



**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 “Omlton 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 Intersectorial 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 Intersectorial de Orçamento e Financiamento - COFIN. **8)** Apreciar os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersectoriais, 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, crítica e construção coletiva, ressaltando que o SUS era plural e pertencente a todo

o povo brasileiro. Finalizou afirmando que o trabalho de Maria Inês era reconhecido, sua voz era essencial e sua trajetória inspirava gerações. Na sequência, conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** destacou a importância da presença da professora Maria Inês e recordou que, na Conferência de Cuiabá, a professora havia sido interrompida na sua fala, em episódio de desrespeito. Ressaltou que conhecia sua trajetória acadêmica e militante de longa data, salientando sua atuação em defesa do SUS e no combate ao racismo. Criticou a postura do prefeito local, afirmando que quem não estava “em casa” era ele, e não a professora, que sempre contribuiu para a construção da saúde no Estado. Afirmou que o SUS era política inclusiva, voltada para a diversidade e para os direitos de mulheres, população negra, povos indígenas e população LGBTQIA+. Relatou que o Ministério da Saúde já havia se posicionado em solidariedade à professora, inclusive na ocasião da inauguração do Centro de Vacinação Viviane Luz. Declarou, em nome do Ministério da Saúde, a rejeição ao negacionismo e encerrou sua fala exaltando as mulheres negras. Em seguida, conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, expressou emoção ao se dirigir à professora Maria Inês. Lembrou que ataques como o ocorrido em Cuiabá eram manifestações de grupos autoritários e discriminatórios, que insistiam em deslegitimar a atuação de pessoas negras e de defensores da diversidade. Declarou que, como mulher negra e militante, reconhecia Maria Inês como uma das principais referências na construção da saúde da população negra no Brasil, precursora dessa agenda no âmbito do SUS. Enfatizou que sua presença representava a ancestralidade e a resistência, reiterando o pedido de desculpas coletivas pelo episódio de cerceamento. Destacou que a professora havia respondido com dignidade e firmeza à tentativa de silenciamento, o que reforçava ainda mais sua relevância no espaço democrático e de participação social. Na sequência, a professora **Maria Inês da Silva Barbosa** fez sua manifestação, iniciando com sua autodescrição e registrando sua gratidão por estar presente no plenário. Saudou a ancestralidade, lembrando que todos carregavam consigo a herança dos que vieram antes. Enfatizou que a ancestralidade conferia sentido à existência e que palavras e nomes carregavam vibrações que ligavam os indivíduos ao universo. Dirigiu uma saudação especial à conselheira Heliana Hemetério, estendendo-a a todos os presentes, e destacou que esse gesto reforçava o reconhecimento coletivo. Ressaltou a importância de valorizar os invisibilizados, como trabalhadores da limpeza e serviços gerais, que eram fundamentais para a vida cotidiana, mas cujas presenças só eram lembradas quando havia falhas. Defendeu que cada pessoa presente no espaço representava múltiplas existências e diversidades. Mencionou especificamente povos indígenas, povos ciganos, população negra, LGBTQIAPN+ e outros grupos historicamente “marginalizados”, chamando atenção para a necessidade de inclusão de todos nas políticas públicas. Afirmou que a responsabilidade coletiva era grande, pois a saúde havia sido reconhecida como dever do Estado e direito de todos. Recordou que o SUS era resultado de um longo processo de lutas sociais e que seu caráter universal só poderia ser efetivado com a valorização da diversidade. Criticou a postura do prefeito de Cuiabá, afirmando que sua atitude romperia com os princípios da participação e do controle social previstos em lei, ofendendo não apenas sua pessoa, mas a conquista democrática do povo brasileiro. Finalizou agradecendo a solidariedade recebida e evocando versos da canção de Sued Nunes - “Sou uma, mas não sou só” - para reafirmar a força coletiva e a resistência compartilhada. Por fim, a mesa agradeceu a presença da professora Maria Inês, destacando a importância do ato coletivo de desagravo e solidariedade. Após, prosseguiu com a pauta da reunião. **ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação de novos (as) Conselheiros (as) Nacionais de Saúde e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de agosto. Indicações. Relatório da Mesa Diretora - Composição da mesa: Gustavo Cabral, Secretário Executivo do CNS, Substituto; e conselheira Cristiane Pereira dos Santos, da Mesa Diretora do CNS.**

**INFORMES - 1)** Informe sobre os 35 anos do ECA: Avanços, Desafios e Compromissos na Garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes e Informe sobre a semana mundial de amamentação. *Apresentação:* conselheira **Vânia Lúcia Leite** (CNBB), coordenadora da CIASCV. No primeiro informe, destacou que o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA completara 35 anos, sendo um marco histórico para a proteção da infância e adolescência no Brasil. Ressaltou que, embora o ECA fosse referência internacional, sua efetivação dependia de ações contínuas e articuladas entre Estado, sociedade civil e poder público. Enfatizou a urgência da implementação de políticas públicas integradas que garantissem educação, saúde, cultura, esporte, proteção social e espaços seguros para crianças e adolescentes. Defendeu que a proteção integral deveria iniciar desde a gestação, sendo o fortalecimento do SUS fundamental para assegurar recursos e atuação intersetorial. No segundo informe, abordou a

