletia a insatisfação e o clamor dos usuários. Enfatizou que a interculturalidade não estava sendo respeitada, o que perpetuava a discriminação contra os indígenas no atendimento em saúde. Conselheiro **Agnelo Temrité Wadzatsé**, representante do povo indígena Xavante, disse uma camisa vermelha como símbolo da indignação do povo Xavante, afirmando que a realidade vivida era de descaso e morte, apesar dos recursos destinados ao DSEI. Denunciou a presença de médicos sem registro atuando no território, sem condições mínimas de atender adequadamente, o que resultava em óbitos evitáveis. Sentiu falta do registro dessas situações no relatório e solicitou investigação rigorosa sobre as mortes. Ressaltou que, embora o governo federal declarasse prioridade ao povo Xavante, as comunidades continuavam morrendo sem assistência qualificada. Conselheiro **Carlos Alberto Eilert** afirmou que a situação relatada não era novidade, pois problemas semelhantes já haviam sido identificados desde a década de 1970.

1437 Defendeu que, sem judicialização, os recursos não chegariam efetivamente ao território e
1438 relatou experiências de má gestão em políticas voltadas aos indígenas em Mato Grosso.
1439 Incentivou os representantes Xavante a reivindicarem assento no Conselho Estadual de
1440 Saúde, como forma de ampliar a representação e fortalecer o controle social. Conselheira
1441 **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, prestou homenagem ao ex-conselheiro
1442 Edmundo Omoré e destacou a relevância histórica dele para a defesa da saúde indígena no
1443 Conselho. Reforçou que os relatos trazidos pelo GT expressaram registros legítimos de
1444 violações e de necessidades urgentes da população indígena. Afirmou que a gravidade da
1445 situação exigia ação imediata e que não seria admissível desqualificar a visita ou relativizar o
1446 relatório. Defendeu que as contratações de profissionais e as medidas emergenciais fossem
1447 priorizadas, sem perder de vista a responsabilidade histórica do Estado brasileiro. Conselheiro
1448 **Derivan Brito da Silva** manifestou solidariedade ao povo Xavante, aos trabalhadores e aos
1449 gestores envolvidos. Chamou atenção para a necessidade de incluir no debate dimensões
1450 frequentemente invisibilizadas, como a saúde mental, as condições das pessoas com
1451 deficiência e as doenças raras entre os povos indígenas. Defendeu que essas questões
1452 fossem incorporadas às políticas públicas para garantir atenção integral. Conselheira **Melissa**
1453 **Ribeiro de Medeiros** questionou de forma crítica a atuação da FUNAI, destacando a fala da
1454 representante da Fundação, que relatara não ter acesso aos dados de saúde. Considerou
1455 inaceitável que a instituição, criada para promover e proteger os povos indígenas, não
1456 conseguisse cumprir esse papel de forma efetiva. Criticou a falta de vontade política e de
1457 transparência na gestão dos recursos, lembrando que a população indígena vivia a contradição
1458 de ser considerada “milionária” em valores orçamentários, mas continuava sofrendo com a
1459 fome e a precariedade dos serviços. Conselheiro **Fernando Nunes Pereira** também se
1460 mostrou incomodado com a ausência de informações claras sobre os indicadores
1461 epidemiológicos e questionou a efetividade das articulações interministeriais. Ressaltou que,
1462 embora o Brasil tivesse saído do mapa da fome, povos como os Xavante permaneciam
1463 invisibilizados e privados do direito à alimentação adequada. Destacou ainda que a violência do
1464 agronegócio impactava diretamente os serviços de saúde, fragilizando ainda mais a atenção
1465 aos povos indígenas. Conselheiro **Anselmo Dantas**, após homenagear a memória de
1466 Edmundo Omoré, registrou que a situação do povo xavante era inaceitável e, na condição de
1467 odontologista sanitário, salientou que as ações de saúde bucal precisavam ser implementadas,
1468 utilizando recursos que respeitem a cultura dos povos tradicionais. Reforçou que o Relatório
1469 Anual de Gestão - RAG de 2024 já havia apontado fragilidades na execução das ações de
1470 saúde indígena e cobrou determinação e vontade política imediata para reverter o cenário.
1471 Conselheira **Lúcia Helena Xavier** relatou experiência vivida há mais de 50 anos com o povo
1472 Ticuna, no Alto Solimões, e lamentou constatar que a realidade continuava a mesma. Reforçou
1473 a necessidade de ampliar o saneamento básico nos territórios indígenas e sugeriu que o CNS
1474 apoie o desenvolvimento de fitoterápicos baseados nas práticas tradicionais, com
1475 reconhecimento da propriedade intelectual dos povos indígenas, de modo a evitar a biopirataria
1476 e valorizar seus conhecimentos ancestrais. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** também fez
1477 uma homenagem a Edmundo Omoré e reafirmou a gravidade da situação do povo xavante.
1478 Defendeu a criação de universidades no interior do país, como forma de romper o choque
1479 cultural e valorizar os saberes originários. Ressaltou que os povos indígenas sempre
1480 possuíram conhecimento para viver sem a medicina convencional e que era inadmissível que,
1481 mesmo em um país com tantos recursos, continuassem sendo dizimados e tratados de forma
1482 desigual. Concluiu reafirmando solidariedade e compromisso de luta ao lado do povo Xavante.
1483 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** afirmou que se sentira incomodado com a recorrência de
1484 pautas sobre saúde indígena no Conselho, sempre acompanhadas de relatórios e propostas,
1485 mas sem mudanças efetivas. Declarou que a situação configurava um problema social grave,
1486 marcado por mortes em decorrência de fome, doenças tratáveis e falta de acesso aos serviços.
1487 Ressaltou que o Estado brasileiro, em todas as suas esferas, perpetuava um processo histórico
1488 de extermínio contra os povos originários. Defendeu que, enquanto as políticas fossem
1489 pensadas a partir da visão da sociedade envolvente e não da perspectiva cultural indígena, a
1490 realidade de sofrimento se repetiria em diferentes etnias. Conselheira **Camila de Lima**
1491 **Sarmento** expressou indignação diante dos relatos, especialmente por ser do Estado de Mato
1492 Grosso, e afirmou que a realidade de violência e fome não correspondia à imagem de riqueza
1493 projetada pelo Estado. Reconheceu a importância dos depoimentos, mas questionou a atuação
1494 do Ministério Público local, perguntando para onde haviam sido destinados os recursos.
1495 Criticou a ausência de relatórios claros sobre os quatro anos de negacionismo, no governo
1496 anterior, e mortes recentes e defendeu maior acompanhamento da aplicação dos recursos

1497 públicos, que não chegavam efetivamente às comunidades indígenas. Conselheira **Heliana**
1498 **Neves Hemetério dos Santos** questionou se o ponto de controle mencionado pela SESAI
1499 traria respostas concretas ou se resultaria em mais um relatório. Indagou também a razão de
1500 não ter sido decretada emergência sanitária, considerando que a gravidade da situação assim
1501 o exigia. Cobrou da FUNAI informações mais detalhadas, criticando o silêncio da instituição
1502 diante das crises, e lamentou a ausência de posicionamento público do Ministério dos Povos
1503 Indígenas. Conselheira **Francisca Valda da Silva** parabenizou o GT pelo trabalho e destacou
1504 que o relatório retirara da invisibilidade uma crise humanitária grave em um território marcado
1505 pela contradição entre riqueza do agronegócio e fome das populações indígenas. Afirmou que
1506 o documento não deveria ser apenas estudado, mas servir de base para incidência política,
1507 construção de um plano de enfrentamento com a SESAI e elaboração de medidas de curto,
1508 médio e longo prazo. Ressaltou a necessidade de ações urgentes contra a insegurança
1509 alimentar, a violência e a falta de assistência social aos povos indígenas. Conselheira **Eliane**
1510 **Aparecida da Cruz** reconheceu a legitimidade e seriedade do relatório da CISI e afirmou que o
1511 subsistema de saúde indígena não poderia ser tratado como algo menor dentro do SUS.
1512 Explicou que o Ministério da Saúde vinha buscando enfrentar de forma mais direta crises
1513 sanitárias recorrentes e, no caso do povo Xavante, sugeriu que fosse estabelecido o prazo de
1514 dois meses para resposta da gestão aos pontos do Relatório, com retorno ao território em três
1515 ou quatro meses, em articulação com conselhos municipais, conselho estadual e CNS, além da
1516 SESAI, Secretaria Estadual, Secretaria Municipal, FUNAI, AGSUS e Ministério dos Povos
1517 Indígenas. Ressaltou a importância de ações integradas entre SESAI e CNS e de fortalecer o
1518 subsistema indígena no âmbito do SUS. Por fim, na linha de articulação entre SUS e o
1519 subsistema de saúde indígena, sugeriu engajar a conferência de saúde indígena na 18ª
1520 Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** elogiou a
1521 postura do Ministério da Saúde e defendeu que a situação exigia uma força-tarefa
1522 interministerial, nos moldes da realizada no caso Yanomami, para assegurar saúde integral e
1523 direitos humanos ao povo Xavante. Ressaltou que o governo federal era uno e que a crise não
1524 poderia ser tratada apenas pelo Ministério da Saúde, mas sim por todo o conjunto de
1525 ministérios e órgãos. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** recordou que levantamento
1526 realizado pela Associação de Servidores da FUNAI e o INESC demonstrou que, no final do
1527 governo anterior, a maioria das coordenações regionais da FUNAI estava sob comando de
1528 militares e policiais, o que enfraquecia a proteção dos direitos dos povos indígenas.
1529 Reconheceu que reconstruir era mais difícil do que destruir, mas apontou falhas na execução
1530 orçamentária e financeira da saúde indígena no atual governo. Destacou que relatórios do
1531 Ministério da Saúde já demonstravam baixa execução, o que contribuía para a permanência da
1532 crise. O cacique **Crisanto Rudzo Tseremey'wá**, recém-nomeado coordenador do DSEI
1533 Xavante, também fez uma fala sobre a situação. Afirmou que assumira a função com
1534 responsabilidade, colocando-se à frente da luta por melhorias. Relatou que os problemas
1535 enfrentados eram estruturais e históricos, como a falta de servidores de carreira, sobrecarga de
1536 trabalho de fiscais de contrato e práticas de má gestão herdadas da FUNAI. Defendeu a
1537 realização de concursos públicos para garantir maior presença de servidores efetivos nos
1538 territórios indígenas, a fim de enfrentar problemas crônicos como diabetes e hipertensão.
1539 Salientou ainda a falta de transportes no DSEI Xavante, o que trazia grande prejuízo para as
1540 ações. Destacou que, desde que assumiu a coordenação, vinha dialogando com os setores
1541 para compreender a situação e registrar o que o DSEI Xavante necessita para melhorar.
1542 Destacou ainda a discriminação institucional sofrida pelos povos Xavante, inclusive em órgãos
1543 como o Ministério Público e a DPU, e pediu articulação com lideranças indígenas, mulheres e
1544 caciques na construção das soluções. Concluiu reafirmando sua disposição em trabalhar pela
1545 saúde de seu povo, documentando as demandas e dialogando com a SESAI/MS. Concluídas
1546 as falas, a palavra retornou à mesa para considerações. O defensor do DPU/MT, **Renan**
1547 **Vinicius Sotto Mayor de Oliveira**, agradeceu o espaço concedido pelo CNS e saudou a
1548 Secretária adjunta da SESAI, as lideranças indígenas Xavante e as pessoas conselheiras.
1549 Reconheceu a gravidade da situação vivida pelo povo Xavante e defendeu a construção de
1550 uma solução estrutural e coletiva para a saúde indígena. Colocou-se à disposição, em nome da
1551 Defensoria Pública da União, para seguir acompanhando o caso em Mato Grosso, em
1552 articulação com o Ministério Público Federal e com o próprio Conselho Nacional de Saúde. A
1553 representante da FUNAI, **Rachel Geber**, reafirmou o reconhecimento das falhas históricas da
1554 instituição no acompanhamento da saúde indígena. Ressaltou que a situação do povo Xavante
1555 não era um problema restrito aos últimos anos, mas uma questão estrutural e de longa data.
1556 Destacou a necessidade de fortalecimento institucional da FUNAI, lembrando que, apesar da

