



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA TRICENTÉSIMA SEPTUAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Aos cinco e seis dias do mês de novembro 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 Septuagésima Segunda Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 372ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Compartilhar e deliberar acerca da 18ª Conferência Nacional de Saúde. **3)** Analisar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Relação de Trabalho e Educação na Saúde – CIRTES/CNS. **4)** Discutir e avaliar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC - Câncer e reabilitação, uma oferta de cuidado integral e contínuo. **5)** Apreciar, debater e monitorar os temas relacionados à Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025, referente às diretrizes I e XI do Programa Agora Tem Especialistas. **6)** Apreciar e definição da pessoa homenageada pela Comenda Zilda Arns. **7)** Analisar e debater sobre os assuntos referentes à Ética em Pesquisa com Seres Humanos: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS. **8)** Analisar, discutir e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento - COFIN. **9)** Analisar e deliberar sobre os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais e Câmaras Técnica. **MESA DE ABERTURA** - conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. A Presidenta do CNS iniciou a sessão, saudando todas as pessoas presentes e as que acompanham a reunião de forma virtual. Em seguida, franqueou a palavra à conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, que também fez uma saudação inicial ao Plenário do Conselho e aos internautas. **ITEM 1 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 372ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DAS ATAS DA 370ª E 371ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS** - *Composição da mesa:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 372ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a pauta da 372ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. **APROVAÇÃO DAS ATAS DA 370ª E 371ª REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS - Deliberação:** as atas da 370ª e 371ª Reuniões Ordinárias do CNS foram aprovadas por unanimidade. **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 novembro. Indicações. Relatório de atividades da Mesa Diretora –** *Composição da mesa:* **Jannayna Martins Sales**, Secretária Executiva do CNS; conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES – 1)** Informe sobre a tentativa de extinção da Fundação para o Remédio Popular - FURP e defesa da manutenção da instituição pública. *Apresentação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS. Informou sobre a ameaça de extinção da FURP, maior fabricante público de medicamentos sintéticos do país, criada pela Lei Estadual nº 10.071, de 10 de abril de 1968. Relatou que a medida havia sido retomada pelo governo paulista sob o argumento de que as atribuições da FURP seriam transferidas ao Instituto Butantan, o que, em sua avaliação, representava risco à produção pública de medicamentos e ao patrimônio da saúde. Lembrou que o CNS já havia se manifestado sobre o tema por meio da Recomendação nº 42/2019, e destacou que a proposta de encerramento da fundação ameaçava um importante instrumento de soberania sanitária nacional. Informou ainda que manifestações e um abaixo-assinado estavam em curso em defesa da manutenção da FURP. **2)** Informe sobre os 40 anos da fluoretação da água em São Paulo e a importância da política pública de fluoretação para a saúde bucal e a prevenção da cárie. *Apresentação:* conselheiro **Anselmo Dantas**, representante da Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO. Apresentou informe sobre

os 40 anos da fluoretação da água de abastecimento na cidade de São Paulo e na região metropolitana. Enfatizou que a fluoretação se consolidara como uma das mais relevantes medidas de saúde pública no país, sendo comprovadamente eficaz na prevenção da cárie dentária e no acesso democrático à água tratada. Anunciou que a Frente Parlamentar pela Saúde Bucal da Assembleia Legislativa de São Paulo realizaria evento comemorativo no dia 13 de novembro, com painéis de especialistas e debate sobre evidências científicas recentes. **3)** Informe sobre o arquivamento da representação do Conselho Estadual de Saúde no Conselho Nacional do Ministério Público - CNMP sobre a criação do “SUS Gaúcho” e sobre a consulta pública nº 86/2025 da CONITEC, referente à exclusão do cipionato de hidrocortisona. *Apresentação:* conselheira **Karina Hamada Zuge**, Aliança Distrofia Brasil (ADB). Relatou a decisão do Conselho CNMP de arquivar representação apresentada pelo Conselho Estadual sobre acordo firmado entre o Ministério Público e o governo estadual, sob o argumento de incompetência da comissão de saúde para analisar o tema. Alertou para a criação do chamado “SUS Gaúcho”, política estadual lançada recentemente, que, segundo ela, representava uma ameaça à integridade e à universalidade do Sistema Único de Saúde. Mencionou ainda a Consulta Pública nº 86/2025 da CONITEC, referente à exclusão do cipionato de hidrocortisona, medicamento essencial para o tratamento da hiperplasia adrenal congênita. Destacou que a retirada dessa substância da lista de medicamentos poderia trazer prejuízos significativos a crianças e pacientes com doenças raras. Defendeu que o CNS acompanhasse o caso e refletisse sobre as implicações dessa fragmentação federativa. **4)** Informe sobre a participação no Congresso da ABRASCO e em atividades da Frente pela Vida, abordando crimes da pandemia, reparação judicial e ética na comunicação institucional no Estado do Rio Grande do Sul. *Apresentação:* conselheira **Rosângela Dornelles**, representante da Vida e Justiça – Associação de Vítimas da COVID-19. Informou que a entidade participaria do Congresso da ABRASCO, em atividade promovida pela **Frente pela Vida**, abordando crimes da pandemia e as possibilidades de reparação judicial. Destacou que a atividade contaria com a presença da presidenta do CNS, representando a instituição. Alertou também sobre práticas irregulares de propaganda institucional no Rio Grande do Sul, onde pacientes internados teriam sido expostos a conteúdos publicitários governamentais nos hospitais, o que considerou uma grave violação ética e de direitos humanos. **5)** Informe sobre a participação da entidade na COP 30. *Apresentação:* conselheira **Walquíria Alves**, representante da Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAz/BRID). Informou que a entidade participaria da **COP 30**, integrando dois painéis sobre envelhecimento, sustentabilidade, saberes tradicionais e demências. Ressaltou a relevância de incluir o tema do cuidado com pessoas idosas e com demência na agenda climática internacional, tradicionalmente voltada a outros campos, e expressou orgulho pela conquista institucional da participação nesse evento. **6)** Informe sobre o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra - 27 de outubro. Apresentou informe sobre o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra, celebrado em 27 de outubro. Destacou que o movimento obteve ampla repercussão nas redes sociais, com mais de 300 mil interações, e agradeceu ao CNS pelo apoio à campanha. Ressaltou a importância de se fortalecer o debate sobre o Mês da Consciência Negra, especialmente diante de recentes episódios de violência e extermínio da juventude negra. Anunciou ainda a realização da Marcha das Mulheres Negras, prevista para quatro dias de atividades em Brasília, com foco em saúde, justiça e reparação. **7)** Informe sobre o Seminário Nacional da RENAFRO e sobre a atuação da rede na defesa da saúde das comunidades tradicionais de terreiro e na construção da Marcha das Mulheres Negras. *Apresentação:* conselheiro **Thiago Soares**, representante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde - RENAFRO Saúde. Informou sobre a realização do Seminário Nacional da RENAFRO, marcado para ocorrer entre os dias 23 e 25 de novembro, na Universidade de Brasília – UnB, encerrando-se com a Marcha das Mulheres Negras. Explicou que o evento reuniria gestores públicos, lideranças religiosas e o Conselho das Mais Velhas, com o objetivo de definir os rumos da rede para o próximo período. Destacou o fortalecimento dos núcleos regionais da RENAFRO e a importância da participação das comunidades tradicionais de terreiro nos conselhos de saúde municipais e estaduais. Enfatizou que a defesa da saúde da população negra e das comunidades tradicionais era parte central da atuação da rede e do controle social. **8)** Informe sobre a reativação do Comitê Técnico Nacional de Saúde LGBT e o lançamento do Fórum de Mulheres na Saúde. *Apresentação:* conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, Chefe da Assessoria de Participação Social, Diversidade e Equidade em Saúde do Ministério da Saúde. Primeiro, tratou da reativação do Comitê Técnico Nacional de Saúde LGBT, originalmente criado em 2004 e responsável pela formulação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT em 2011. Informou que o comitê