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

episódio como expressão da violência histórica contra os corpos indígenas, especialmente os das mulheres, e exigiu responsabilização criminal e civil dos autores, bem como protocolos específicos de proteção às mulheres indígenas privadas de liberdade. Defendeu a atuação de organismos nacionais e internacionais de direitos humanos e reafirmou que a violência contra uma indígena era violência contra todo o povo. Foi sinalizada a importância de divulgar o documento nos meios de comunicação do CNS. **7) Mudança de data da Conferência Livre de Saúde da Mulher**, de 9 de agosto para 12 de agosto, no formato virtual. *Apresentação:* conselheira **Vanja Andrea dos Santos**. Explicou que a conferência livre sobre saúde da mulher, inicialmente marcada para 9 de agosto, fora remarcada para 12 de agosto, por dificuldades organizacionais, e seria realizada em formato virtual, às 17h. Informou que o evento seria realizado em parceria com o Conselho Federal de Psicologia -CFP e teria como tema a “saúde integral de todas as pessoas pelo direito ao bem viver”. Acrescentou que a Ministra das Mulheres já havia manifestado apoio à iniciativa, ressaltando sua importância para a construção de propostas relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, saúde mental e combate ao assédio no trabalho. **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA –** Titular: **Ana Paula Castelo Fonseca Moreira**. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**. Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG). Usuário. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Cleide Cilene Farias Tavares**. Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde). Prestadores de Serviços de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Elenilson Silva de Souza**. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **João Donizete Scaboli**. Força Sindical (FS). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Josaine de Sousa Palmieri Oliveira**. Federação Nacional das APAES (FENAPAES). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Luiz Aníbal Vieira Machado**. Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Rafaela Bezerra Fernandes**. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Profissional de Saúde. Motivo: razões pessoais. Titular: **Renata Soares de Souza**. Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto**. Retina Brasil. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: **Thiago Soares Leitão**. Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO). Usuário. Motivo: agenda de trabalho. Titular: **Victoria Matos das Chagas Silva**. União Nacional dos Estudantes (UNE). Usuário. Agenda de trabalho. Titular: **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**. Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE - I - ENTIDADES E MOVIMENTOS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO SUS.** 1º Suplente: Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) - **Marina Andueza Pauledli** (substituindo Lucas Salvador Andrietta). IV - SEGMENTO DO GOVERNO FEDERAL - 2º Suplente: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – **Leonidas Heringer** (substituindo Marcia Cristina Marques Pinheiro). **COORDENADORES DE PLENÁRIA - Antônio Andrade de Souza** – Amazonas – Norte. **Ubiracy Ferreira Suassuna** – Sergipe – Nordeste. **Valdemar de Jesus da Silva** – Rio Grande do Sul – Sul. **Wésia Nogueira de Sena** – Rio Grande do Norte – Nordeste. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE AGOSTO** - Agosto Dourado - Mês do Aleitamento Materno. Agosto Lilás - Mês de conscientização pelo fim da violência contra a mulher. Agosto Laranja - Campanha de conscientização sobre a Esclerose Múltipla, e Agosto Branco - Conscientização sobre o câncer de pulmão. 1º/ago. - Dia Nacional dos Portadores de Vitiligo. 1º/ago. - Dia Mundial de Combate ao Câncer de Pulmão. 1º a 7/ago. - Semana Mundial da Amamentação. 5/ago. - Dia Nacional da Saúde. 5/ago. - Dia Nacional da Farmácia. 5/ago. - Dia Nacional da Vigilância Sanitária. 8/ago. - Dia Nacional de Combate ao Colesterol. 8/ago. - Dia Nacional da Pessoa com Atrofia Muscular Espinhal (AME). 9/ago. - Dia Internacional dos Povos Indígenas. Semana do dia 10/ago. - Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose. 10/ago. - Dia dos Pais. 10/ago. - Dia da Enfermeira Obstetra. 10/ago. - Dia Mundial da Saúde Ocular. 11/ago. - Dia Nacional do Laringectomizado. 11/ago. - Dia do Estudante. 12/ago. - Dia do Médico. 12/ago. - Dia Internacional da Juventude. 12/ago. - Dia Nacional dos Direitos Humanos. 14/ago. - Dia do Cardiologista. 19/ago. - Dia Nacional de Combate ao Alcoolismo. 20/ago. - Dia do Bombeiro Brasileiro. 20/ago. - Dia Mundial Contra os Mosquitos. 20–27/ago. - Semana Nacional da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla. 26/ago. - Dia Nacional da Limpeza Hospitalar. 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 Decisórias 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 ABRASBUCA, 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) (Custeio 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 (Custeio SVSA). **8)** Convite do  
268 Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV), para a Mesa de Abertura do “  
269 1º 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 (ABRATA) (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 (ASFOC) (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 (Custeio 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, (Custeio 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 (Custeio 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 Intersectorial 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