realização de concursos públicos recentes, o número de vagas não compensava as aposentadorias de servidores antigos. Defendeu a participação mais ativa da FUNAI nas reuniões e articulações futuras, em cooperação direta com a SESAI e o CNS, para enfrentar a crise. A secretaria adjunta da SESAI/MS, **Maria Lucilene Martins Santos** ("Lucinha Tremembé"), reforçou a relevância da presença de indígenas em cargos de gestão, destacando que isso representava avanço na construção de políticas "com os indígenas e não apenas para os indígenas". Explicou que o ponto de controle criado pela secretaria não tinha caráter burocrático, mas sim de ação prática, com envio de técnicos aos territórios para resolver problemas diretamente. Ressaltou que a intenção da SESAI era mitigar danos sem recorrer à decretação de emergência, fortalecendo o trabalho articulado com outros ministérios – como o MDS, MDHC e o Ministério das Mulheres – e com parceiros estratégicos. Informou ainda que havia esforços para reorganizar o uso de transportes no DSEI Xavante e para construir soluções conjuntas com apoio da DPU e do MPF. Conselheiro **Hildo Mendes**, coordenador da CISI/CNS, destacou que a crise Xavante não poderia ser enfrentada apenas com trocas administrativas internas, mas demandava investimentos concretos da União. Ressaltou que a fome e o abandono persistiam não só entre os Xavante, mas também em outros povos de Mato Grosso. Defendeu o fortalecimento da CISI como comissão especial dentro do CNS, dada a dimensão do subsistema de saúde indígena, que possuía programas tão amplos quanto os do SUS. Emocionado, lembrou que a atuação do GT atendia à **última vontade do ex-conselheiro Edmundo**, que pedira que o CNS não abandonasse o povo Xavante. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora adjunta da CISI/CNS, agradeceu a presença das lideranças Xavante e registrou os agradecimentos às integrantes da Secretaria Executiva do CNS que apoiaram o Grupo, além de cada pessoa que contribuiu para o trabalho. Afirmou que cuidar da saúde indígena significava muito mais do que garantir atendimento médico, pois envolvia valorizar vidas, proteger culturas e respeitar saberes que existiam há milhares de anos. Explicou que a verdadeira saúde ia além do corpo físico, estando profundamente relacionada à terra, à espiritualidade, às tradições e à vida comunitária. Ressaltou que cada povo indígena possuía sua própria forma de compreender e praticar o cuidado, e que tais especificidades precisavam ser reconhecidas, ouvidas e respeitadas. Defendeu que fortalecer a saúde indígena consistia em assegurar o acesso digno aos serviços de saúde, sem que fosse necessário abrir mão da identidade, da língua ou do modo de vida desses povos. Acrescentou que esse fortalecimento deveria se dar por meio da construção conjunta de um futuro no qual o saber tradicional e o conhecimento científico caminhassem lado a lado, ambos a serviço de uma saúde pública de qualidade. Enfatizou que o Brasil não poderia esquecer-se da obrigação de proteger a saúde indígena, lembrando que defendê-la significava resguardar a raiz viva da própria história nacional. Concluiu ressaltando que a saúde indígena representava resistência, cuidado e vida em equilíbrio com a natureza, finalizando sua intervenção com uma expressão de gratidão. **Após essa mensagem, sintetizou as propostas, sugestões e apontamentos que surgiram no debate:** 1) a Coordenação da CISI/CNS se reunirá com a SESAI/MS para definir um calendário de acompanhamento das ações relativas ao povo xavante. As informações sobre esse calendário e o processo de trabalho deverão ser apresentadas no próximo Pleno do Conselho. Após três meses, os resultados deverão ser apresentados e discutidos novamente no Pleno do Conselho; 2) garantir a participação de uma pessoa conselheira do CNS não integrante da CISI no próximo Grupo de Trabalho da Comissão; 3) criar um Comitê para construção de um plano de desenvolvimento Indígena; 4) solicitar à SESAI que inclua os seguintes temas em sua pauta prioritária para os povos xavante: saúde mental dos povos indígenas, atenção às pessoas com deficiência e pessoas com doenças raras; 5) solicitar à SESAI/MS que envolva, urgentemente, os órgãos competentes, especialmente diante da grave situação de insegurança alimentar e nutricional que afeta diversas comunidades indígenas dos povos xavante; 6) propor a criação de um comitê de crise interministerial para tratar especificamente da questão da insegurança alimentar e nutricional nas comunidades indígenas; 7) recomendar à CISI, à SESAI e à FUNAI que elaborem um plano de contingência de curto, médio e longo prazo, considerando, inclusive, como subsídio, as informações apresentadas no relatório do GT Xavante. O documento deverá ser apresentado no Pleno do CNS; 8) promover diálogo conjunto sobre as ações a serem adotadas, com a participação da SESAI, secretarias municipais e estaduais de saúde, AGSUS, coordenação do Programa Mais Médicos, FUNAI, MPI, CONDISIs e ministérios afins, como o Ministério dos Povos Indígenas. O resultado desse diálogo deverá ser apresentado ao Pleno no prazo de dois