realizaria reunião presencial nos dias 8 e 9 de dezembro e reforçou o convite à participação do CNS. Em segundo, abordou o lançamento do Fórum de Mulheres na Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério das Mulheres, destacando o objetivo de fortalecer a pauta da saúde das mulheres e promover fóruns estaduais sobre o tema. **9)** Informe sobre o adiamento da reunião ordinária da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC e sobre sua participação no Fórum Nacional de Justiça, abordando o controle social sobre decisões do Supremo Tribunal Federal (Súmulas 60 e 61 e Tema 1234). *Apresentação:* conselheira **Priscila Torres da Silva**, representante da BioRed Brasil. Informou que a reunião ordinária da CONITEC, prevista para ocorrer entre os dias 12 e 14 de novembro, tinha sido prorrogada. Disse que o adiamento se deu para aguardar a publicação do decreto regulamentador da nova lei da CONITEC, condição necessária para orientar os trabalhos da comissão em sua nova conformação normativa. Comunicou, também, que representaria o CNS no Fórum Nacional de Justiça, onde apresentaria uma exposição sobre a perspectiva do controle social no que se refere às Súmulas 60 e 61 do Supremo Tribunal Federal e ao cumprimento do Tema 1.234, que abordava parâmetros para judicialização da saúde. Indicou que levaria ao Fórum a avaliação de que o único avanço efetivo decorrente desse acordo no âmbito do STF tinha sido a definição dos critérios de financiamento e ressarcimento entre os entes federativos. Ressaltou, entretanto, que Estados e Municípios continuavam enfrentando grandes dificuldades para cumprir os prazos de compra e fornecimento de medicamentos, o que demandava nova discussão e aperfeiçoamentos institucionais. Expôs, ainda, cinco desafios centrais da judicialização da saúde sob a ótica dos usuários, destacando a necessidade de que tais aspectos fossem considerados pelo sistema de Justiça e pelas instâncias de formulação de políticas públicas: a dificuldade de provar a ilegalidade das decisões da CONITEC; a exigência de comprovação de preços públicos mínimos (PMVG), inviável para pacientes; a recusa de médicos em emitir relatórios técnicos, respaldados por resolução do Conselho Federal de Medicina; a dificuldade de apresentação de evidências clínicas em doenças raras; e os retrocessos judiciais que interrompiam o fornecimento de medicamentos já garantidos. Ressaltou que o CNS fora o único representante do controle social na comissão do STF, composta por 24 membros. **10)** Informe sobre o impacto positivo da visita do CNS ao território Xavante, melhorias na assistência e anúncio de ação intersetorial sobre saúde da mulher indígena com participação do Ministério da Saúde, SESAI e DSEI. *Apresentação:* conselheiro **Agnelo Temrité Wadzatsé**, representante da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB. Agradeceu o apoio do CNS e relatou melhorias perceptíveis nos serviços de saúde após visita do Conselho ao território Xavante. Informou que estava prevista uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a SESAI e o Distrito Sanitário Especial Indígena, programada para ocorrer entre 14 e 21 de novembro, com foco na saúde da mulher indígena. Destacou a importância da presença do CNS nas aldeias e o impacto positivo dessas ações para a redução da mortalidade indígena. **11)** Informe sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Lei nº 14.758/2023), apontando a ausência de participação do CNS nas discussões e defendendo a criação de um Grupo de Trabalho sobre Oncologia. *Apresentação:* conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, representante da ACBG. Apresentou informe sobre a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - Lei nº 14.758/2023. Alertou para a ausência de participação do CNS nas discussões de regulamentação da lei e defendeu a criação de um Grupo de Trabalho sobre Oncologia para apoiar o Ministério da Saúde na implementação dos oito capítulos da norma, que abrangiam temas como medicamentos, cuidados paliativos, reabilitação e tratamento sistêmico. Reforçou a urgência de atuação do Conselho nesse processo. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** – Titular: Abrahão Nunes da Silva. Central de Movimentos Populares (CMP). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Claudemir Moreira Vaz. Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL). 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: Fernando Marcello Nunes Pereira. Conselho Federal de Nutrição (CFN). Profissional de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular: Getúlio Vargas de Moura Júnior. Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos. Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR). Usuário. Motivo: Rodízio de titularidade. Titular: Luiz Aníbal Vieira Machado. Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST). Usuário. Motivo:

178 Rodízio de titularidade. Titular: Maria do Carmo Tourinho Ribeiro. Associação Brasileira de  
179 Autismo (ABRA). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Maria Thereza Almeida  
180 Antunes. Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD). Usuário.  
181 Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Nelson Augusto Mussolini. Confederação Nacional da  
182 Indústria (CNI). Prestadores de Serviços de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular:  
183 Raimundo Carlos Moreira Costa. Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados,  
184 Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade.  
185 Renata Soares de Souza. Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP). Usuário.  
186 Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda. Conselho Nacional de  
187 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Gestor. Motivo: participação 1º Suplente.  
188 Titular: Rosa Maria Anacleto. União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO). Usuário.  
189 Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto. Retina Brasil.  
190 Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa.  
191 Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ). Usuário. Motivo:  
192 rodízio de titularidade. **APRESENTAÇÃO DE NOVOS (AS) CONSELHEIROS (AS)**  
193 **NACIONAIS DE SAÚDE - I - ENTIDADES E MOVIMENTOS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO**  
194 **SUS** - Titular: Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL) - Claudemir Moreira  
195 Vaz (substituindo Rildo Mendes). II - ENTIDADES NACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE  
196 SAÚDE, INCLUÍDA A COMUNIDADE CIENTÍFICA DA ÁREA DE SAÚDE. 2º Suplente:  
197 Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) - Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego  
198 (substituindo Elda Coelho de Azevedo Bussinger). A substituição foi apresentada na 371ª  
199 Reunião Ordinária, mas a conselheira não estava presente. I - ENTIDADES E MOVIMENTOS  
200 NACIONAIS DE USUÁRIOS DO SUS - Titular: Federação Brasileira de Instituições  
201 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA) - Andrea Cristina Pavei Soares -  
202 (substituindo Ana Paula Castelo Fonseca Moreira). **COORDENADORES (AS) DE PLENÁRIA**  
203 **DE CONSELHOS DE SAÚDE** – Jamacyr Mendes Justino – Paraíba – Nordeste. Jefferson de  
204 Sousa Bulhosa Júnior – Distrito Federal – Centro-Oeste. Maria Izabel Giroto – Santa Catarina  
205 – Sul. Ubiracy Ferreira Suassuna – Sergipe – Nordeste. Wésia Nogueira de Sena – Rio Grande  
206 do Norte – Nordeste. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE**  
207 **NOVEMBRO** - 1º a 07/11- Semana Nacional de Prevenção do Câncer Bucal. 03/11 - Dia  
208 Nacional da Saúde Única. 06/11- Dia da Malária nas Américas. 08/11- Dia dos Profissionais de  
209 Radiologia. 10/11 - Dia Nacional de Prevenção e Combate à Surdez. 10/11 - Dia Mundial do  
210 HTLV. 12/11 - Dia Mundial da Pneumonia. 12/11 - Dia Nacional da Pessoa com Surdocegueira.  
211 12/11- Dia Nacional de Prevenção das Arritmias Cardíacas e Morte Súbita. 14/11 - Dia Mundial  
212 do Combate ao Diabetes. 15/11- Proclamação da República. 16/11 - Dia Nacional de Atenção à  
213 Dislexia. 17/11 - Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata. 17/11 - Dia Nacional de  
214 Combate à Tuberculose. 17/11- Dia de Ação para a Eliminação do Câncer do Colo do Útero.  
215 17/11 - Dia Mundial da Prematuridade. 18 a 24/11 - Semana Mundial de Conscientização sobre  
216 Resistência a Antimicrobianos. 19/11- Dia Nacional de Combate à Dengue. 20/11 - Dia da  
217 Consciência Negra. 20/11 - Dia do biomédico. 20/11- Dia do Auditor Interna. 20/11 - Dia do  
218 Técnico em Contabilidade. 23/11 - Dia Nacional de Combate ao Câncer Infantil. 25/11 - Dia do  
219 Doador de Sangue. 25/11 - Dia Internacional para Eliminação da Violência Contra as Mulheres.  
220 27/11 - Dia Internacional e Nacional de Combate ao Câncer. 27/11- Dia Nacional de Luta  
221 contra o Câncer de mama. 27/11 - Dia dos profissionais de Segurança do Trabalho. *Solicitação*  
222 *de inclusão:* 16 – dia nacional das pessoas ostomizadas. 25 – marcha nacional das mulheres  
223 negras. 20 de novembro - Dia Mundial de Oração e Ação pela Criança, Dia Internacional da  
224 Infância e à assinatura da Convenção sobre os Direitos da Criança. **INDICAÇÕES - 1)** Convite  
225 da Comissão de Direitos Humanos, Minorias e Igualdade Racial - CDHMIR para participar da  
226 audiência pública e debater sobre o tema “A Política de Saúde Bucal como Direito Humano”,  
227 que ocorrerá no dia 16 de outubro de 2025, em Brasília. Indicação (Referendar): Conselheiro  
228 Anselmo Dantas (FIO) e conselheiro Oldack César (CUT). **2)** Convite da Coordenação Geral de  
229 Vigilância em Infecções Sexualmente Transmissíveis - CGIST para o Webinar “Outubro Verde”,  
230 com uma fala sobre a importância do CNS e participação da sociedade civil no controle da  
231 sífilis e eliminação da sífilis congênita, no dia 16 de outubro de 2025. O intuito é divulgar o  
232 Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2025 e lançar a Campanha em alusão ao Dia Nacional de  
233 Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita de 2025. *Indicação (referendar):* conselheira Renata  
234 Soares de Souza (MNCP) (Virtual). **3)** Convite do Presidente da Comissão de Saúde e Meio  
235 Ambiente, Deputado Neri, “o Carteiro”, para participar da audiência pública que tem como  
236 objetivo debater a “Paralisação do Hospital Universitário de Canoas e restrição de  
237 atendimentos em unidades de pronto atendimento no município”, no dia 20 de outubro de 2025.

238 *Indicação (Referendar):* conselheiro Getúlio Vargas de Moura (CONAM), integrante da Mesa  
 239 Diretora do CNS (Virtual); e conselheira Rosângela Dorneles. **4)** Convite do Departamento de  
 240 Qualidade Ambiental do Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima para participar do  
 241 Lançamento do Projeto “Estratégia Nacional de Ações Conjuntas para o Enfrentamento da  
 242 Contaminação por Chumbo, no dia 22 de outubro de 2025. *Indicação (Referendar):*  
 243 Conselheiro João Nascimento (CFMV) (Virtual), Coordenador Adj. da CIVS. **5)** Convite da  
 244 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES do Ministério da Saúde  
 245 para participar do lançamento do Cadastro Nacional de Especialistas - CNE, no dia 23 de  
 246 outubro de 2025, em Brasília/DF. *Indicação (Referendar):* conselheira Francisca Valda (ABEn),  
 247 integrante da Mesa Diretora e Coordenadora da CIRTES (estava em Brasília). **6)** Convite da  
 248 Associação Brasileira de Educação Médica (- BEM para participar e compor a mesa de  
 249 abertura da IV Oficina Nacional do Projeto REVER, no dia 28 de outubro de 2025. *Indicação*  
 250 *(Referendar):* conselheira Francisca Valda (ABEn), integrante da Mesa Diretora e  
 251 Coordenadora da CIRTES (formato virtual). **7)** Convite da Coordenação-Geral de Assistência  
 252 Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos para participar da mesa de abertura do  
 253 Webinar “Boas Práticas no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica  
 254 (CESAF): Desafios da gestão tripartite – parte 2”, no dia 29 de outubro de 2025. *Indicação*  
 255 *(Referendar):* Conselheira Silvana Nair Leite (ENFAR) (Virtual). **8)** Convite do Conselho  
 256 Brasileiro de Oftalmologia para participar do debate virtual com o tema “Perda visual por  
 257 diabetes”, na campanha 24h pelo Diabetes, na 6ª edição, com objetivo de conscientizar a  
 258 população sobre a importância do diagnóstico precoce e adesão ao tratamento, assim como  
 259 estimular hábitos saudáveis e esclarecer sobre opções de tratamento para as complicações do  
 260 diabetes, no dia 1º de novembro de 2025. *Indicação (Referendar):* conselheira Lucia Helena  
 261 Modesto Xavier (ADJ) (Virtual). **9)** Convite do Comitê Interministerial para a Eliminação da  
 262 Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente - CIEDDS para participar na  
 263 mesa de abertura do 2º Seminário do Programa Brasil Saudável e no painel “Garantia de  
 264 direitos na perspectiva do controle social”, no dia 2 de novembro de 2025, no Centro de  
 265 Convenções de João Pessoa/PB. *Indicação (Referendar):* Conselheiro Elenilson Silva de  
 266 Souza (MORHRAN) (na Mesa de abertura. Estava no evento). Conselheiro Carlos Duarte no  
 267 Painel “ART TB BR” (Estava no evento). **10)** Convite em parceria tripartite estratégica e  
 268 inovadora, envolvendo a UERJ, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o Ministério  
 269 da Saúde (SGTES) e a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS no Brasil para participar  
 270 do lançamento do livro “Demografia e Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil - 2025”,  
 271 no dia 11 de novembro de 2025. *Indicação (referendar):* conselheira Shirley Marshal Diaz  
 272 (FNE) (Virtual). **11)** Convite do Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa para participar da  
 273 Sessão Solene em Homenagem ao Dia do Fonoaudiólogo, a ser realizada na Câmara dos  
 274 Deputados, em Brasília-DF, no dia 18 de novembro de 2025. *Indicação (Referendar):*  
 275 conselheira Francisca Valda da Silva (ABEn) (Estará em Brasília). **12)** Convite da Vice-  
 276 Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) da Fundação Oswaldo  
 277 Cruz, em parceria com a Secretaria de atenção Primária à Saúde (SAPS), para participar do  
 278 “Curso de Aperfeiçoamento do Processo de Trabalho da Atenção Primária à Saúde no  
 279 Contexto da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das  
 280 Águas (PNSIPCFA)”, com foco na atenção integral às populações do campo, da floresta e das  
 281 águas, conforme orienta a referida Política Nacional de Saúde Integral dessas populações -  
 282 PNSIPCFA, nos dias 17 e 18 de novembro de 2025, Fiocruz, Brasília (DF). *Indicação*  
 283 *(Referendar):* conselheiro Erinaldo Vasconcelos (CONTAG) (Estará em Brasília). **13)** Convite  
 284 da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados para participar como palestrante no X  
 285 Simpósio Brasileiro sobre Doença Falciforme, nos dias 18 e 19 de novembro de 2025, em  
 286 Brasília/DF. *Indicação (Referendar):* conselheira Michele Seixas (ABL) (Custeio SAS). **14)**  
 287 Convite da Ouvidora-geral do SUS do Ministério da Saúde, em parceria com a Escola Nacional  
 288 de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), para participar da 6ª Oficina – Manaus/AM,  
 289 Oficina Regional: Implantação e Implementação de Ouvidorias do SUS, integradas em rede  
 290 nacional, nos dias 25 e 26 de novembro de 2025, em Manaus/AM. *Indicação (Referendar):*  
 291 conselheiro José Vanilson Torres da Silva (MNPR); e conselheira Neide Barros, da Silva  
 292 (MBHV) (ambos custeados pela Ouvidoria). **15)** Convite do Departamento Intersindical de  
 293 Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho – DIESAT para participar do  
 294 Encontro em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do DIESAT, e da Cerimônia de Posse  
 295 da Nova Diretoria - Triênio 2025/2028, no dia 26 de novembro de 2025, São Paulo/SP.  
 296 *Indicação (Referendar):* conselheiro Mauri Bezerra Filho (CNTSS) (Reside em São Paulo). **16)**  
 297 Convite do Comitê Nacional Marcha das Mulheres Negras para participar da II Marcha das