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



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

explicações, 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, ambulatorios 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

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

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

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

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

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

meses; 9) solicitar à gestão que apresente uma resposta ao Pleno do Conselho em 2 ou 3 meses e que a CISI retorne ao território no prazo de 4 meses junto com a SESAI, CMS, CES, CNS, MS, SES, SMS, AGSUS, Coordenação do Programa mais Médicos, FUNAI; 10) definição de uma força-tarefa para o enfrentamento da situação, com foco na garantia do cuidado integral e da segurança alimentar e nutricional das populações indígenas; 11) necessidade de realização de concurso público para fortalecimento da força de trabalho em saúde indígena; 12) maior envolvimento do MPF nas ações relacionadas; 13) sugestão do MPF que seja debatida uma solução estrutural para os problemas identificados, com acompanhamento contínuo por parte do CNS; 14) a SESAI deve apontar os recursos de investimento disponíveis para as ações propostas; 15) apoiar o desenvolvimento de fitoterápicos com o conhecimento indígena para evitar a biopirataria; 16) foi solicitado que a Mesa Diretora do CNS avalie a estrutura da CISI, tendo em vista que a Comissão merece atenção diferenciada, dada sua relação com “um subsistema de saúde indígena”. Nessa linha, foi solicitado à Mesa Diretora do CNS que reavalie o número de reuniões realizadas pela Comissão no decorrer do ano; e 17) garantir a participação da Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde neste processo para debater a saúde bucal dos povos indígenas. Com essa síntese, a mesa encerrou a pauta agradecendo às pessoas integrantes do GT, às pessoas expositoras e aos apoiadores técnicos, reafirmando que a defesa da saúde indígena significava valorizar vidas, proteger culturas e fortalecer a democracia no SUS.

**ITEM 7 - CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - Apresentação:** conselheiro **Jacildo Siqueira Pinho**, Coordenador Adjunto da Comissão Organizadora da 5ª CNSTT; e **Luís Henrique Leão**, Coordenador Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador/SVSA/DVSAT/MS. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS.

Iniciando este ponto, conselheiro **Jacildo Siqueira Pinho**, coordenador adjunto da Comissão Organizadora da 5ª CNSTT, informou que faltavam poucos dias para a realização da conferência e ressaltou a importância de as pessoas delegadas acessarem a Cartilha do Participante disponível no site do CNS. Explicou que o material reunia todas as orientações necessárias sobre transporte, hospedagem, credenciamento e atividades autogestionadas. Destacou que o credenciamento ocorreria nos dias 17 e 18 de agosto de 2025, das 8h às 18h, e que a hospedagem estaria disponível de 17 (a partir das 14h) a 21 de agosto (meio-dia), com exceções a serem tratadas diretamente pelos chefes de delegação com a comissão organizadora da Conferência. Acrescentou que as atividades autogestionadas ocorreriam na manhã do dia 18, em 21 salas, com noventa vagas cada, sendo oitenta para participantes credenciados e dez para externos, e que a lista de propostas selecionadas já estava publicada no site. Reforçou ainda que a programação cultural da conferência fora definida por meio de edital específico, no qual onze atividades foram aprovadas para compor a tenda Paulo Freire, em consonância com a legislação sobre organizações da sociedade civil. Ressaltou que os chefes de delegação tinham papel central em orientar suas bases para garantir organização e pleno aproveitamento do evento. O coordenador-geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, **Luís Henrique Leão**, saudou todas as pessoas, em nome da Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente/MS que estava presente, mas não faria a apresentação por estar se recuperando de uma gripe. Afirmou que a 5ª CNSTT acontecia em um momento crucial, diante de uma realidade sanitária marcada por agravos, doenças e mortes relacionadas ao trabalho. Destacou que, apenas no primeiro trimestre de 2025, haviam sido registradas 144 mil notificações de doenças e agravos relacionados ao trabalho no SINAN, enquanto em 2023 o número de mortes chegara a 4.297, revelando a dimensão da crise. Afirmou que a conferência recolocava o debate da centralidade do trabalho na sociedade e na saúde pública (no SUS), destacando que cuidar de quem trabalha era cuidar do conjunto da população brasileira. Frisou que a expectativa em relação à conferência era elevada, pois se passaram onze anos desde a edição anterior, e os encontros anteriores sempre haviam deixado legados importantes. Defendeu que a 5ª CNSTT deveria elevar a saúde do trabalhador ao patamar de direito humano fundamental, indo além das normas trabalhistas e alcançando toda a população que vive da força de trabalho. Ressaltou ainda três destaques: primeiro, a centralidade do tema na sociedade e no SUS; segundo, a conferência como processo social potente, que promove justiça epistêmica ao reconhecer o saber da classe trabalhadora como base para a formulação de políticas públicas; e terceiro, a demonstração de que era possível construir, de forma coletiva e cooperativa, um grande evento a partir da articulação entre gestão e controle social. Destacou a ampla diversidade de representações