1617 meses; 9) solicitar à gestão que apresente uma resposta ao Pleno do Conselho em 2 ou
1618 3 meses e que a CISI retorne ao território no prazo de 4 meses junto com a SESAI, CMS,
1619 CES, CNS, MS, SES, SMS, AGSUS, Coordenação do Programa mais Médicos, FUNAI; 10)
1620 definição de uma força-tarefa para o enfrentamento da situação, com foco na garantia do
1621 cuidado integral e da segurança alimentar e nutricional das populações indígenas; 11)
1622 necessidade de realização de concurso público para fortalecimento da força de trabalho
1623 em saúde indígena; 12) maior envolvimento do MPF nas ações relacionadas; 13)
1624 sugestão do MPF que seja debatida uma solução estrutural para os problemas
1625 identificados, com acompanhamento contínuo por parte do CNS; 14) a SESAI deve
1626 apontar os recursos de investimento disponíveis para as ações propostas; 15) apoiar o
1627 desenvolvimento de fitoterápicos com o conhecimento indígena para evitar a
1628 biopirataria; 16) foi solicitado que a Mesa Diretora do CNS avalie a estrutura da CISI,
1629 tendo em vista que a Comissão merece atenção diferenciada, dada sua relação com “um
1630 subsistema de saúde indígena”. Nessa linha, foi solicitado à Mesa Diretora do CNS que
1631 reavalie o número de reuniões realizadas pela Comissão no decorrer do ano; e 17)
1632 garantir a participação da Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde neste
1633 processo para debater a saúde bucal dos povos indígenas. Com essa síntese, a mesa
1634 encerrou a pauta agradecendo às pessoas integrantes do GT, às pessoas expositoras e aos
1635 apoiadores técnicos, reafirmando que a defesa da saúde indígena significava valorizar vidas,
1636 proteger culturas e fortalecer a democracia no SUS. **ITEM 7 - CONFERÊNCIAS DE SAÚDE -**
1637 **5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Apresentação:**
1638 conselheiro **Jacildo Siqueira Pinho**, Coordenador Adjunto da Comissão Organizadora da 5ª
1639 CNSTT; e **Luís Henrique Leão**, Coordenador Geral de Vigilância em Saúde do
1640 Trabalhador/SVSA/DVSAT/MS. **Coordenação:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**,
1641 Presidenta do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS.
1642 Iniciando este ponto, conselheiro **Jacildo Siqueira Pinho**, coordenador adjunto da Comissão
1643 Organizadora da 5ª CNSTT, informou que faltavam poucos dias para a realização da
1644 conferência e ressaltou a importância de as pessoas delegadas acessarem a Cartilha do
1645 Participante disponível no site do CNS. Explicou que o material reunia todas as orientações
1646 necessárias sobre transporte, hospedagem, credenciamento e atividades autogestionadas.
1647 Destacou que o credenciamento ocorreria nos dias 17 e 18 de agosto de 2025, das 8h às 18h,
1648 e que a hospedagem estaria disponível de 17 (a partir das 14h) a 21 de agosto (meio-dia), com
1649 exceções a serem tratadas diretamente pelos chefes de delegação com a comissão
1650 organizadora da Conferência. Acrescentou que as atividades autogestionadas ocorreriam na
1651 manhã do dia 18, em 21 salas, com noventa vagas cada, sendo oitenta para participantes
1652 credenciados e dez para externos, e que a lista de propostas selecionadas já estava publicada
1653 no site. Reforçou ainda que a programação cultural da conferência fora definida por meio de
1654 edital específico, no qual onze atividades foram aprovadas para compor a tenda Paulo Freire,
1655 em consonância com a legislação sobre organizações da sociedade civil. Ressaltou que os
1656 chefes de delegação tinham papel central em orientar suas bases para garantir organização e
1657 pleno aproveitamento do evento. O coordenador-geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador
1658 do Ministério da Saúde, **Luís Henrique Leão**, saudou todas as pessoas, em nome da
1659 Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/MS que estava presente, mas não faria a
1660 apresentação por estar se recuperando de uma gripe. Afirmou que a 5ª CNSTT acontecia em
1661 um momento crucial, diante de uma realidade sanitária marcada por agravos, doenças e
1662 mortes relacionadas ao trabalho. Destacou que, apenas no primeiro trimestre de 2025, haviam
1663 sido registradas 144 mil notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN,
1664 enquanto em 2023 o número de mortes chegara a 4.297, revelando a dimensão da crise.
1665 Afirmou que a conferência recolocava o debate da centralidade do trabalho na sociedade e na
1666 saúde pública (no SUS), destacando que cuidar de quem trabalha era cuidar do conjunto da
1667 população brasileira. Frisou que a expectativa em relação à conferência era elevada, pois se
1668 passaram onze anos desde a edição anterior, e os encontros anteriores sempre haviam
1669 deixado legados importantes. Defendeu que a 5ª CNSTT deveria elevar a saúde do
1670 trabalhador ao patamar de direito humano fundamental, indo além das normas trabalhistas e
1671 alcançando toda a população que vive da força de trabalho. Ressaltou ainda três destaques:
1672 primeiro, a centralidade do tema na sociedade e no SUS; segundo, a conferência como
1673 processo social potente, que promove justiça epistêmica ao reconhecer o saber da classe
1674 trabalhadora como base para a formulação de políticas públicas; e terceiro, a demonstração de
1675 que era possível construir, de forma coletiva e cooperativa, um grande evento a partir da
1676 articulação entre gestão e controle social. Destacou a ampla diversidade de representações

1677 envolvidas – mulheres, indígenas, população negra, LGBTQIA+, pessoas com deficiência,
1678 entre outros – como expressão da riqueza social que compunha a conferência. Informou que
1679 16 mil pessoas participaram de conferências livres e 8 mil de conferências estaduais, somando
1680 mais de 24 mil participantes até aquele momento, número superior ao de muitas conferências
1681 nacionais anteriores. Acrescentou que a etapa nacional reuniria cerca de 3 mil participantes,
1682 incluindo 2.400 delegados. Enfatizou que a 5^a CNSTT era resultado de um trabalho coletivo e
1683 interinstitucional, que envolvera o CNS, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, a
1684 OPAS e dezenas de comissões temáticas, de mobilização, comunicação e infraestrutura.
1685 Afirmou que a estrutura física, logística e programática já estava pronta e que a conferência
1686 seria também momento de celebração da democracia, da soberania popular e da participação
1687 social. Concluiu provocando o Plenário do Conselho a refletir sobre a resposta concreta que a
1688 Conferência deveria dar aos grandes problemas da saúde do trabalhador no Brasil,
1689 defendendo que o encontro apontasse caminhos ousados e criativos para os próximos anos.
1690 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, agradeceu as exposições,
1691 ressaltando que a construção de caminhos para uma realidade melhor dependia da atuação
1692 conjunta do controle social e das entidades parceiras. Observou que muitos embates ainda se
1693 dariam no campo legislativo e que seria fundamental escolher representantes comprometidos
1694 com a saúde nas eleições de 2026. Considerou importante divulgar o podcast produzido pelo
1695 CNS como preparação para a 5^a Conferência, convidando conselheiros a assistir e difundir o
1696 material. Concluídas as falas, abriu a palavra para manifestações do Plenário. Nas
1697 intervenções, foram levantados os seguintes aspectos: destaque à centralidade da 5^a CNSTT,
1698 considerada a principal construção do CNS em 2025, devendo produzir um documento robusto,
1699 com incidência em políticas públicas e fortalecimento da mobilização também para a 18^a
1700 Conferência Nacional de Saúde; preocupação com os cortes de vagas nas conferências livres
1701 e necessidade de esclarecer se delegados com custeio garantido manteriam sua condição.
1702 Relevância das conferências livres para inclusão de pautas específicas, como as da população
1703 LGBTQIAPN+; críticas à insuficiência de recursos e à falta de fortalecimento da RENAST, dos
1704 Cerest e da CGSAT, considerados incapazes de sustentar os desafios da política de saúde do
1705 trabalhador na estrutura atual; importância de garantir condições adequadas para pessoas com
1706 deficiência, especialmente visual, com adaptação de materiais e recursos durante a
1707 Conferência; defesa de estratégias de comunicação que tornem as recomendações da 5^a
1708 CNSTT aplicáveis e incidam sobre diferentes setores além do Ministério da Saúde; como
1709 avanço no campo da acessibilidade, inclusão inédita de jornalistas com deficiência visual na
1710 rede de comunicação e no credenciamento, ampliando a participação inclusiva. Os integrantes
1711 da mesa teceram comentários gerais sobre os pontos levantados nas falas. A Presidenta do
1712 CNS explicou que os cortes nas vagas das conferências livres decorreram de limites
1713 regimentais. Salientou que, apesar de 186 vagas previstas, o número de delegados eleitos
1714 chegara a 298, sendo necessário aplicar cortes transversais. Reconheceu o desconforto
1715 gerado, mas afirmou que a decisão seguiu critérios igualitários e que a experiência deveria ser
1716 revista para a 18^a Conferência. Conselheiro **Jacildo Siqueira Pinho**, Coordenador Adjunto da
1717 Comissão Organizadora da 5^a CNSTT, acrescentou que a Cartilha do Participante já previa
1718 medidas de acessibilidade, como intérpretes de Libras, materiais em braille, fonte ampliada e
1719 infraestrutura adaptada. Explicou que a mobilização das conferências estaduais buscou
1720 envolver novos participantes, renovando a base de atuação do controle social. Por fim, reiterou
1721 a importância de preencher o questionário de pesquisa, a fim de garantir dados fidedignos
1722 sobre os participantes. A presidente do CNS reforçou que todas as pessoas conselheiras
1723 nacionais eram delegadas natas da Conferência e deveriam estar comprometidas em
1724 colaborar, inclusive solucionando problemas logísticos durante o evento. Conselheira
1725 **Francisca Valda da Silva** acrescentou que os jornalistas com deficiência visual atuariam
1726 também no credenciamento, apoiando na orientação dos participantes. O Coordenador Geral
1727 de Vigilância em Saúde do Trabalhador/SVSA/MS, **Luís Henrique Leão**, concluiu reforçando a
1728 relevância dos temas levantados. Relatou que, em suas visitas às conferências estaduais,
1729 observou a invisibilidade da área da saúde do trabalhador em muitas secretarias. Ressaltou
1730 que, apesar de estar prevista na Constituição de 1988, a área carecia de estrutura
1731 administrativa robusta para garantir seu pleno funcionamento. Enfatizou que a Conferência
1732 deveria ser um espaço de enfrentamento desse problema histórico, convidando todos a se
1733 engajarem no processo coletivo de fortalecimento da saúde do trabalhador e da trabalhadora
1734 no SUS. Com essas falas, a mesa agradeceu os integrantes da mesa e, às 13h, encerrou a
1735 manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes: nomes serão incluídos. Retomando,
1736 às 14h15, a mesa foi composta para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – COMISSÃO**