Mulheres Negras por Reparação e Bem Viver e do Seminário Nacional da RENAFRO, de 23 e 25 de novembro de 2025, em Brasília. (Custeio CNS). *Indicação (Referendar)*: conselheira Veridiana Ribeiro da Silva (CFF); conselheira Heliana Hemetério (CANDACE); conselheira Michele Seixas (ABL); conselheira Rosa Anacleto (UNEGRO); e conselheira Francyslane Vitória (ENEGRECER). **17)** Convite da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+Brasil) para participar compondo a Mesa de Abertura do X Encontro Nacional da RNP+Brasil. O evento será um espaço para celebrar e avaliar a trajetória política da Rede e esperar futuros nos quais a RNP+Brasil siga atuando com protagonismo na defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, no controle social da política de AIDS no Brasil, bem como possibilitar um olhar para sua própria organização e atuação política, nos dias 26 e 29 de novembro de 2025 em Vitória-ES. (Custeio da RNP). *Indicação (Referendar)*: conselheiro Moysés Toniolo (RNP+BRASIL) (Custeio RNP). **18)** Convite do Conselho Estadual de Saúde do Acre para participar da Solenidade Conselheiro Joseh Alexandre Leite Leitão, em comemoração aos 35 anos de história do colegiado com o Tema: “35 anos de história, na defesa do controle social para garantir os princípios do SUS – Ontem, hoje e sempre”, no dia 3 de dezembro de 2025, no Acre. *Indicação (Referendar)*: conselheiro Elenilson Silva de Souza (MORHAN) (Reside no Acre). **19)** Convite do Fórum Paraense de ONG/AIDS, Redes+, Movimentos, Hepatites Virais e Tuberculose (FOPAIDS) em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) e a Secretaria Estadual de Saúde Pública do Pará (SESPA), para compor a Mesa de Debate do participar do 2º Seminário Nacional “HIV e Tuberculose: Estratégias de Prevenção com o Movimento Social para Eliminação do HIV/AIDS e da Tuberculose no Brasil até 2030”, que ocorrerá de 12 a 13 de dezembro de 2025, em Belém/PA. *Indicação (Referendar)*: Conselheiro Moysés Toniolo (RNP+BRASIL) (Custeio CNS). **20)** Convite do Grupo de Estudos em Economia da Saúde - GEESC/Cedeplar/UFGM, sob a supervisão da Profa. Dra. Mônica Viegas Andrade, para indicação de um representante do Segmento de Usuários, para uma entrevista qualitativa no âmbito do projeto de uma pesquisa em andamento no Grupo de Estudos em Economia da Saúde - GEESC/Cedeplar/UFGM, para enriquecer este estudo, garantindo que as análises reflitam de maneira mais ampla a diversidade de perspectivas presentes no controle social. *Indicação (Referendar)*: Conselheira Rosângela Dorenelles (Associação Vida e Justiça) (Virtual). **Comissões externas. 21)** Convite da Coordenação de Gestão do PRONON e PRONAS-PCD (CPRON), em atendimento à Portaria GM/MS nº 8.031, de 5 de setembro de 2025, do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência, que visa a melhoria das condições de saúde da população com estudos clínicos, pesquisas para fins de diagnóstico, tratamento e controle de doenças, retificamos a indicação sem prejuízo da encaminhada anteriormente. *Indicação (Referendar)*: titular: Sílvia Elizabeth (Retina Brasil); e suplente: Karina Hamada Iamaçaqui Zuge (ADB). **Deliberação: as indicações foram aprovadas por unanimidade. RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA MESA DIRETORA – Atividades.** 1) Audiência Pública: A Política de Saúde Bucal como Direito Humano - Comissão de Direitos Humanos, Minorias e Igualdade Racial da Câmara dos Deputados – 16/10/2025. Organização e participação: Cibs/CNS. 2) Webinar Outubro Verde – Lançamento da campanha em alusão ao Dia Nacional de Combate à Sífilis. Convite da Coordenação Geral de Vigilância em Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST) – Virtual – 16/10/25. Conselheira Renata Soares. 3) Audiência pública para debater a paralisação do Hospital Universitário de Canoas e restrição de atendimentos em UPAs no município. Convite do Presidente da Comissão de Saúde e Meio Ambiente – 20/10/25. Conselheiro e integrante da MD Getúlio Vargas. 4) 1º Seminário Estadual para o Fortalecimento da Política Nacional de Vigilância em Saúde do Brasil. Alagoas – 15 e 16/10/2025. Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (Civs). 5) Fórum Interconselhos – Agenda de Ação para a COP 30. Brasília - 17/10/2025. Mesa Diretora e Secretaria Executiva do CNS. 6) Oficina Macrorregional Sul - Papel da Atenção Primária e do Controle Social no SUS. Porto Alegre - 20 e 21/10/2025. Conselheira e integrante da MD Heliana Hemetério e secretária-executiva do CNS Jannayna Salles. 7) Uma Só Saúde na Amazônia: Construindo Parcerias Estratégicas para Prevenir a Próxima Pandemia. Brasília – 20/10/25. Presidenta do CNS, Fernanda Magano. 8) 3º Congresso Mundial de Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa. Rio de Janeiro - 22/10/2025. Conselheira e integrante da MD Vânia Leite e conselheiro Abrahão Nunes. 9) Audiência Pública celebra 10 Anos da UNALGBT. Câmara dos Deputados- 24/10/2025. Presidenta do CNS, Fernanda Magano. 10) Lançamento Fórum de Mulheres na Saúde. Brasília – 28/10/25. Presidenta do CNS, Fernanda Magano. 11) Audiência Pública sobre Criação de Centros de Terapia Assistida. Câmara dos Deputados - 28/10/2025. Conselheira e integrante da MD Priscila Torres. 12) Lançamento do Projeto “Estratégia