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

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

1917 estruturados ou dificuldades em executar ações. Defendeu a necessidade de rotinas  
1918 permanentes de diálogo entre o CNS e as secretarias do Ministério da Saúde, tanto no  
1919 planejamento quanto no acompanhamento da execução orçamentária, para identificar lacunas  
1920 e decidir coletivamente as prioridades a serem financiadas. Após as considerações, a mesa  
1921 submeteu à votação a recomendação com os ajustes propostos. **Deliberação: a**  
1922 **recomendação, elaborada pela COFIN/CNS, ao Exmo. Sr. Presidente da República para**  
1923 **adoção de medidas corretivas urgentes que promovam a execução orçamentária e**  
1924 **financeira do Ministério da Saúde com celeridade foi aprovada, por maioria, uma**  
1925 **abstenção, com correções no texto. ITEM 9- ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos**  
1926 **Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas.**  
1927 **Resoluções da recomposição das Comissões Intersetoriais do CNS - Coordenação:**  
1928 **conselheira Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres**  
1929 **da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **a)** Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e  
1930 Câmaras Técnicas – votação das resoluções de recomposição de dezoito comissões do CNS  
1931 (CIAN, CIASB, CIASCV, CIASPD, CIASPP, CICTAF, CIEPCSS, CIPPE, CIPPISPICS, CIRTES,  
1932 CISB, CISI, CISM, CISMu, CISS, CISTT, CIVS e COFIN). Iniciando, a Presidenta do CNS  
1933 explicou que neste item seria feito debate sobre as resoluções referentes à recomposição das  
1934 comissões e informou que todas estavam disponíveis no servidor para consulta. Recordou que  
1935 apenas duas delas haviam sofrido alterações: a CIRTES, com modificação em seu nome, e a  
1936 CIEPCSS, com ajuste em sua composição, ressaltando que tais mudanças já haviam sido  
1937 previamente aprovadas em reuniões anteriores do Conselho. Acrescentou que as demais  
1938 resoluções permaneciam conforme o processo eleitoral aberto para as comissões e recordou  
1939 que a tarefa da Mesa Diretora do CNS, para o próximo período, seria revisar cada uma delas,  
1940 com vistas à definição de suas atribuições e também de suas composições. Destacou que  
1941 algumas comissões apresentavam problemas quanto à paridade e que havia pontos relevantes  
1942 a serem revistos. Diante da quantidade de resoluções, indagou ao Plenário se poderia ser  
1943 adotada a metodologia de leitura da composição de cada um delas, e posteriormente votação  
1944 em bloco. O Pleno acatou a proposta. Lembrou que, até aquele momento, constavam apenas  
1945 os nomes das entidades, pois ainda não havia sido encerrado o prazo para que estas  
1946 encaminhassem os nomes de seus representantes. Reforçou que tal prazo se encerraria  
1947 naquele mesmo dia e que era imprescindível o envio das indicações, a fim de viabilizar a  
1948 publicação final das resoluções com os respectivos nomes. Dito isso, procedeu à leitura,  
1949 revezando com a conselheira Priscila Torres. **1)** Comissão Intersetorial de Alimentação e  
1950 Nutrição – CIAN. Resolve Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIAN, para o exercício do  
1951 mandato de 2025 a 2028, com a composição de 22 (vinte e duas) vagas, constituída da  
1952 seguinte forma: Coordenação a) Coordenação: Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN);  
1953 b) Coordenação Adjunta: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular  
1954 e Saúde (ANEPS); Titular (em ordem alfabética): a) Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
1955 (ANVISA); b) Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (ART TB BR);  
1956 c) Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); d) Conselho Federal de Nutrição (CFN);  
1957 e) Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); f) Comissão  
1958 Pastoral da Terra (CPT); g) Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); h) Ministério da  
1959 Saúde; i) Movimento Nacional População de Rua (MNPR); j) Pastoral da Criança. Suplente (em  
1960 ordem alfabética): k) Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e  
1961 suas Especialidades (ABIFINA); l) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); m)  
1962 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); n) Federação Nacional de Nutricionistas  
1963 (FNN); o) Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA); p) Ministério do  
1964 Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS); q) Ministério da  
1965 Saúde (MS); r) Ministério da Saúde (MS); s) Ministério da Saúde (MS); t) Movimento Nacional  
1966 Pestalozziano de Autodefensores (MONPAD). Art. 2º Poderão ser convidados representantes  
1967 de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a  
1968 temáticas tratadas pela CIAN e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da  
1969 Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 684, de 14 de setembro de 2022. **2)**  
1970 Comissão Intersetorial de Atenção Básica à Saúde - CIASB. Dispõe sobre a estruturação da  
1971 Comissão Intersetorial de Atenção Básica à Saúde (CIABS). Resolve: Art. 1º Aprovar a  
1972 estruturação da CIABS, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de  
1973 (34) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Rede Nacional de  
1974 Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); b) Coordenação Adjunta 1:  
1975 Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); c) Coordenação Adjunta 2: Coletivo  
1976 Nacional de Juventude Negra (ENEGRECER); Titular (ordem alfabética): a) Articulação