1737 **INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Análise do 1º Relatório**
1738 **Quadrimestral de Prestação de Contas - RQPC do Ministério da Saúde – ano de 2025 -**
1739 **COFIN/CNS - Coordenação:** conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora
1740 do CNS; e conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda**, da Mesa Diretora do CNS.
1741 Iniciando este ponto de pauta, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, iniciou
1742 saudando o Plenário do Conselho e lembrando que a análise do 1º RQPC do Ministério da
1743 Saúde de 2025 já havia sido parcialmente analisado na reunião anterior e que, neste momento,
1744 o foco seria os elementos complementares. Explicou que foram avaliados os níveis de
1745 empenho e liquidação das despesas por programas orçamentários, revelando cenários críticos.
1746 Detalhou as principais constatações da análise: 1) Programa de Gestão e Manutenção do
1747 Poder Executivo apresentou execução classificada como adequado (30,3%), sendo o único
1748 acima do nível inadequado; 2) os programas de Atenção Especializada em Saúde e de
1749 Atenção Primária tiveram execução inadequada, e o da Assistência Farmacêutica foi
1750 classificado como inaceitável, com índices extremamente baixos de liquidação; 3) nos
1751 programas de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação, Gestão do Trabalho e Educação, Saúde
1752 Indígena e Vigilância em Saúde, os níveis de execução também foram inadequados ou
1753 inaceitáveis; e 4) Nos programas relativos às áreas de segurança alimentar e combate à fome,
1754 de saneamento básico e operações especiais, predominou a classificação inaceitável de
1755 execução. Explicou também que nenhuma emenda parlamentar havia sido executada no 1º
1756 quadrimestre, em função da decisão do Supremo Tribunal Federal - STF que suspendeu
1757 repasses até regulamentação específica. Seguindo, falsou sobre a situação dos Hospitais e
1758 institutos federais do Ministério da Saúde: Atenção à Saúde de populações ribeirinhas e de
1759 áreas remotas da Região Amazônica mediante Cooperação com a Marinha do Brasil e com o
1760 Exército Brasileiro - Na Região Norte - liquidação inaceitável; Hospitais federais do Rio de
1761 Janeiro - os níveis de liquidação foram inadequados ou inaceitáveis, com destaque para os
1762 hospitais de Andaraí, Ipanema e Lagoa; Instituto Nacional de Câncer (INCA) – empenho
1763 regular e liquidação inadequado; Instituto Nacional de Cardiologia registrou execução
1764 inaceitável, tanto na construção do complexo integrado quanto em aperfeiçoamento de
1765 serviços especializados; e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, níveis de empenho
1766 e liquidação considerados como inadequados. Seguindo, detalhou que havia R\$ 19,5 bilhões
1767 em restos a pagar, contra apenas R\$ 1 bilhão em saldo disponível, configurando insuficiência
1768 de R\$ 18,49 bilhões. Explicou que não havia demonstração sobre a existência de recursos
1769 financeiros adicionais aos valores das dotações orçamentárias deste ano de 2025. Destacou
1770 que a maior parte dos restos a pagar concentrava-se no Fundo Nacional de Saúde (R\$ 15,9
1771 bi), concentrado na programação própria. Entre as unidades, destacou que a Fundação
1772 Nacional de Saúde - FUNASA apresentava o pior desempenho, com 90% dos restos a pagar
1773 ainda pendentes até abril de 2025, maior parte em programação própria. Sobre as
1774 transferências, explicou que no 1º quadrimestre foram transferidos R\$ 39 bilhões a estados,
1775 municípios e DF, com destaque para o Nordeste (31,7%) e para o Sudeste (37,5%). Quanto à
1776 produção assistencial dos Hospitais Próprios, do Grupo Hospitalar Conceição - GHC e dos
1777 Institutos: houve redução de 2,38% nos leitos disponíveis e queda de 10,9% nas internações
1778 em comparação a 2024; as consultas ambulatoriais também apresentaram queda,
1779 principalmente na rede Sarah e nos hospitais federais; as cirurgias cresceram em alguns
1780 institutos, mas diminuíram nos hospitais federais; no caso de partos, houve queda; e os
1781 exames ambulatoriais tiveram aumento geral de 20,43%, com destaque para o Instituto
1782 Nacional de Cardiologia; e aumento nos atendimentos ambulatoriais. No caso de atividades de
1783 auditoria e controle, apontou queda de 37,5% nas atividades de auditoria em 2025 em relação
1784 a 2024, com predominância de resultados “não conformes” (83,1%). Também fez referência
1785 ao envio de Relatórios de Gestão Encaminhados aos Conselhos de Saúde (estaduais e
1786 municipais), salientando que no 1º quadrimestre de 2025, 3.380 entes federados
1787 encaminharam o relatório de gestão para apreciação no conselho de saúde. Desse total, 16
1788 referem-se às unidades federativas (AL, CE, ES, MA, MG, MS, MT, PB, PE, PI, PR, RJ, RO,
1789 RS, SC e TO) e 3.364 eram municípios. Sobre aplicação mínima ASPS no 1º RQPC/2025,
1790 explicou que o Piso Mínimo ASPS 15% RCL corresponde a R\$ 232,3 bi, considerando a receita
1791 estimada para 2025. Nos comentários complementares, disse que constava na Introdução do
1792 RQPC do 1º Quadrimestre de 2025 (1Q/25) que a execução das ações e serviços públicos de
1793 saúde pelo MS ocorreu contemplando: (i) as alterações realizadas no PNS 2024-2027 e na
1794 PAS 2025 em decorrência da revisão do PPA 2024-2027; (ii) a programação de 2025 que
1795 integra o PNS 2024-2027 (aprovado pela Resolução CNS nº 741, de 22/02/2024); e (iii) as
1796 diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde (conforme Resolução CNS nº 715,

1797 de 20/07/2023). Salientou que se trata de importante referência para a execução das despesas
1798 retomada pela atual gestão do MS – respeito ao processo de planejamento previsto na LC nº
1799 141 e à diretriz constitucional da participação da comunidade no SUS (que se expressa por
1800 meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde nos termos da Lei 8.142/90).
1801 Sinalizou que não consta no RQPC 1Q/25 citação sobre o cumprimento das diretrizes para o
1802 estabelecimento de prioridades para 2025 conforme determina a LC nº. 141 (que foram
1803 aprovadas pelo CNS por meio da Resolução nº 745, de 14 de março de 2024), nem de outras
1804 resoluções e recomendações aprovadas pelo CNS que abordam programas e ações de saúde
1805 cuja responsabilidade é do MS. Disse que tal fato não significa dizer que tais deliberações do
1806 CNS não estejam sendo observadas pelo MS, mas sim que a prestação de contas não fez
1807 essa abordagem como destaque da gestão do MS no quadrimestre. Acrescentou que os
1808 Quadros 1 e 2 (páginas 5 e 6) apresentam R\$ 232,3 bilhões como valor do piso federal do SUS
1809 de 2025, e o Quadro 3 (página 7) informa que o valor total das dotações atualizadas ASPS é
1810 de R\$ 232,8 bilhões, o que representa R\$ 0,5 bilhão acima do piso, similar ao valor necessário
1811 para compensar os cancelamentos dos restos a pagar em 2024. Seguindo, explicou que, com
1812 base na análise, a COFIN elaborou minuta de recomendação do CNS, a ser encaminhada ao
1813 Executivo Federal e ao Ministério da Saúde, para adoção de medidas corretivas urgentes que
1814 promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade. A
1815 seguir fez a leitura da minuta: **“Recomendação nº xx, de xx de agosto de 2025. Recomenda**
1816 **ao Exmo. Sr. Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes que**
1817 **promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade.**
1818 Considerando os dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012, em especial os artigos 14 e
1819 24, e o disposto no art. 41 da Lei Complementar nº 141/2012, do qual deriva a competência do
1820 CNS para encaminhar as indicações de medidas corretivas decorrentes da análise do Relatório
1821 de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde (MS) ao Presidente da
1822 República; considerando a análise do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do 1º
1823 Quadrimestre de 2025 realizada pela Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho
1824 Nacional de Saúde (Cofin/CNS); considerando a reincidência dos baixos níveis de liquidação,
1825 no 1º quadrimestre de 2025, de vários itens de despesas que agrupam ações orçamentárias
1826 programadas para o atendimento do conjunto das necessidades de saúde da população;
1827 considerando os elevados valores de saldos a pagar dos Restos a Pagar até o final do 1º
1828 quadrimestre de 2025, especialmente os não processados, que caracterizam despesas não
1829 liquidadas pelo Ministério da Saúde e, portanto, ainda não efetivadas como ações e serviços
1830 públicos de saúde (ASPS) para o atendimento das necessidades da população, e sem
1831 qualquer indicativo de planejamento, no Relatório de Prestação de Contas do 1º quadrimestre
1832 de 2025, para execução dessas despesas no curto prazo, bem como da viabilidade técnico-
1833 financeira para essa execução; considerando a necessidade de aumentar as atividades de
1834 auditoria e controle do Ministério da Saúde nos próximos quadrimestres deste ano, diante da
1835 redução observada no 1º quadrimestre de 2025 em comparação ao mesmo período de 2024,
1836 situação similar à verificada no 1º quadrtimestre de 2024 em comparação ao mesmo período
1837 de 2023; considerando a necessidade de alocar recursos adicionais ao Sistema Único de
1838 Saúde (SUS), de modo a iniciar um processo de redução do subfinanciamento crônico nos
1839 últimos 37 anos de vigência do SUS. recomenda ao senhor presidente da república e ao
1840 senhor ministro da saúde: 1) Adotar as providências necessárias junto à área econômica do
1841 Governo Federal para a imediata ampliação da disponibilidade orçamentária do Ministério da
1842 Saúde para as despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) no valor de R\$ 5,3
1843 bilhões (a ser somado ao valor do piso federal do SUS de 2025), para compensar a perda
1844 decorrente do não cumprimento do piso federal do SUS em 2023 segundo a regra de cálculo
1845 da Emenda Constitucional 86/2015 – não pode ser inferior a 15% da Receita Corrente Líquida
1846 do respectivo exercício financeiro, bem como apresentar um cronograma para a reposição da
1847 perda de recursos para o SUS no período de 2018 a 2022 no valor de R\$ 70 bilhões provocada
1848 pela Emenda Constitucional nº 95/2016, conforme estudo publicado pelo Instituto de Pesquisa
1849 Econômica Aplicada (IPEA). 2) Programar e executar imediatamente as despesas a serem
1850 realizadas para o desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), de modo a
1851 empenhar e/ou liquidar com celeridade as programadas no orçamento de 2025 para atender as
1852 necessidades de saúde da população, especialmente aquelas cuja execução obteve a
1853 classificação de “inadequado”, “intolerável” e/ou “inaceitável” no 1º quadrimestre de 2025,
1854 conforme avaliação realizada pelo Conselho Nacional de Saúde. 3) Distribuir melhor a
1855 execução das despesas com ações e serviços públicos de saúde ao longo do ano de 2025,
1856 inclusive das inscritas e reinscritas em restos a pagar, para atender com eficiência e eficácia as