Nacional de Ações Conjuntas para o Enfrentamento da Contaminação por Chumbo. Convite do Departamento de Qualidade Ambiental do Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima - Virtual – 22/10/2025. Conselheiro João Nascimento. 13) Lançamento do Cadastro Nacional de Especialistas (CNE). Convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) – Virtual – 23/10/25. Conselheira e integrante da MD Francisca Valda. 14) Oficina Nacional do Projeto REVER. Convite da ABEM – 28/10/25. Conselheira e integrante da MD Francisca Valda. 15) Webinar Boas Práticas no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Virtual – 29/10/25. Conselheira Silvana Nair Leite. 16) Debate Perda Visual por Diabetes. Convite do Conselho Brasileiro de Oftamologia – Virtual – 01/11/25. Conselheira Lucia Helena Modesto Xavier. 17) 2º Seminário do Programa Brasil Saudável. Convite do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS) – Centro de Convenções de João Pessoa (PB) – 02/11/25. Conselheiros Bil Souza e Carlos Duarte. 18) Webinar 2ª Conferência Internacional sobre o Uso do Conceito “Alienação Parental” e seu Viés de Gênero no sistema de Lei de Alienação Parental em nosso país. Semana Universitária UnB – Virtual – 06/11/25. Conselheira Sibebe de Lima Lemos. 19) Oficina Uma Só Saúde / Saúde Única – MEDTROP 2025. 02 a 05/11/25 – João Pessoa. Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (Civs). 20) 2º Seminário do Programa Brasil Saudável. Convite do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS) – Centro de Convenções de João Pessoa (PB) – 02/11/25. Conselheiros Elenilson Silva e Carlos Duarte. Para conhecimento. Por fim, o Plenário do Conselho fez um minuto de silêncio em memória das pessoas que foram vítimas da megaoperação policial contra o tráfico no Rio de Janeiro.

**ITEM 3 - CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 18ª Conferência Nacional de Saúde - Composição da mesa:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS. A presidenta Fernanda Magano iniciou a apresentação destacando que, no dia 24 de outubro, havia sido realizada a reunião de avaliação da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT, com a exposição do relatório final e das atividades das subcomissões organizadoras. Registrou reconhecimento ao trabalho desenvolvido, em especial à coordenação da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT/CNS e aos esforços de todos os integrantes da comissão organizadora. Afirmou que havia intenção de apresentar os primeiros informes da relatoria e do relatório final da conferência naquela reunião, mas explicou que, a pedido da comissão, foi necessário mais um prazo para a consolidação e revisão do documento, de modo que a matéria retornaria como pauta na próxima reunião do Conselho. Relatou que a conferência produziu encaminhamentos expressivos e desdobramentos positivos e destacou a presença e do acompanhamento de uma delegação internacional, que conheceu a organização da participação social no Brasil e visitou unidades de saúde em Brasília. Mencionou, contudo, que permaneceu como ponto de reflexão a limitação da convocatória oficial da conferência, emitida apenas pelo Ministério da Saúde, sem a adesão do Ministério dos Direitos Humanos e do Ministério do Trabalho e Emprego, o que restringiu o caráter interministerial pretendido. Informou que, entre os encaminhamentos aprovados, ficou definido o compromisso de trabalho articulado com esses ministérios e com o Ministério Público do Trabalho, incluindo eventos conjuntos para entrega e divulgação do relatório final. Relatou, ainda, a realização de webinar recente sobre a lista de doenças relacionadas ao trabalho, com a participação do coordenador do DGSAT, e de representação Ministério Público do Trabalho, como continuidade dos desdobramentos da conferência, que teve como tema central o “Direito humano à saúde do trabalhador e da trabalhadora”. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa Diretora do CNS, saudou o Plenário do CNS e manifestou alegria em participar da condução da mesa e reafirmou o compromisso do controle social com a defesa da democracia e do SUS. Expressou indignação em relação aos recentes episódios de violência no Rio de Janeiro, defendendo firme resistência social e política diante de retrocessos e violações de direitos. Conselheira **Camila Lima** solicitou a palavra para complementar a exposição, relatando que, paralelamente à conferência, fora realizada uma “conferência gêmea” com representantes da Tailândia, destacando que o diálogo entre as delegações havia contribuído para a implementação de políticas de saúde para pessoas trans naquele país. Considerou o resultado como um avanço simbólico da cooperação internacional e do protagonismo da população trans e travesti brasileira. conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, agradeceu a intervenção e reconheceu a importância do registro, informando que a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS havia manifestado interesse em ampliar as relações bilaterais com a Tailândia e que o CNS manteria interlocução com o



país. Mencionou que o ex-presidente do CNS Fernando Pigatto e o assessor parlamentar do Conselho acompanharam o encontro internacional anterior, e que o compromisso de continuidade do diálogo seria preservado, ainda que, devido à agenda de novembro, o Conselho não pudesse participar presencialmente do próximo evento. Na sequência, conselheiro **Getúlio Vargas Júnior** retomou a palavra para apresentar proposta de calendário preliminar de mobilização referente à 18ª Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada em 2027. Destacou que, no dia 2 de dezembro, o CNS realizaria o Seminário Comemorativo dos 35 anos da Lei nº 8.142/1990, marco legal da participação social no SUS. Comunicou também que haveria, na semana seguinte, reunião do CNS com os Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos das Capitais, com o objetivo de alinhar diretrizes e ajustar o cronograma de atividades preparatórias. A seguir, apresentou a proposta de calendário para as mobilizações estaduais e Semana da Saúde, com participação estimada de 500 a 1.000 pessoas por encontro, com o propósito de fortalecer a defesa do SUS, ampliar a mobilização social e preparar as etapas municipais e estaduais da 18ª Conferência. Ressaltou que as datas e orientações compõem uma proposta inicial de referência, em fase de alinhamento, podendo sofrer ajustes após a reunião com os conselhos estaduais e municipais. A presidenta do Conselho complementou, observando que a agenda teria como horizonte a Semana Nacional de Saúde, prevista entre 6 e 12 de abril de 2026, culminando com as atividades do Dia Mundial da Saúde (7 de abril). Explicou que as ações visavam integrar a celebração dos 35 anos da Lei Orgânica da Saúde, dos 37 anos do SUS na Constituição Federal e dos 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), reforçando o caráter histórico e político do processo conferencista. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** detalhou as datas sugeridas para os encontros: Ceará (4 e 5 de dezembro), Piauí (15 e 16 de dezembro), Rio Grande do Sul e Paraná (29 e 30 de janeiro), Minas Gerais e Goiás (5 e 6 de fevereiro), Pará (26 e 27 de fevereiro), São Paulo e Pernambuco (5 e 6 de março), Rio de Janeiro e Bahia (19 e 20 de março) e Rio Grande do Norte (26 e 27 de março). Reiterou que os encontros teriam caráter de mobilização e engajamento, tanto para a conferência quanto para a campanha de fortalecimento dos conselhos locais de saúde. Ressaltou que a proposta teria como horizonte a Semana Nacional de Saúde, prevista entre 6 e 12 de abril de 2026, culminando com as atividades do Dia Mundial da Saúde (7 de abril). A Presidenta do CNS submeteu a proposta à apreciação do Plenário, reforçando que o calendário ainda passaria por revisão conjunta com os conselhos estaduais. Conselheiro **Gelson Luiz de Albuquerque** solicitou esclarecimentos sobre o critério de escolha dos estados e questionou se a articulação havia sido realizada diretamente com os conselhos estaduais. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** respondeu que o desenho inicial considerou a representação regional e o contingente populacional, garantindo abrangência territorial e equidade de participação. Elucidou que não houve recusa por parte de nenhum estado e que outros poderiam ser incluídos conforme manifestação de interesse. Conselheira **Cristiane Pereira dos Santos** explicou que os doze estados elencados coincidiam com polos estratégicos de execução de atividades ministeriais, incluindo o Programa Agora Tem Especialistas. Reforçou que a primeira rodada de encontros priorizaria a mobilização até abril, mas que o processo poderia se estender até setembro, contemplando outras regiões. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** elogiou a iniciativa e destacou a relevância do calendário para fortalecer a mobilização em defesa do SUS e o processo preparatório da 18ª Conferência. Ressaltou que o próximo ano marcaria os 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento fundador do SUS. Solicitou confirmação da data da reunião com os presidentes dos conselhos estaduais, e a presidenta do Conselho informou que o encontro ocorreria nos dias 10 e 11 de novembro, com presença amplamente confirmada. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** reiterou que o encontro anual entre a Mesa Diretora do CNS e os Conselhos Estaduais e de Capitais tinha caráter institucional e visava promover alinhamento e fortalecimento da autonomia dos conselhos, especialmente quanto à atualização dos regimentos internos e à democratização dos processos de presidência. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** parabenizou a proposta e ressaltou que a conferência deveria ser entendida como um processo contínuo, não restrito ao evento nacional. Sugeriu que o critério principal para definição dos encontros fosse a adesão dos conselhos estaduais, e não a regionalização geográfica, e defendeu que a articulação com o Programa “Agora Tem Especialistas” fosse tratada como complementar, e não central, nas ações do CNS. Conselheira **Walquíria Cristina Alves Barbosa** apoiou a proposta e sugeriu que, nas atividades da Semana da Saúde, fossem incluídos outros conselhos de direitos, como os das pessoas idosas, com deficiência e das mulheres, para fortalecer a abordagem intersetorial e ampliar a integração entre saúde, educação e assistência social. Após as