1977 Brasileira de Gays, Bissexuais e Transmasculinidades (ARTGAY); b) Articulação Nacional de  
1978 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); c) Associação Brasileira de  
1979 Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ); d) Associação Brasileira de Enfermagem  
1980 (ABEN); e) Associação Comunitária, Cultural e de Apoio Social - Fórum Nacional de Travestis e  
1981 Transexuais Negras e Negros (FONATRANS); f) Associação Rede Unida (REDE UNIDA); g)  
1982 Central Única dos Trabalhadores (CUT); h) Confederação Nacional do Comércio de Bens,  
1983 Serviços e Turismo (CNC); i) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
1984 (CONASEMS); j) Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras  
1985 Familiares (CONTAG); k) Conselho Federal de Odontologia (CFO); l) Federação Médica  
1986 Brasileira (FMB); m) Ministério da Saúde (MS); n) Movimento de Reintegração das Pessoas  
1987 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); o) Movimento Nacional População de Rua (MNPR).  
1988 Suplentes (ordem alfabética): a) Aliança Distrofia Brasil (ADB); b) Articulação Nacional de Luta  
1989 Contra AIDS (ANAIDS); c) Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose  
1990 (ART TB BR); d) Associação Brasileira de Autismo (ABRA); e) Associação Brasileira de  
1991 Educação Médica (ABEM); f) Associação Brasileira de Talassemia (ABRSTA); g) Associação  
1992 Nacional dos Portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais (DII BRASIL); h) Confederação  
1993 Nacional da Indústria (CNI); i) Comissão Pastoral da Terra (CPT); j) Federação Nacional dos  
1994 Enfermeiros (FNE); k) Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); l) Ministério da Saúde  
1995 (MS); m) Pastoral da Criança; n) Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); o) Pastoral da Saúde  
1996 Nacional (PSN); p) Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS  
1997 (UNASUS SINDICAL/SINASUS). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de  
1998 instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a  
1999 temáticas tratadas pela CIABS e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos  
2000 da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 672 de 27 de abril de 2022. **3)**  
2001 Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV. Dispõe sobre a  
2002 reestruturação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV.  
2003 Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIASCV, para o exercício do mandato de 2025 a  
2004 2028, com a composição de (32) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a)  
2005 Coordenação: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); b) Coordenação Adjunta 1  
2006 Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ); c) Coordenação Adjunta 2: Aliança Distrofia  
2007 Brasil (ADB). Titulares (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Enfermagem de  
2008 Família e Comunidade (ABEFACO); b) Associação Comunitária, Cultural e de Apoio Social -  
2009 Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS); c) Federação  
2010 Brasileira de Hospitais (FBH); d) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); e)  
2011 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); f) Confederação  
2012 Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); g)  
2013 Conselho Federal de Nutrição (CFN); h) Ministério da Saúde (MS); i) Movimento Negro  
2014 Unificado (MNU); j) Pastoral da Criança; k) Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); l) Rede Nacional de  
2015 Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); m) Sindicato dos Servidores de Ciência,  
2016 Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC); n) União Brasileira dos  
2017 Estudantes Secundaristas (UBES); o) União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO).  
2018 Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Autismo (ABRA); b) Associação  
2019 dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG); c)  
2020 Associação Internacional Maylé Sara Kalí (AMSK/Brasil); d) Associação Rede Unida (REDE  
2021 UNIDA); e) Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFA); f) Conselho Federal de Odontologia  
2022 (CFO); g) Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); h) Federação Médica Brasileira (FMB); i)  
2023 Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); j) Ministério da Saúde (MS); k) Ministério da  
2024 Saúde (MS); l) Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP); m) Movimento Nacional  
2025 Pestalozziano de Autodefensores (MONPAD); n) União Nacional de Lésbicas, Gays,  
2026 Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNALGBT). Art. 2º Poderão ser convidados  
2027 representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação  
2028 respectiva a temáticas tratadas pela CIASCV e que sejam imprescindíveis para o andamento  
2029 dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 685, de 14 de setembro  
2030 de 2022. **4)** Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência -  
2031 CIASPD. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das  
2032 Pessoas com Deficiência - CIASPD. Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CIASPD,  
2033 para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (22) vagas, constituída da  
2034 seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Federação Nacional das Associações  
2035 Pestalozzi (FENAPESTALOZZI); b) Coordenação Adjunta 1: Conselho Federal de Fisioterapia  
2036 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 Intersectorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias –  
2052 CIASPP. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersectorial 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 Posithivas  
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 Intersectorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF. Dispõe  
2084 sobre a reestruturação da Comissão Intersectorial 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