1857 necessidades de saúde da população e não agravar ainda mais tanto o processo de
1858 subfinanciamento histórico do SUS, como o processo de desfinanciamento verificado nos
1859 últimos anos. 4) Fiscalizar as despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS)
1860 realizadas por outros ministérios por meio de atividades de auditoria e controle. 5) Ampliar as
1861 atividades de auditoria e controle do Ministério da Saúde durante os dois próximos
1862 quadrimestres de 2025. 6) Submeter para avaliação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
1863 e do CNS as despesas a serem financiadas com recursos das emendas parlamentares, bem
1864 como que seja verificada e declarada pelo Ministério da Saúde a compatibilidade dessas
1865 despesas com o Plano Nacional de Saúde e com os respectivos Planos de Saúde dos entes da
1866 Federação beneficiados. 7) Encaminhar para análise e deliberação do Conselho Nacional de
1867 Saúde os critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite nos últimos anos para a
1868 transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais
1869 de Saúde, conforme determina o artigo 17 da Lei Complementar 141/2012. 8) Autorizar o
1870 Ministério da Saúde a cancelar em 2025 os Restos a Pagar (especialmente os não
1871 processados) referentes a empenhos de 2023 e anos anteriores, considerando o tempo
1872 decorrido até o momento, os quais deverão ser compensados em 2026 como aplicação
1873 adicional ao mínimo, nos termos do artigo 24, inciso II, parágrafo 2º da Lei Complementar nº
1874 141/2012, ou exigir das secretarias do Ministério da Saúde a apresentação do plano de ação
1875 para execução imediata dessas despesas (com o devido cronograma até o final de 2024) como
1876 condição de evitar esse cancelamento. 9) Priorizar o superávit financeiro das fontes de
1877 recursos dos fundos públicos do Poder Executivo como recurso para financiar o valor referente
1878 à Assistência Financeira para estabelecimento do Piso Salarial Nacional da Enfermagem, nos
1879 estados, municípios e Distrito Federal, em respeito aos termos da emenda constitucional N°
1880 127, de 22 de dezembro de 2022. 10) Adotar as providências necessárias para o cumprimento
1881 diretrizes aprovadas na 17ª. Conferência Nacional de Saúde referentes ao aumento de
1882 recursos orçamentários e financeiros para o Ministério da Saúde, de modo a reduzir o processo
1883 de subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde". Concluída a leitura, foi aberta a
1884 palavra para considerações. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** iniciou sua intervenção
1885 destacando que a recomendação da COFIN deveria incluir, no item 6, a Portaria nº 6.904/2025,
1886 que regulamentava a execução das emendas parlamentares. Ressaltou que a norma
1887 estabelecia diretrizes importantes para a execução compatível com os planos nacional,
1888 estaduais e municipais de saúde, e defendeu que a referência fosse incorporada ao texto final.
1889 Conselheiro **Anselmo Dantas** elogiou o trabalho da COFIN e, em especial, o professor
1890 Francisco Funcia, pela análise rigorosa da execução orçamentária. Destacou que a
1891 comparação entre despesas, receitas e emendas parlamentares confirmava fragilidades já
1892 apontadas no RAG de 2024, sobretudo quanto à baixa liquidação de despesas. Manifestou
1893 preocupação com os restos a pagar e alertou para os impactos do arcabouço fiscal sobre o
1894 financiamento do SUS. Referiu-se a relatório da Instituição Fiscal Independente – IFI, que
1895 projetava cenário crítico para 2026, caso persistisse a combinação entre acúmulo de restos a
1896 pagar e limitação de receitas. Avaliou que as recomendações da COFIN tinham caráter
1897 preventivo, sinalizando riscos que poderiam comprometer a execução das ações e serviços
1898 públicos de saúde, caso não fossem corrigidos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** reforçou a
1899 preocupação com a insuficiência de recursos, observando que o problema aparecia de forma
1900 transversal em todas as pautas do CNS, como no debate sobre talassemia e saúde indígena.
1901 Afirmou que, no diálogo com movimentos sociais e gestores do Ministério da Saúde, a resposta
1902 recorrente era a falta de recursos, o que inviabilizava programas importantes. Citou como
1903 exemplo o Programa Brasil Saudável, que, em agosto de 2025, ainda não tinha orçamento
1904 definido para o ano. Explicou que, nos estados, as ações só ocorriam mediante
1905 complementação local, e questionou os impactos dessa situação sobre a saúde da população.
1906 O assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN, respondeu
1907 aos questionamentos, destacando a pertinência da inclusão da Portaria nº 6.904 na
1908 recomendação e comprometendo-se a incorporá-la. Explicou que o relatório da IFI de fato
1909 projetava contradição a partir de 2026 entre o limite de crescimento das despesas primárias do
1910 arcabouço fiscal (2,5% ao ano) e o cálculo do piso da saúde, baseado na receita corrente
1911 líquida. Ressaltou que, embora a projeção fosse válida, havia fragilidades metodológicas, pois
1912 o modelo desconsiderava variáveis que não podiam ser ignoradas. Ainda assim, confirmou que
1913 2026 já se configurava como ano de risco. Observou que o problema dos restos a pagar tinha
1914 duas dimensões: parte decorria da lógica da gestão orçamentária federal, em que contratos
1915 firmados no meio do ano geravam despesas a serem pagas no exercício seguinte; outra parte
1916 resultava de falhas de gestão, como atrasos em emendas parlamentares, projetos mal

estruturados ou dificuldades em executar ações. Defendeu a necessidade de rotinas permanentes de diálogo entre o CNS e as secretarias do Ministério da Saúde, tanto no planejamento quanto no acompanhamento da execução orçamentária, para identificar lacunas e decidir coletivamente as prioridades a serem financiadas. Após as considerações, a mesa submeteu à votação a recomendação com os ajustes propostos. **Deliberação: a recomendação, elaborada pela COFIN/CNS, ao Exmo. Sr. Presidente da República para adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde com celeridade foi aprovada, por maioria, uma abstenção, com correções no texto.** ITEM 9- ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. Resoluções da recomposição das Comissões Intersetoriais do CNS - Coordenação: conselheira Fernanda Lou Sans Magano, Presidenta do CNS; e conselheira Priscila Torres da Silva, da Mesa Diretora do CNS. a) Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas – votação das resoluções de recomposição de dezoito comissões do CNS (CIAN, CIASB, CIASCV, CIASPD, CIASPP, CICTAF, CIEPCSS, CIPPE, CIPPISPICS, CIRTES, CISB, CISI, CISM, CISMu, CISS, CISTT, CIVS e COFIN). Iniciando, a Presidenta do CNS explicou que neste item seria feito debate sobre as resoluções referentes à recomposição das comissões e informou que todas estavam disponíveis no servidor para consulta. Recordou que apenas duas delas haviam sofrido alterações: a CIRTES, com modificação em seu nome, e a CIEPCSS, com ajuste em sua composição, ressaltando que tais mudanças já haviam sido previamente aprovadas em reuniões anteriores do Conselho. Acrescentou que as demais resoluções permaneciam conforme o processo eleitoral aberto para as comissões e recordou que a tarefa da Mesa Diretora do CNS, para o próximo período, seria revisitar cada uma delas, com vistas à definição de suas atribuições e também de suas composições. Destacou que algumas comissões apresentavam problemas quanto à paridade e que havia pontos relevantes a serem revistos. Diante da quantidade de resoluções, indagou ao Plenário se poderia ser adotada a metodologia de leitura da composição de cada um delas, e posteriormente votação em bloco. O Pleno acatou a proposta. Lembrou que, até aquele momento, constavam apenas os nomes das entidades, pois ainda não havia sido encerrado o prazo para que estas encaminhassem os nomes de seus representantes. Reforçou que tal prazo se encerraria naquele mesmo dia e que era imprescindível o envio das indicações, a fim de viabilizar a publicação final das resoluções com os respectivos nomes. Dito isso, procedeu à leitura, rezando com a conselheira Priscila Torres. 1) Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN. Resolve Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIAN, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de 22 (vinte e duas) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação a) Coordenação: Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); b) Coordenação Adjunta: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS); Titular (em ordem alfabética): a) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); b) Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (ART TB BR); c) Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); d) Conselho Federal de Nutrição (CFN); e) Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); f) Comissão Pastoral da Terra (CPT); g) Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); h) Ministério da Saúde; i) Movimento Nacional População de Rua (MNPR); j) Pastoral da Criança. Suplente (em ordem alfabética): k) Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (ABIFINA); l) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); m) Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); n) Federação Nacional de Nutricionistas (FNN); o) Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA); p) Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS); q) Ministério da Saúde (MS); r) Ministério da Saúde (MS); s) Ministério da Saúde (MS); t) Movimento Nacional Pestalozziano de Autodefensores (MONPAD). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIAN e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 684, de 14 de setembro de 2022. 2) Comissão Intersetorial de Atenção Básica à Saúde - CIASB. Dispõe sobre a estruturação da Comissão Intersetorial de Atenção Básica à Saúde (CIABS). Resolve: Art. 1º Aprovar a estruturação da CIABS, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (34) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); b) Coordenação Adjunta 1: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); c) Coordenação Adjunta 2: Coletivo Nacional de Juventude Negra (ENEGRECER); Titular (ordem alfabética): a) Articulação

1977 Brasileira de Gays, Bissexuais e Transmasculinidades (ARTGAY); b) Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); c) Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ); d) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); e) Associação Comunitária, Cultural e de Apoio Social - Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS); f) Associação Rede Unida (REDE UNIDA); g) Central Única dos Trabalhadores (CUT); h) Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); i) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); j) Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); k) Conselho Federal de Odontologia (CFO); l) Federação Médica Brasileira (FMB); m) Ministério da Saúde (MS); n) Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); o) Movimento Nacional População de Rua (MNPR). Suplentes (ordem alfabética): a) Aliança Distrofia Brasil (ADB); b) Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); c) Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (ART TB BR); d) Associação Brasileira de Autismo (ABRA); e) Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); f) Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); g) Associação Nacional dos Portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII BRASIL); h) Confederação Nacional da Indústria (CNI); i) Comissão Pastoral da Terra (CPT); j) Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); k) Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); l) Ministério da Saúde (MS); m) Pastoral da Criança; n) Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); o) Pastoral da Saúde Nacional (PSN); p) Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL/SINASUS). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIASCV e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 672 de 27 de abril de 2022. **3)** Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV. Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIASCV, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (32) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); b) Coordenação Adjunta 1 Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ); c) Coordenação Adjunta 2: Aliança Distrofia Brasil (ADB). Titulares (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO); b) Associação Comunitária, Cultural e de Apoio Social - Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS); c) Federação Brasileira de Hospitais (FBH); d) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); e) Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); f) Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); g) Conselho Federal de Nutrição (CFN); h) Ministério da Saúde (MS); i) Movimento Negro Unificado (MNU); j) Pastoral da Criança; k) Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); l) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); m) Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC); n) União Brasileira dos Estudantes Secundaristas (UBES); o) União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO). Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Autismo (ABRA); b) Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG); c) Associação Internacional Maylê Sara Kalí (AMSK/Brasil); d) Associação Rede Unida (REDE UNIDA); e) Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA); f) Conselho Federal de Odontologia (CFO); g) Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); h) Federação Médica Brasileira (FMB); i) Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); j) Ministério da Saúde (MS); k) Ministério da Saúde (MS); l) Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP); m) Movimento Nacional Pestaloziano de Autodefensores (MONPAD); n) União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNALGBT). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIASCV e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 685, de 14 de setembro de 2022. **4)** Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência - CIASPD. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência - CIASPD. Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIASPD, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (22) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Federação Nacional das Associações Pestalozzi (FENAPESTALOZZI); b) Coordenação Adjunta 1: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação Brasileira de