intervenções, a Presidenta do Conselho agradeceu as contribuições e devolveu a palavra ao conselheiro Getúlio Vargas de Moura para que fizesse suas considerações finais e conduzisse a votação de referendo sobre a proposta de calendário preliminar de mobilização para a 18ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** afirmou que todas as falas apresentadas haviam sido convergentes e ressaltou a importância da reunião da semana seguinte com os Conselhos Estaduais e de Capitais, que permitiria realizar o ajuste final da proposta de calendário, especialmente quanto à distribuição territorial e regional. Comentou que a região Norte estava sub-representada na proposta inicial e que isso seria corrigido mediante construção coletiva com os conselhos. Explicou que a versão revisada do calendário seria apresentada na reunião plenária de dezembro, após discussão prévia com os coordenadores de plenárias, que se reuniriam antes do encontro. Informou que a intenção era engajar as coordenações estaduais e municipais na formulação da agenda, de modo a envolver o máximo de conselheiros e conselheiras possível. Destacou que o número mínimo estimado de participantes por plenária seria de 500 pessoas, mas afirmou que, em estados com maior densidade populacional, como São Paulo, havia potencial para mobilizar até 1.000 participantes. Enfatizou que a meta era ousada e representava o compromisso do CNS com a ampliação da mobilização social em defesa do SUS. Ponderou que o calendário apresentado continha lacunas intencionais, previstas para evitar sobreposição com outras agendas institucionais, como o recesso do Conselho em janeiro, o carnaval, a Páscoa e as reuniões ordinárias do Pleno e da Mesa Diretora. Afirmou que o ajuste do cronograma respeitaria o calendário interno do CNS e a capacidade operacional da Secretaria Executiva. Após esses esclarecimentos, submeteu à apreciação do Plenário a proposta de calendário, destacando que se tratava de uma referência inicial, a ser construída de forma participativa com os conselhos estaduais e municipais, respeitando a autonomia federativa de cada instância de controle social. **Deliberação: o Plenário do CNS aprovou a proposta de mobilizações estaduais em defesa do SUS, articulando Conselhos Estaduais, Municipais e o Conselho Nacional de Saúde, por meio de encontros estaduais, com indicativo do calendário apresentado, mas considerando que as datas poderão ser ajustadas, inclusive após a reunião com representação dos conselhos estaduais e de capitais.** Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano** comunicou que a Mesa Diretora do CNS realizaria uma reunião ampliada de três dias no final de novembro, dedicada à constituição da Comissão Organizadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Explicou que essa comissão seria composta por conselheiros(as) e definiria parâmetros para as conferências livres, estaduais e municipais, considerando critérios de proporcionalidade populacional com base nos dados do IBGE. Informou que, após a publicação da resolução principal, os fóruns de representação indicariam integrantes para as comissões temáticas, que incluiriam conselheiros e representantes de entidades convidadas. Conselheira **Walquíria Cristina Alves Barbosa** solicitou a palavra para sugerir que o Ministério da Saúde informasse com antecedência os eventos institucionais realizados nos estados, de modo que os conselheiros locais pudessem participar. Argumentou que muitas vezes os representantes estaduais não eram notificados e acabavam tomando conhecimento das atividades por terceiros. Solicitou que fosse aprimorado o fluxo de comunicação para permitir a participação dos conselheiros nos eventos ministeriais realizados em seus territórios. A Presidenta do CNS respondeu que o Conselho já vinha buscando aperfeiçoar essa articulação, mas reconheceu que, pela dimensão do Ministério da Saúde e pela diversidade de suas secretarias e agendas temáticas, alguns eventos ocorriam sem que o Conselho fosse informado. Comprometeu-se a reforçar a coordenação junto à Assessoria de Participação Social, representada pela conselheira Cristiane Pereira dos Santos, para garantir maior alinhamento e visibilidade das ações nos territórios. Conselheira **Melissa do Amaral de Medeiros** reforçou a preocupação apresentada pela Conselheira Walquíria Cristina e exemplificou com a Conferência Nacional da Pessoa Idosa, prevista para a primeira semana de dezembro. Afirmou que o CNS deveria ter presença garantida em conferências de áreas afins, como aquelas dedicadas à demência, às doenças crônicas e à saúde mental, para fortalecer a transversalidade e o diálogo intersetorial das políticas públicas. A presidenta do CNS respondeu que o Conselho não poderia interferir na composição ou organização de outros conselhos, mas que sempre aceitava os convites formais recebidos. Relatou que, recentemente, o Conselho havia sido convidado a participar da Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, para a qual fora indicada a conselheira Heliana Hemetério como representante na mesa de abertura, embora sua participação não tenha ocorrido em razão de ajustes de protocolo. Informou também que o CNS participou da Conferência Nacional LGBT e recebeu convites para as Conferências Nacionais de Assistência Social e de Direitos Humanos,

sendo que esta última coincidiria com o período da reunião plenária de dezembro. Ressaltou que, por ser um tema transversal da seguridade social, o CNS participaria integralmente da Conferência Nacional de Assistência Social, cuja presença pessoalmente confirmou. Acrescentou que havia mantido diálogo com o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa para a gravação de um vídeo conjunto de mobilização sobre intersetorialidade, cuja produção não se concretizou por mudanças na organização do Conselho parceiro, mas reafirmou o compromisso de retomar a ação. Por fim, destacou que temas transversais como envelhecimento, deficiência e gênero deveriam continuar sendo articulados pelo CNS, agradecendo às conselheiras pela lembrança e reforçando a importância do trabalho conjunto. Encerrou o ponto de pauta afirmando que o debate representava avanço na preparação da 18ª Conferência Nacional de Saúde e na consolidação de uma agenda ampliada de participação social.