2097 Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos (ENFAR); m) Sindicato  
2098 dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC); n)  
2099 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS  
2100 SINDICAL/SINASUS); o) União da Juventude Socialista (UJS); Suplentes (em ordem  
2101 alfabética): a) Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas  
2102 Especialidades (ABIFINA); b) Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas  
2103 (ABRAZ); c) Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD); d)  
2104 Associação Brasileira de Naturologia (ABRANA); e) Associação Brasileira de Pessoas com  
2105 Hemofilia (ABRAPHEM); f) Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); g) Associação  
2106 Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras (SUPERANDO); h) Associação  
2107 Rede Unida (REDE UNIDA); i) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
2108 (CONASEMS); j) Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); k) Ministério da Saúde;  
2109 l) Ministério da Saúde; m) Ministério da Saúde; n) RedePICS Brasil; o) Sociedade Brasileira de  
2110 Bioética (SBB); p) Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA). Art. 2º Poderão ser  
2111 convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde,  
2112 com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CICTAF e que sejam imprescindíveis para o  
2113 andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 688, de 14  
2114 de setembro de 2022. **7)** Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle  
2115 Social do SUS – CIEPCSS. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de  
2116 Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS. Resolve: Art. 1º Aprovar a  
2117 reestruturação da CIEPCSS para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição  
2118 de (34) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Associação Rede  
2119 Unida (Rede Unida); b) Coordenação Adjunta 1: União de Negras e Negros Pela Igualdade  
2120 (UNEGRO); c) Coordenação Adjunta 2: Confederação Nacional das Associações de Moradores  
2121 (CONAM). Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação Nacional de Movimentos e Práticas  
2122 de Educação Popular em Saúde (ANEPS); b) Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN); c)  
2123 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); d) Associação  
2124 Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); e) Associação Brasileira de Redução de Danos  
2125 (ABORDA); f) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); g) Central Única dos  
2126 Trabalhadores (CUT); h) Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da  
2127 CUT (CNTSS); i) Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); j) Conselho Nacional de  
2128 Secretários de Saúde (CONASS); k) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina  
2129 (DENEM); l) Ministério da Saúde (MS); m) Ministério da Saúde (MS); n) Ministério da Saúde  
2130 (MS); o) Movimento Negro Unificado (MNU); p) União Nacional dos Estudantes (UNE).  
2131 Suplentes (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Alzheimer e Condições  
2132 Relacionadas (ABRAZ); b) Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa  
2133 (ABRATECOM); c) Central de Movimentos Populares (CMP); d) Comissão Pastoral da Terra  
2134 (CPT); e) Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); f) Conselho Nacional de Técnicos em  
2135 Radiologia (CONTER); g) Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira  
2136 (COIAB); h) Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições  
2137 de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); i) Instituto Escola Nacional de Formação e  
2138 Qualificação Profissional dos Farmacêuticos (ENFAR); j) Ministério da Saúde (MS); k)  
2139 Movimento Nacional População de Rua (MNPR); l) Pastoral da Criança; m) Pastoral da Pessoa  
2140 Idosa (PPI); n) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); o) União  
2141 Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNALGBT). Art. 2º Poderão  
2142 ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do Ministério da  
2143 Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIEPCSS e que sejam  
2144 imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a  
2145 Resolução CNS nº 689, de 14 de setembro de 2022. **8)** Comissão Intersetorial de Políticas de  
2146 Promoção da Equidade – CIPPE. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de  
2147 Políticas de Promoção da Equidade (CIPPE). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da  
2148 CIPPE, para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (34) vagas,  
2149 constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Rede Nacional de Religiões Afro  
2150 Brasileiras e Saúde (RENAFRO); b) Coordenação Adjunta 1: Conselho Federal de Farmácia  
2151 (CFF); c) Coordenação Adjunta 2: Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL). Titulares (em  
2152 ordem alfabética): a) Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); b) Articulação  
2153 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); c) Associação  
2154 Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO); d) Associação Rede Unida (REDE UNIDA); e)  
2155 Coletivo Nacional de Juventude Negra (ENEGRECER); f) Confederação Nacional dos  
2156 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 Naturologia (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 (ASFOC). 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 Intersectorial de Saúde  
2294 Mental - CISM. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersectorial 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 Naturologia  
2307 (ABRANA); b) Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRAME); c) Centro Brasileiro de  
2308 Estudos de Saúde (CEBES); 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 (ASFOC). 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 Intersectorial de Saúde da Mulher – CISMu. Dispõe sobre a reestruturação da  
2318 Comissão Intersectorial 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 Naturologia (ABRANA); c) Central Única 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