2037 Lésbicas (ABL); b) Associação Brasileira de Autismo (ABRA); c) Associação Brasileira de
2038 Pessoas com Hemofilia (ABRAPHEM); d) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de
2039 Saúde (CONASEMS); e) Federação Nacional das empresas de fisioterapia (FENAFISIO); f)
2040 Ministério da Saúde (MS); g) Retina Brasil. h) Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia,
2041 Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC); i) Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
2042 (SBFA); j) União Brasileira de Mulheres (UBM). Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação
2043 Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); b) Associação de Fisioterapeutas do Brasil
2044 (AFB); c) Associação de Pessoas com Deficiência de Limoeiro do Norte (APDLN); d) Ministério
2045 da Educação (MEC); e) Ministério da Saúde (MS); f) Ministério da Saúde (MS); g) Ministério da
2046 Saúde (MS); h) Ministério da Saúde (MS); i) Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania.
2047 (MDHC); j) Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); Art. 2º Poderão ser convidados
2048 representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação
2049 respectiva a temáticas tratadas pela CIASPD e que sejam imprescindíveis para o andamento
2050 dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 690, de 14 de setembro
2051 de 2022. **5)** Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias –
2052 CIASPP. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das
2053 Pessoas com Patologias – CIASPP. Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIASPP para
2054 o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (34) vagas, constituída da
2055 seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e
2056 AIDS (RNP+BRASIL); b) Coordenação Adjunta 1: Movimento Nacional das Cidadãs Positivas
2057 (MNCP); c) Coordenação Adjunta 2: Retina Brasil. Titulares (ordem alfabética): a) Articulação
2058 Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); b) Associação Brasileira de Alzheimer e Condições
2059 Relacionadas (ABRAZ); c) Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); d) Associação
2060 Brasileira de Talassemia (ABRASTA); e) Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças
2061 Reumáticas e Raras (SUPERANDO); f) Coletivo Nacional das Pessoas com Albinismo (CNPA);
2062 g) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); h)
2063 Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA); i) Confederação Nacional de Saúde (CNSAÚDE);
2064 j) Federação Brasileira das Associações de Doenças Raras (FEBRARARAS); k) Federação
2065 Brasileira de Hospitais (FBH); l) Federação Nacional dos Odontologistas (FNO); m) Instituto
2066 Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos (ENFAR); n)
2067 Ministério da Saúde (MS); o) Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela
2068 Hanseníase (MORHAN); Suplentes (ordem alfabética): a) Aliança Distrofia Brasil (ADB); b)
2069 Articulação Brasileira de Gays, Bissexuais e Transmasculinidades (ARTGAY); c) Articulação
2070 Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (ART TB BR); d) Associação Brasileira
2071 de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); e) Associação Brasileira de Médicas e
2072 Médicos pela Democracia (ABMMD); f) Associação Brasileira de Pessoas com Hemofilia
2073 (ABRAPHEM); g) Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); h)
2074 Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências
2075 (AFAG); i) Conselho Federal de Nutrição (CFN); j) Federação Brasileira das Associações de
2076 Síndrome de Down (FBASD); k) Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); l) Ministério da
2077 Saúde (MS); m) Ministério da Saúde (MS); n) Movimento Nacional População de Rua (MNPR);
2078 o) Pastoral da Saúde Nacional (PSN); p) União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais,
2079 Travestis e Transexuais (UNALGBT). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de
2080 instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a
2081 temáticas tratadas pela CIASPP e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos
2082 da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 687, de 14 de setembro de 2022. **6)**
2083 Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF. Dispõe
2084 sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência
2085 Farmacêutica (CICTAF). Resolve Art. 1º Aprovar a reestruturação da CICTAF, para o exercício
2086 do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (34) vagas, constituída da seguinte forma:
2087 Coordenação: a) Coordenação: Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); b)
2088 Coordenação Adjunta 1: Movimento Social Biored Brasil (BIORED); c) Coordenação Adjunta 2:
2089 Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências
2090 (AFAG). Titulares (em ordem alfabética): a) Aliança Distrofia Brasil (ADB); b) Associação
2091 Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM); c) Associação dos Laboratórios Farmacêuticos
2092 Oficiais do Brasil (ALFOB); d) Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); e) Central dos
2093 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); f) Confederação Nacional das Associações de
2094 Moradores (CONAM); g) Conselho Federal de Farmácia (CFF); h) Conselho Federal de
2095 Medicina Veterinária (CFMV); i) Confederação Nacional da Indústria (CNI); j) Conselho
2096 Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); k) Ministério da Saúde; l) Instituto Escola

Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos (ENFAR); m) Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC); n) Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL/SINASUS); o) União da Juventude Socialista (UJS); Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (ABIFINA); b) Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ); c) Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD); d) Associação Brasileira de Naturopatia (ABRANA); e) Associação Brasileira de Pessoas com Hemofilia (ABRAPHEM); f) Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); g) Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras (SUPERANDO); h) Associação Rede Unida (REDE UNIDA); i) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); j) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); k) Ministério da Saúde; l) Ministério da Saúde; m) Ministério da Saúde; n) RedePICS Brasil; o) Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); p) Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CICTAF e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 688, de 14 de setembro de 2022. **7)** Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS. Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIEPCSS para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (34) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Associação Rede Unida (Rede Unida); b) Coordenação Adjunta 1: União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); c) Coordenação Adjunta 2: Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); b) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); c) Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); d) Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); e) Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA); f) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); g) Central Única dos Trabalhadores (CUT); h) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); i) Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); j) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); k) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); l) Ministério da Saúde (MS); m) Ministério da Saúde (MS); n) Ministério da Saúde (MS); o) Movimento Negro Unificado (MNU); p) União Nacional dos Estudantes (UNE). Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ); b) Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM); c) Central de Movimentos Populares (CMP); d) Comissão Pastoral da Terra (CPT); e) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); f) Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER); g) Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); h) Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); i) Instituto Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos (ENFAR); j) Ministério da Saúde (MS); k) Movimento Nacional População de Rua (MNPR); l) Pastoral da Criança; m) Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); n) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); o) União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNALGBT). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIEPCSS e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 689, de 14 de setembro de 2022. **8)** Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (CIPPE). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIPPE, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (34) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO); b) Coordenação Adjunta 1: Conselho Federal de Farmácia (CFF); c) Coordenação Adjunta 2: Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL). Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); b) Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); c) Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); d) Associação Rede Unida (REDE UNIDA); e) Coletivo Nacional de Juventude Negra (ENEGRECER); f) Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); g) Conselho Nacional

2157 de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); h) Federação Nacional das Empresas de
2158 Fisioterapia (FENAFISIO); i) Ministério da Saúde (MS); j) Movimento de Reintegração das
2159 Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); k) Movimento Nacional Pestalozziano de
2160 Autodefensores (MONPAD); l) Movimento Nacional População de Rua (MNPR); m) União da
2161 juventude socialista (UJS); n) União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); o) Rede
2162 Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR). Suplentes (em
2163 ordem alfabética): a) Articulação Brasileira de Gays, Bissexuais e Transmasculinidades
2164 (ARTGAY); b) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); c) Associação Brasileira de
2165 Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); d) Associação Brasileira de Ensino em
2166 Fisioterapia (ABENFISIO); e) Associação Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM); f)
2167 Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); g) Associação Comunitária,
2168 Cultural e de Apoio Social - Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros
2169 (FONATRANS); h) Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras
2170 e Deficiências (AFAG); i) Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na
2171 Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); j) Federação de Sindicatos de Trabalhadores
2172 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); k)
2173 Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC); l) Ministério da Saúde (MS); m)
2174 Ministério da Saúde (MS); n) Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); o) Retina Brasil; p) União
2175 Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNALGBT); Art. 2º Poderão
2176 ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da
2177 Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIPPE e que sejam imprescindíveis
2178 para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 700,
2179 de 14 de setembro de 2022. **9)** Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas
2180 Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPISPICS. Dispõe sobre a reestruturação da
2181 Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e Complementares em
2182 Saúde (CIPPISPICS). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIPPISPICS, para o
2183 exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de 34 (trinta e quatro) vagas,
2184 constituída da seguinte forma: Coordenação a) Coordenação: Central de Movimentos
2185 Populares (CMP); b) Coordenação Adjunta 1: Confederação Nacional dos Trabalhadores na
2186 Saúde (CNTS); c) Coordenação Adjunta 2: Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do
2187 Brasil (CTB). Titulares (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Alzheimer e
2188 Condições Relacionadas (ABRAZ); b) Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul
2189 (ARPINSUL); c) Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
2190 (ANEPS); d) Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas
2191 Especialidades (ABIFINA); e) Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); f)
2192 Associação Brasileira de Naturopatia (ABRANA); g) Associação Brasileira de Nutrição
2193 (ASBRAN); h) Comissão Pastoral da Terra (CPT); i) Confederação Nacional dos Trabalhadores
2194 Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); j) Conselho Federal de Farmácia
2195 (CFF); k) Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); l) Ministério da Saúde; m)
2196 Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP); n) Rede Nacional de Mulheres Negras
2197 no Combate à Violência; o) Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO);
2198 Suplentes: (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa
2199 (ABRATECOM); b) Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); c)
2200 Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); d) Conselho Federal de
2201 Biologia (CFBIO); e) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); f) Coordenação das
2202 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); g) Instituto Escola Nacional de
2203 Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos (ENFAR); h) Ministério da Saúde
2204 (MS); i) Ministério da Saúde (MS); j) Ministério da Saúde (MS); k) Ministério da Saúde (MS); l)
2205 Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); m) Pastoral
2206 da Saúde Nacional (PSN); n) RedePICS Brasil; o) Sindicato dos Servidores do Sistema
2207 Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL/SINASUS); p) Sociedade Brasileira de
2208 Fonoaudiologia (SBFA); Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das
2209 entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela
2210 CIPPISPICS e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art.
2211 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 690, de 14 de setembro de 2022. **10)** Comissão
2212 Intersetorial de Relações de Trabalho e Educação na Saúde – CIRTES. Dispõe sobre a
2213 reestruturação da Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e Educação na Saúde -
2214 CIRTES. Resolve: Art. 1º Fica aprovada, nos termos da deliberação do Plenário proferida
2215 durante a (366ª) Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 2025, a alteração da
2216 denominação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho

2217 (CIRHRT), que passará a ser denominada Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e
2218 Educação na Saúde (CIRTES). Art. 2º Aprovar a reestruturação da CIRTES, para o exercício
2219 do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (36) vagas, constituída da seguinte forma:
2220 Coordenação a) Coordenação: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); b) Coordenação
2221 Adjunta 1: Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); c) Coordenação Adjunta 2: Rede
2222 Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO). Titulares (em ordem alfabética): a)
2223 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); b) Associação
2224 Brasileira de Esclerose Múltipla (ABEM); c) Associação Rede Unida (REDE UNIDA); d)
2225 Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil
2226 (CONTRAF); e) Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); f) Conselho Nacional de
2227 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); g) Confederação Nacional de Saúde
2228 (CNSAÚDE); h) Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); i)
2229 Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); j) Ministério da Educação (MEC); k)
2230 Ministério da Saúde (MS); l) Ministério da Saúde (MS); m) Ministério da Saúde (MS); n) União
2231 da juventude socialista (UJS); o) União Nacional dos Estudantes (UNE). Suplentes (em ordem
2232 alfabética): a) Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO); b)
2233 Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); c) Associação Brasileira de
2234 Odontologia (ABO); d) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); e) Coletivo
2235 Nacional de Juventude Negra (ENEGRECER); f) Confederação dos Trabalhadores no Serviço
2236 Público Municipal (CONFETAM/CUT); g) Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); h)
2237 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); i) Federação Nacional
2238 dos Enfermeiros (FNE); j) Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); k) Instituto Escola
2239 Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos (ENFAR); l) Ministério da
2240 Saúde (MS); m) Ministério da Saúde (MS); n) Ministério da Saúde (MS); o) Ministério da Saúde
2241 (MS); p) Ministério da Saúde (MS); q) Ministério da Saúde (MS); r) Organização Nacional de
2242 Cegos do Brasil (ONCB). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das
2243 entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela
2244 CIRTES e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º
2245 Fica revogada a Resolução CNS nº 691, de 14 de setembro de 2022. **11)** Comissão
2246 Intersetorial de Saúde Bucal – CISB. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial
2247 de Saúde Bucal - CISB. Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da (CISB), para o exercício
2248 do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (22) vagas, constituída da seguinte forma:
2249 Coordenação: a) Coordenação: Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); b) Central
2250 Única dos Trabalhadores. Titulares (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Autismo
2251 (ABRA); b) Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); c)
2252 Associação Brasileira de Odontologia (ABO); d) Associação Brasileira de Redução de Danos
2253 (ABORDA); e) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); f) Conselho Federal de
2254 Fonoaudiologia (CFFA); g) Conselho Federal de Odontologia (CFO); h) Gestor/Prestador (sem
2255 indicação até o momento); i) Ministério da Saúde (MS); j) Sociedade Brasileira de Bioética
2256 (SBB). Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Ensino Odontológico
2257 (ABENO); b) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT
2258 (CNTSS); c) Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); d)
2259 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e) Ministério da Saúde
2260 (MS); f) Ministério da Saúde (MS); g) Ministério da Saúde (MS); h) Pastoral da Criança; i)
2261 Pastoral da Saúde Nacional (PSN); j) Sindicato Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras
2262 da Saúde Indígena (SINDCOPSI). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de
2263 instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a
2264 temáticas tratadas pela CISB e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da
2265 Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 692, de 14 de setembro de 2022. **12)**
2266 Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão
2267 Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CISI, para
2268 o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (25) vagas, constituída da
2269 seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Articulação dos Povos Indígenas da Região
2270 Sul (ARPINSUL); b) Coordenação Adjunta 1: Conselho Nacional de Secretários de Saúde
2271 (CONASS); c) Coordenação Adjunta 2: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB).
2272 Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do
2273 Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOIME); b) Articulação Nacional de Movimentos e
2274 Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); c) Conselho Federal de Medicina
2275 Veterinária (CFMV); d) Conselho Indigenista Missionário (CIMI); e) Conselho Terena - Centro
2276 Oeste; f) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); g)

2277 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); h) Fórum de
2278 Presidentes do Conselho Distrital de Saúde Indígena (FPCONDISI); i) Ministério da Saúde
2279 (MS); j) Ministério dos Povos Indígenas (MPI); k) Movimento de Reintegração das Pessoas
2280 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); l) Sindicato Nacional dos Trabalhadores e
2281 Trabalhadoras da Saúde Indígena (SINDCOPSI). Suplentes (em ordem alfabética): a)
2282 Articulação dos Povos Indígenas da Região Sudeste (ARPIN Sudeste); b) Associação
2283 Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); c) Associação Brasileira de Médicas e Médicos
2284 pela Democracia (ABMMD); d) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); e)
2285 Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos em Odontologia (ANATO); f) Confederação dos
2286 Trabalhadores no Serviço Público Federal (CONDSEF); g) Confederação Nacional dos
2287 Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); h) Conselho
2288 Federal de Enfermagem (COFEN); i) *International Federation of Medical*; j) Sindicato dos
2289 Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOPC). Art. 2º
2290 Poderão ser convidados representantes de instituições, de entidades, de movimentos sociais e
2291 de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISI e que
2292 sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a
2293 Resolução CNS nº 693, de 14 de setembro de 2022. **13)** Comissão Intersetorial de Saúde
2294 Mental - CISM. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental
2295 (CISM). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CISM, para o exercício do mandato de
2296 2025 a 2028, com a composição de (22) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação:
2297 a) Coordenador: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); b)
2298 Coordenador 1: Movimento Nacional População de Rua (MNPR). Titulares (em ordem
2299 alfabética): a) Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO); b) Coletivo
2300 Nacional de Juventude Negra (ENEGRECER); c) Confederação Nacional das Associações de
2301 Moradores (CONAM); d) Conselho Federal de Psicologia (CFP); e) Conselho Nacional de
2302 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); f) Federação Nacional dos Psicólogos
2303 (FENAPSI); g) Ministério da Saúde (MS); h) Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras
2304 Feministas (REDE CANDACES BR); i) Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial
2305 (RENILA); j) União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
2306 (UNALGBT). Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Naturopatia
2307 (ABRANA); b) Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRAME); c) Centro Brasileiro de
2308 Estudos de Saúde (CÉBES); d) Coletivo de Proteção à Infância Voz Materna (CPI VOZ
2309 MATERNA); e) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); f) Confederação Nacional do
2310 Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); g) Federação Nacional das Associações
2311 Pestalozzi (FENAPESTALOZZI); h) Movimento Social Biored Brasil (BIORED BRASIL); i)
2312 Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); j) Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção
2313 e Inovação em Saúde Pública (ASFOPC). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de
2314 instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a
2315 temáticas tratadas pela CISM e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da
2316 Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 694, de 14 de setembro de 2022. **14)**
2317 Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMu. Dispõe sobre a reestruturação da
2318 Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher (CISMu). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação
2319 da CISMu, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (22) vagas,
2320 constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: União de Negras e Negros Pela
2321 Igualdade (UNEGRO); b) Coordenação Adjunta: Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE).
2322 Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); b) Articulação
2323 Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS) c) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); d)
2324 Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); e) Federação Nacional das Empresas de
2325 Fisioterapia (FENAFISIO); f) Federação Nacional de Doulas do Brasil (FENADOULASBR); g)
2326 Ministério da Saúde (MS); h) Ministério das Mulheres (MMULHERES); i) Rede Nacional de
2327 Mulheres Negras no Combate à Violência; j) Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos
2328 Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação
2329 Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD); b) Associação Brasileira de
2330 Naturopatia (ABRANA); c) Central Unica dos Trabalhadores (CUT); d) Confederação Nacional
2331 dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); e) Conselho Federal de
2332 Enfermagem (COFEN); f) Ministério da Saúde (MS); g) Movimento Nacional das Cidadãs
2333 Positivas (MNCP); h) Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); i) Rede pela Humanização do Parto e
2334 Nascimento (ReHuNa); j) União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e
2335 Transexuais (UNALGBT). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das
2336 entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela

CISMu e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 695, de 14 de setembro de 2022. **15)** Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar no SUS – CISS. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar no SUS (CISS). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CISS para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de 22 (vinte e duas) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Movimento Social Biored Brasil (BIORED BRASIL); b) Coordenação Adjunta: Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE). Titulares (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); b) Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras (SUPERANDO); c) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); d) Conselho Federal de Odontologia (CFO); e) Confederação Nacional de Saúde (CNSAÚDE); f) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); g) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); h) Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); i) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); j) Ministério da Saúde (MS); k) Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC). Suplentes (em ordem alfabética): a) Aliança Distrofia Brasil (ADB); b) Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); c) Associação Brasileira de Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Cardiovascular e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR); d) Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG); e) Associação Nacional Pastoral do Povo da Rua (ASPAN); f) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); g) Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA); h) Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); i) Retina Brasil. Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISS e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 696, de 14 de setembro de 2022. **16)** Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CISTT para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de 34 (trinta e quatro) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF BRASIL); b) Coordenação Adjunta 1: Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); c) Coordenação Adjunta 2: Força Sindical (FS). Titulares (em ordem alfabética): a) Associação Nacional dos Agentes de Saúde (ANASA); b) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); c) Central Única dos Trabalhadores (CUT); d) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); e) Confederação Nacional do Ramo Químico (CNQ/CUT); f) Confederação Nacional dos Trabalhadores Assalariados e Assalariadas Rurais (CONTAR); g) Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); h) Confederação Nacional da Indústria (CNI); i) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); j) Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); k) Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); l) Ministério da Saúde (MS); m) Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP); n) Sindicato Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras da Saúde Indígena (SINDCOPSI); o) Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); Suplentes (em ordem alfabética): a) Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (ART TB BR); b) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); c) Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); d) Central de Movimentos Populares (CMP); e) Confederação Nacional da Indústria (CNI); f) Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio e Serviços da CUT (CONTRACS/CUT); g) Conselho Federal de Nutrição (CFN); h) Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER); i) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM); j) Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); k) Federação Nacional dos Odontologistas (FNO); l) Ministério da Saúde (MS); m) Ministério do Trabalho e Emprego (MTE); n) Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); o) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); p) União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNALGBT). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISTT e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 697, de 14 de setembro de 2022. **17)** Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde - CIVS. Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIVS para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de 34

(trinta e quatro) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação Pastoral da Saúde Nacional (PSN); b) Coordenação Adjunta 1: Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); c) Coordenação Adjunta 2: Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (ART TB BR); b) Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); c) Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (ABRASBUCO). d) Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras (SUPERANDO); e) Associação Comunitária, Cultural e de Apoio Social - Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS); f) Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e Direitos Humanos (ACT); g) Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); h) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); i) Conselho Federal de Odontologia (CFO); j) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); k) Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); l) Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); m) Ministério da Saúde (MS); n) Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO); o) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); p) União Nacional de Negras e Negros (UNEGRO). Suplentes (em ordem alfabética): a) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); b) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); c) Associação Nacional Pastoral do Povo da Rua (AS PAN); d) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); e) Central Única dos Trabalhadores (CUT); f) Comissão Pastoral da Terra (CPT); g) Conselho Federal de Nutrição (CFN); h) Confederação Nacional da Indústria (CNI); i) Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS); j) Federação Brasileira de Hospitais (FBH); k) Ministério da Saúde (MS); l) Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP); m) Pastoral da Criança; n) Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC); e o) Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA).

Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIVS e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão.

Art. 3º Fica revogada a Resolução nº 698, de 14 de setembro de 2022.

18) Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN). Resolve:

Art. 1º Aprovar a reestruturação da COFIN, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (30) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); b) Coordenação Adjunta 1: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); c) Coordenação Adjunta 2: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social/Central Única dos Trabalhadores (CNTSS/CUT). Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); b) Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA); c) Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); d) Central de Movimentos Populares (CMP); e) Conselho Federal de Farmácia (CFF); f) Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); g) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); h) Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS); i) Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); j) Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); k) Ministério da Saúde (MS); l) Movimento Negro Unificado (MNU); m) Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO); n) Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL/SINASUS); o) União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO). Suplentes (em ordem alfabética): a) Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; b) Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (ABIFINA); c) Associação Brasileira de Odontologia (ABO); d) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); e) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); f) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); g) Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); h) Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); i) Federação Única dos Petroleiros (FUP); j) Associação Comunitária, Cultural e de Apoio Social - Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS); k) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV AIDS (RNP+BRASIL); l) Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC).

Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela COFIN e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão.

Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 692, de 14 de setembro de 2022.

Concluída a leitura, a Presidenta do CNS informou que algumas correções haviam sido realizadas para evitar a

2457 abertura de debate no Plenário, destacando-se ajustes pontuais relativos a titularidades e
2458 siglas. Salientou que o apoio técnico garantiria a publicação correta das resoluções. A seguir,
2459 foi aberta a palavra para breves considerações, pelo avançado da hora. Conselheiro **Getúlio**
2460 **Vargas de Moura** declarou que o processo havia sido exaustivo, mas recompensador, pois
2461 culminara na definição das comissões para o próximo triênio, alinhando a nova gestão do
2462 Conselho à gestão das comissões. Parabenizou a Secretaria Executiva, a equipe técnica, o
2463 FENTAS e o FORSUS pelo empenho e destacou que, embora nem todos ficassem plenamente
2464 satisfeitos em processos eleitorais, o exercício democrático havia sido preservado. Ressaltou
2465 que, a partir desse resultado, seria necessário focar no processo final de organização da 5ª
2466 CNSTT e, posteriormente, da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheira **Melissa**
2467 **Ribeiro de Medeiros** observou que o processo eleitoral era uma responsabilidade do
2468 Conselho e não dos fóruns, que, inclusive, não eram instâncias oficiais, e não possuíam
2469 metodologia ou tempo adequado para conduzir as eleições. Afirmou que a eleição do Conselho
2470 apresentara falhas que comprometeram sua legitimidade, sinalizando que a ausência de
2471 regulamento específico gerara improvisos. Defendeu que os erros deveriam servir de
2472 aprendizado para o futuro, em nome da transparência e do compromisso das pessoas
2473 conselheiras. Por fim, agradeceu a todas as pessoas que são voluntárias da causa.
2474 Conselheira **Odete Messa Torres** solicitou a correção do nome da entidade representada,
2475 esclarecendo que a Associação Brasileira de Educação Médica havia sido equivocadamente
2476 registrada como Associação Brasileira de Esclerose Múltipla. Detalhou as comissões em que a
2477 ABEM participava – CICTAF, CIASB, CIPPE e CIRTES - e solicitou o ajuste da sigla. Em
2478 complemento, conselheira **Francisca Valda da Silva** explicou que a sigla deveria constar
2479 como “ABEn Nacional”, para evitar confusões. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** levantou a
2480 questão prática da ordem dos suplentes, defendendo que esta deveria obedecer ao resultado
2481 da votação e não à ordem alfabética, de forma a evitar dúvidas futuras. Concordou que é
2482 necessário um regimento eleitoral que disciplinasse as eleições das comissões, evitando
2483 dúvidas e problemas. Em resposta, a Presidenta do CNS destacou que essa demanda seria
2484 considerada e que as resoluções seriam ajustadas. Além disso, defendeu que, no decorrer
2485 deste mandato, as resoluções fossem revisitadas para corrigir questões de paridade,
2486 coordenações e elaboração de regulamento eleitoral, integrando as eleições das comissões ao
2487 processo geral do Conselho. Conselheira **Camila Francisco de Lima** manifestou
2488 concordância, afirmando que o regulamento eleitoral traria mais segurança ao processo.
2489 Relatou dificuldades no envio de formulários por e-mail e solicitou confirmação de recebimento
2490 para evitar transtornos às entidades. A Presidenta do CNS elucidou que as assessorias já
2491 estavam enviando confirmações de recebimento, mas alertou que algumas mensagens
2492 poderiam ir para a caixa de spam. Conselheiro **Gilson Silva** questionou se os formulários
2493 também se aplicariam às coordenações já eleitas e foi esclarecido que seria necessário, para
2494 ratificar os nomes. Além disso, o conselheiro sugeriu a prorrogação do prazo de envio em 24
2495 horas devido a inconsistências. A mesa respondeu que o prazo já havia sido definido e que o
2496 problema parecia restrito à sua entidade, portanto, o apoio técnico poderia auxiliá-lo.
2497 Conselheira **Carmem Silvia Santiago** agradeceu o apoio recebido e destacou que, apesar das
2498 dificuldades, o processo chegara a um momento importante, culminado com a aprovação das
2499 resoluções. Reiterou a necessidade de um regulamento para garantir segurança às eleições
2500 futuras. Conselheira **Rosa Maria Anacleto** destacou que, embora tenha ocorrido equívocos
2501 por interpretações distintas, não houve intenção de burlar o processo, defendendo que as
2502 dificuldades vividas fortaleciam a construção coletiva e a legitimidade do Conselho.
2503 Conselheira **Lucimary Santos Pinto** registrou agradecimento pela celeridade na correção das
2504 resoluções em relação às indicações da entidade que representa (Confederação Nacional dos
2505 Trabalhadores na Saúde - CNTS) para duas comissões. Explicou que se tratou de uma
2506 confusão de siglas CNTSS (Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
2507 da CUT) no lugar de CNTS (Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde). Em
2508 seguida, foi conduzida a votação das resoluções. **Deliberação: as resoluções de**
2509 **recomposição de dezoito comissões do Conselho foram aprovadas, em bloco, por**
2510 **unanimidade, com algumas retificações no texto.** A Presidenta do CNS agradeceu a todas
2511 as pessoas conselheiras pela contribuição neste processo. Em relação à CONEP, disse que
2512 Conselho seguia acompanhando as definições, em razão de alterações recentes no decreto
2513 que transferira a instância de ética em pesquisa para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e
2514 Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde – SECTICS/MS. Explicou que
2515 naquele momento o Plenário deveria votar a indicação de **Márcia Bandini**, representante do
2516 segmento dos trabalhadores, para a coordenação adjunta da CONEP, em substituição ao

2517 conselheiro Anselmo Dantas, que não poderia permanecer por questões pessoais. Além disso,
2518 registrou que a conselheira Ana Lúcia Paduelo permanecia como coordenadora da Comissão,
2519 conforme já aprovado. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a indicação da**
2520 **conselheira Márcia Bandini para substituir o conselheiro Anselmo Dantas na**
2521 **coordenação adjunta da CONEP.** Nas considerações finais, a mesa parabenizou todas as
2522 pessoas conselheiras e entidades empossadas, manifestando expectativa de que o próximo
2523 triênio fosse marcado por trabalho resolutivo, colaborativo e construtivo, em defesa de um SUS
2524 mais equânime, sustentável e acessível. Estiveram presentes as seguintes pessoas
2525 conselheiras: nomes serão incluídos.