**ITEM 4 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE RELAÇÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – CIRTES – Informes. Apresentações dos pareceres de processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde -**

*Apresentação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRTES/CNS; e conselheiro **Thiago Soares**, coordenador adjunto da CIRTES/CNS. *Coordenação:* conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Cristiane Pereira dos Santos** abriu a mesa saudando todas as pessoas e destacando que o ponto da pauta integrava a agenda permanente de acompanhamento técnico do Conselho e tinha por objetivo apresentar o informe técnico da CIRTES, referente à emissão de pareceres de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação na área da saúde. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRTES/CNS, iniciou saudando os(as) conselheiros(as) e os internautas que acompanhavam a transmissão e convidou o conselheiro Thiago Soares para compor a mesa. Explicou que, conforme o regulamento do CNS, a CIRTES possuía pauta mensal dedicada à apresentação dos pareceres técnicos, resultantes da análise de processos regulatórios de cursos superiores da área da saúde, em observância ao Decreto nº 9.235/2017, que dispunha sobre os procedimentos de regulação e supervisão do ensino superior. A seguir, conselheiro **Thiago Soares**, coordenador adjunto da CIRTES/CNS, apresentou o relatório dos pareceres elaborados referente ao período de 8 a 30 de outubro de 2025, correspondente a 22 dias de trabalho. Informou que a CIRTES havia analisado catorze processos, sendo treze com pareceres insatisfatórios e um satisfatório com recomendação. Para conhecimento, fez uma explanação geral sobre esses catorze processos analisados pela Comissão: **1) Número de Processos Analisados e ato regulatório:** 1 de autorização, 1 de autorização vinculada ao credenciamento e 12 de reconhecimento; **2) Relação entre número de processos analisados e Curso - Enfermagem:** 4; Medicina: 1; Odontologia: 4; e Psicologia: 5; **3) Relação de cursos e tipo de ato regulatório:** Enfermagem – quatro de reconhecimento; Medicina – um de reconhecimento; Odontologia – um de autorização e três de reconhecimento; e Psicologia – quatro de reconhecimento e um de autorização vinculada a credenciamento; e **4) Relação entre número de processos analisados e parecer final:** treze insatisfatórios e um satisfatório com recomendação. Na sequência, conselheira **Francisca Valda da Silva** complementou a apresentação, afirmando que a CIRTES exercia papel estratégico no cumprimento do artigo 200 da Constituição Federal, que conferia ao SUS a competência de ordenar a formação de recursos humanos na saúde. Recordou que esse princípio fora consolidado na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e amparado por arcabouço normativo que regulamentava as diretrizes da formação profissional em saúde — desde o nível técnico até o ensino superior e as residências multiprofissionais. Explicou que o Sistema de Avaliação de Cursos da Área da Saúde, iniciado em 2006, passou por atualizações em 2016 e 2017, culminando no decreto atualmente vigente, que estabelecia o fluxo de análise dos cursos entre a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior - SERES/MEC, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP e o CNS, instância cujo parecer era obrigatório no processo de tramitação e autorização dos cursos. Pontuou que os pareceres apresentados não se destinavam à votação, uma vez que já haviam passado pelas etapas de análise técnica, relatoria especializada e aprovação da CIRTES, incluindo a participação de consultores voluntários e membros da Câmara Técnica de Formação e Educação em Saúde. Explicou que os resultados refletiam o rigor técnico aplicado pela comissão, com predominância de pareceres insatisfatórios ou satisfatórios com recomendações, e reiterou o compromisso do controle social com a qualidade da formação. Observou que o parecer do CNS funcionava como um selo de qualidade, e o parecer favorável era emitido apenas quando o curso atendia integralmente às exigências legais e pedagógicas estabelecidas. Relatou que

algumas instituições de ensino superior recorreram judicialmente para tentar rever pareceres desfavoráveis, mas ressaltou que o CNS mantinha sua autonomia técnica, inclusive sendo chamado pelo Ministério Público Federal para subsidiar processos relacionados à regulação do ensino em saúde. A seguir, foi aberta a palavra para manifestações do Pleno do Conselho. Conselheira **Odete Messa Torres** parabenizou o trabalho da Comissão e manifestou preocupação com a alta proporção de pareceres insatisfatórios. Destacou que a dificuldade de aprovação dos cursos revelava a precarização crescente da formação em saúde e reforçou a importância do controle social na garantia da qualidade da educação. Conselheiro **Maicon Nunes Martins** destacou que o cenário refletia o predomínio da lógica mercadológica no ensino superior, citando o caso do curso de medicina do PRONERA, na Universidade Federal de Pernambuco, que enfrentava judicialização e resistência de entidades médicas. Ressaltou que a proliferação de cursos privados, frequentemente desvinculados das necessidades do SUS, comprometia a formação de profissionais voltados ao mercado e não às demandas sociais. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, elogiou a seriedade da CIRTES e ressaltou a importância da presença do segmento de usuários na Comissão. Observou que as negativas de autorização de cursos não representavam rigidez excessiva, mas sim a aplicação rigorosa de critérios técnicos. Enfatizou a necessidade de avançar na atualização das DCNs das profissões da saúde, mencionando o processo de revisão da Enfermagem e destacando o papel do Ministério da Educação nesse diálogo. Fez referência à Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e as propostas aprovadas na 4ª Conferência de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde – 4ª CNGTES a respeito, e sinalizou que este tema seria tratado nas reuniões futuras do Conselho. Também falou sobre o avanço nas discussões sobre auxílio-moradia para residentes multiprofissionais em saúde, afirmando que a equiparação entre as residências deveria ser prioridade. Por fim, disse que futuramente seria trazido ao Pleno o debate para indicação de representação do CNS para a comissão nacional de residência multiprofissional em saúde. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** parabenizou o trabalho da Comissão e explicou que o decreto que regulamentou o auxílio-moradia para residência médica derivava de lei específica, razão pela qual não abrangia as demais residências. Informou que estava sendo elaborada uma portaria interministerial para suprir essa lacuna e defendeu que a aprovação da Política Nacional de Residência em Saúde ocorresse somente após a resolução dessa pendência. Por fim, sugeriu que a CIRTES/CNS reapresentasse ao Plenário do Conselho, em momento oportuno, uma exposição detalhada dos critérios de avaliação utilizados nos pareceres. Conselheira **Victoria Matos das Chagas Silva** reforçou a relevância do trabalho da Comissão e afirmou que os resultados apresentados refletiam a crise de qualidade da educação em saúde no país. Criticou a expansão indiscriminada de cursos a distância (EAD) e alertou que a formação de profissionais desvinculados do SUS contribuía para a manutenção das desigualdades sociais. Conselheira **Camila de Lima Sarmiento** destacou a luta contra a mercantilização da educação e relatou experiências de precarização nas universidades privadas, especialmente com o deslocamento das disciplinas de saúde coletiva para o ensino remoto. Defendeu o resgate das residências integradas em saúde e a valorização de todas as categorias profissionais do SUS. Conselheiro **Gelson Luiz de Albuquerque** apresentou dados sobre a formação em Enfermagem, destacando a existência de 1.387 instituições autorizadas a oferecer o curso no Brasil, sendo 1.195 privadas, o que representava mais de 380 mil vagas anuais, incluindo 175 mil na modalidade EAD. Afirmou que esse volume era incompatível com as necessidades do SUS e denunciou o risco de desvalorização profissional e perda de qualidade formativa. Concluídas as intervenções, a palavra retornou à mesa. Conselheiro **Thiago Soares**, coordenador adjunto da Comissão, respondeu às perguntas apresentadas, esclarecendo que o curso de medicina do Estado do Acre havia recebido o único parecer satisfatório com recomendação, enquanto os demais tiveram pareceres insatisfatórios. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRTES/CNS, destacou a crescente judicialização no campo da regulação do ensino e citou o envolvimento de atores políticos e privados. Relatou que o decreto de 2025 sobre regulamentação do ensino a distância - EAD na saúde só fora publicado devido à pressão constante do CNS, que mantinha posição firme em defesa do ensino presencial. Reforçou que o Conselho não avaliava cursos EAD, devolvendo automaticamente os processos com base em resolução específica do Pleno. Destacou a importância de que todos os conselheiros conhecessem o conteúdo desses debates, visto que eram referências em suas bases municipais e estaduais e tinham papel fundamental na difusão de informações qualificadas sobre a regulação da formação em saúde. Informou também sobre a pactuação interministerial entre o MEC e o Ministério da Saúde, a ser debatida nos dias 18 e 19 de novembro, visando