2337 CISMU e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica  
 2338 revogada a Resolução CNS nº 695, de 14 de setembro de 2022. **15)** Comissão Intersetorial de  
 2339 Saúde Suplementar no SUS – CISS. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial  
 2340 de Saúde Suplementar no SUS (CISS). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da CISS para  
 2341 o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de 22 (vinte e duas) vagas,  
 2342 constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Movimento Social Biores Brasil  
 2343 (BIORED BRASIL); b) Coordenação Adjunta: Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE).  
 2344 Titulares (em ordem alfabética): a) Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); b)  
 2345 Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras (SUPERANDO); c)  
 2346 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); d) Conselho Federal de Odontologia (CFO);  
 2347 e) Confederação Nacional de Saúde (CNSAÚDE); f) Conselho Nacional de Secretarias  
 2348 Municipais de Saúde (CONASEMS); g) Direção Executiva Nacional dos Estudantes de  
 2349 Medicina (DENEM); h) Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); i) Instituto Brasileiro de  
 2350 Defesa do Consumidor (IDEC); j) Ministério da Saúde (MS); k) Sociedade Brasileira de Análises  
 2351 Clínicas (SBAC). Suplentes (em ordem alfabética): a) Aliança Distrofia Brasil (ADB); b)  
 2352 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); c) Associação Brasileira de  
 2353 Fisioterapia Respiratória, Fisioterapia Cardiovascular e Fisioterapia em Terapia Intensiva  
 2354 (ASSOBRAFIR); d) Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves,  
 2355 Raras e Deficiências (AFAG); e) Associação Nacional Pastoral do Povo da Rua (ASPAN); f)  
 2356 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); g) Conselho Federal de  
 2357 Fonoaudiologia (CFFA); h) Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO); i) Retina Brasil.  
 2358 Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do  
 2359 Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CISS e que sejam  
 2360 imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a  
 2361 Resolução CNS nº 696, de 14 de setembro de 2022. **16)** Comissão Intersetorial de Saúde do  
 2362 Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão  
 2363 Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT). Resolve: Art. 1º Aprovar a  
 2364 reestruturação da CISTT para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de  
 2365 34 (trinta e quatro) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação:  
 2366 Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil  
 2367 (CONTRAF BRASIL); b) Coordenação Adjunta 1: Federação de Sindicatos de Trabalhadores  
 2368 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); c)  
 2369 Coordenação Adjunta 2: Força Sindical (FS). Titulares (em ordem alfabética): a) Associação  
 2370 Nacional dos Agentes de Saúde (ANASA); b) Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do  
 2371 Brasil (CTB); c) Central Única dos Trabalhadores (CUT); d) Centro Brasileiro de Estudos de  
 2372 Saúde (CEBES); e) Confederação Nacional do Ramo Químico (CNQ/CUT); f) Confederação  
 2373 Nacional dos Trabalhadores Assalariados e Assalariadas Rurais (CONTAR); g) Confederação  
 2374 Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); h)  
 2375 Confederação Nacional da Indústria (CNI); i) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de  
 2376 Saúde (CONASEMS); j) Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); k) Federação  
 2377 Nacional dos Psicólogos (FENAPSI); l) Ministério da Saúde (MS); m) Movimento Nacional das  
 2378 Cidadãs Positivas (MNCP); n) Sindicato Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras da  
 2379 Saúde Indígena (SINDCOPSI); o) Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); Suplentes  
 2380 (em ordem alfabética): a) Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose  
 2381 (ART TB BR); b) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); c) Associação Nacional  
 2382 de Pós-Graduandos (ANPG); d) Central de Movimentos Populares (CMP); e) Confederação  
 2383 Nacional da Indústria (CNI); f) Confederação Nacional dos Trabalhadores no Comércio e  
 2384 Serviços da CUT (CONTRACS/CUT); g) Conselho Federal de Nutrição (CFN); h) Conselho  
 2385 Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER); i) Direção Executiva Nacional dos Estudantes  
 2386 de Medicina (DENEM); j) Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); k) Federação Nacional  
 2387 dos Odontologistas (FNO); l) Ministério da Saúde (MS); m) Ministério do Trabalho e Emprego  
 2388 (MTE); n) Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST); o) Rede Nacional de Pessoas  
 2389 Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); p) União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais,  
 2390 Travestis e Transexuais (UNALGBT). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de  
 2391 instituições, das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a  
 2392 temáticas tratadas pela CISTT e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da  
 2393 Comissão. Art. 3º Fica revogada a Resolução CNS nº 697, de 14 de setembro de 2022. **17)**  
 2394 Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS. Dispõe sobre a reestruturação da  
 2395 Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde - CIVS. Resolve: Art. 1º Aprovar a  
 2396 reestruturação da CIVS para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de 34

2397 (trinta e quatro) vagas, constituída da seguinte forma: Coordenação: a) Coordenação: Pastoral  
2398 da Saúde Nacional (PSN); b) Coordenação Adjunta 1: Conselho Federal de Medicina  
2399 Veterinária (CFMV); c) Coordenação Adjunta 2: Movimento de Reintegração das Pessoas  
2400 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); Titulares (em ordem alfabética): a) Articulação Social  
2401 Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (ART TB BR); b) Associação Brasileira de  
2402 Nutrição (ASBRAN); c) Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (ABRASBUCA). d)  
2403 Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras (SUPERANDO); e)  
2404 Associação Comunitária, Cultural e de Apoio Social - Fórum Nacional de Travestis e  
2405 Transexuais Negras e Negros (FONATRANS); f) Associação de Controle do Tabagismo,  
2406 Promoção da Saúde e Direitos Humanos (ACT); g) Confederação Nacional das Associações de  
2407 Moradores (CONAM); h) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);  
2408 i) Conselho Federal de Odontologia (CFO); j) Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
2409 (CONASS); k) Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); l) Federação Nacional  
2410 dos Farmacêuticos (FENAFAR); m) Ministério da Saúde (MS); n) Rede Nacional de Religiões  
2411 Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO); o) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS  
2412 (RNP+BRASIL); p) União Nacional de Negras e Negros (UNEGRO). Suplentes (em ordem  
2413 alfabética): a) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); b) Associação Brasileira de  
2414 Enfermagem (ABEN); c) Associação Nacional Pastoral do Povo da Rua (ASPAN); d) Central  
2415 dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); e) Central Única dos Trabalhadores  
2416 (CUT); f) Comissão Pastoral da Terra (CPT); g) Conselho Federal de Nutrição (CFN); h)  
2417 Confederação Nacional da Indústria (CNI); i) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de  
2418 Saúde (CONASEMS); j) Federação Brasileira de Hospitais (FBH); k) Ministério da Saúde (MS);  
2419 l) Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP); m) Pastoral da Criança; n) Sociedade  
2420 Brasileira de Análises Clínicas (SBAC); e o) Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA).  
2421 Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições, das entidades e de áreas do  
2422 Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas pela CIVS e que sejam  
2423 imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º Fica revogada a  
2424 Resolução nº 698, de 14 de setembro de 2022. **18)** Comissão Intersetorial de Orçamento e  
2425 Financiamento – COFIN. Dispõe sobre a reestruturação da Comissão Intersetorial de  
2426 Orçamento e Financiamento (COFIN). Resolve: Art. 1º Aprovar a reestruturação da COFIN,  
2427 para o exercício do mandato de 2025 a 2028, com a composição de (30) vagas, constituída da  
2428 seguinte forma: Coordenação: a) Confederação Nacional das Associações de Moradores  
2429 (CONAM); b) Coordenação Adjunta 1: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); c)  
2430 Coordenação Adjunta 2: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade  
2431 Social/Central Única dos Trabalhadores (CNTSS/CUT). Titulares (em ordem alfabética): a)  
2432 Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); b) Associação Brasileira de Redução de  
2433 Danos (ABORDA); c) Associação Nacional de Pós-Graduandos (ANPG); d) Central de  
2434 Movimentos Populares (CMP); e) Conselho Federal de Farmácia (CFF); f) Conselho Federal de  
2435 Serviço Social (CFESS); g) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); h)  
2436 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); i) Federação  
2437 Interestadual dos Odontologistas (FIO); j) Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR);  
2438 k) Ministério da Saúde (MS); l) Movimento Negro Unificado (MNU); m) Rede Nacional de  
2439 Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO); n) Sindicato dos Servidores do Sistema  
2440 Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL/SINASUS); o) União de Negras e Negros  
2441 Pela Igualdade (UNEGRO). Suplentes (em ordem alfabética): a) Articulação Social Brasileira  
2442 para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; b) Associação Brasileira das Indústrias de  
2443 Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades (ABIFINA); c) Associação Brasileira de  
2444 Odontologia (ABO); d) Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); e) Central dos  
2445 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); f) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
2446 (CEBES); g) Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); h)  
2447 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino  
2448 Superior Públicas do Brasil (FASUBRA); i) Federação Única dos Petroleiros (FUP); j)  
2449 Associação Comunitária, Cultural e de Apoio Social - Fórum Nacional de Travestis e  
2450 Transexuais Negras e Negros (FONATRANS) k) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV  
2451 AIDS (RNP+BRASIL); l) Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação  
2452 em Saúde Pública (ASFOC). Art. 2º Poderão ser convidados representantes de instituições,  
2453 das entidades e de áreas do Ministério da Saúde, com atuação respectiva a temáticas tratadas  
2454 pela COFIN e que sejam imprescindíveis para o andamento dos trabalhos da Comissão. Art. 3º  
2455 Fica revogada a Resolução CNS nº 692, de 14 de setembro de 2022. Concluída a leitura, a  
2456 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 imprevistos. 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. Concordeu 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.