regulamentar a residência em saúde integrada. Anunciou ainda a realização de atividades da COP 30, com o tema “A Amazônia que cuida, transforma e ensina para o mundo”, e a promoção de um ato público de defesa do ensino presencial em saúde, marcado para as 17h no Plenário 5 da Câmara dos Deputados, organizado pelo COFFITO e por entidades profissionais da área. Conselheiro **Derivan Brito da Silva**, representante do COFFITO, reforçou o convite à plenária e informou que, paralelamente, ocorria em Brasília o 4º Fórum Brasileiro de Lideranças da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, que reunia entidades profissionais e acadêmicas de todo o país. Relatou que o encontro vinha debatendo os impactos do ensino a distância na formação e reafirmando o compromisso das categorias com o ensino presencial. Solicitou que os conselheiros titulares e suplentes do CNS se revezassem para garantir a presença no ato, destacando que a coordenadora da CIRTES confirmara participação. **Finalizando, conselheira Cristiane Pereira dos Santos registrou como encaminhamento: na próxima reunião do Pleno do Conselho, reapresentar os critérios que a CIRTES/CNS utiliza na avaliação dos processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento.** A coordenadora da CIRTES confirmou o encaminhamento e informou que a CIRTES participaria da reunião de 18 e 19 de novembro, cuja pauta incluiria temas como reforma administrativa, carreira no SUS e defesa do serviço público. Reafirmou que o debate sobre a reforma administrativa não era uma pauta corporativa, mas uma questão de interesse público, pois tratava da preservação dos direitos da população e da garantia de qualidade dos serviços. Encerrando o ponto de pauta, a coordenadora da mesa agradeceu a presença dos participantes e suspendeu a reunião para o almoço, com retorno previsto para as 14 horas. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na manhã do primeiro dia de reunião: *Titulares* - **Agnelo Temrité Wadzatsé**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dilce Abgail Rodrigues Pereira**, União Brasileira de Mulheres (UBM); **Edna Aparecida Alegro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi (FENAPESTALOZZI); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Josaine de Sousa Palmieri Oliveira**, Federação Nacional das APAES (FENAPAES); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI; **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE); e **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). *Suplentes* – **Allan Nuno Alves de Sousa**, Ministério da Saúde (MS); **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila Francisco de Lima**, Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); **Camila de Lima Sarmento**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **César Carlos Wanderley Galiza**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Eder Pereira Filho**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB/CGTB; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Gelson Luiz de Albuquerque**, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); **Gilson Silva**,

Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jonas Matos da Silva**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Karina Hamada Iamasaki Zuge**, Aliança Distrofia Brasil (ADB); **Maicon Ricardo Nunes Martins**, Movimento Negro Unificado (MNU); **Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria Cecília Jorge Branco Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG); **Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); **Michele Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Rafael Gomes Ditterich**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Rosângela Dornelles**, Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça; **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Thâmara Gonçalves dos Reis**, Conselho Federal de Biologia (CFBIO); **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFO; **Wallace Justino de Araújo Silva Apurinã**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); e **Wilson Valério da Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). Retomando, a mesa foi composta para o item 5 da pauta. **ITEM 5 - POLÍTICA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER - PNPCC – CÂNCER E REABILITAÇÃO, UMA OFERTA DE CUIDADO INTEGRAL E CONTÍNUO** - *Apresentação:* **Joana Danielle**, Assessora Técnica da Coordenador-Geral de Saúde Bucal - COSAB/DESCO/SAPS/MS; **Roberta Zanicotti**, Cirurgiã-Dentista, especialista em prótese bucomaxilofacial; e conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, representante da Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço - ACBG Brasil. *Coordenação:* conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Priscila Torres da Silva** iniciou o debate saudando o Plenário do CNS e informando que o tema fora solicitado pela conselheira Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros, representante da ACBG Brasil. Dito isso, abriu a palavra ao conselheiro Rodrigo Lacerda, para saudação inicial, e posteriormente à conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, para introdução do tema. Conselheira **Melissa Medeiros** iniciou agradecendo à Mesa Diretora do CNS por trazer a pauta do câncer para debate no Pleno do Conselho, ressaltando que se tratava de um tema de extrema relevância, diante da crescente incidência da doença no Brasil e no mundo. Reconheceu o trabalho das comissões intersetoriais que vinham aprofundando a discussão no CNS e destacou que a PNPCC, embora recentemente instituída, levou dois anos para ser formalizada em portaria, publicada em março daquele ano. Afirmou que políticas de câncer sempre esbarraram em desigualdades expressivas entre regiões e populações, razão pela qual a pluralidade de representações do CNS era fundamental para ampliar o olhar sobre o problema. Enfatizou que o objetivo principal de sua fala era “trazer luz” para aspectos desconhecidos pela sociedade e por grande parte dos formuladores de políticas públicas. Destacou que os sobreviventes de câncer de cabeça e pescoço frequentemente enfrentavam sequelas severas - como perda de fala, deglutição e respiração - que geravam isolamento social, sofrimento intenso e índices elevados de suicídio. Ressaltou que o impacto desses cânceres ia muito além da mortalidade, atingindo funções vitais e exigindo um cuidado verdadeiramente transversal e integrado. Observou que a identificação precoce poderia ocorrer em consultórios odontológicos, mas que a formação em Odontologia raramente preparava profissionais para reconhecer lesões suspeitas de câncer. Defendeu que o tema fosse tratado com o Ministério da Educação, a fim de revisar currículos e garantir formação adequada. Apontou ainda que as políticas de câncer no Brasil historicamente negligenciaram a **reabilitação** e os **cuidados paliativos**, lacuna que só recentemente passara a ser discutida na Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Afirmou que sua principal defesa era de que o SUS precisava priorizar a reabilitação, pois não bastava sobreviver ao câncer se a pessoa ficasse sem condições de viver com dignidade. Encerrando, destacou que o debate era sobre pessoas jovens, produtivas, conscientes e com vontade de viver, que precisavam de reabilitação para preservar autonomia e qualidade de vida. Por fim, agradeceu às convidadas da mesa que contribuiriam com o debate. A seguir, expôs a assessora técnica da COSAB/DESCO/SAPS/MS, **Joana Danielle**, que iniciou cumprimentando os presentes e esclarecendo que seu objetivo era demonstrar o cenário da Política Nacional de Saúde Bucal em diálogo com o câncer de boca, apresentando o diagnóstico da situação no país e as ações implementadas pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal com foco na qualificação do cuidado aos usuários acometidos por essa condição.

778 Informou que trataria das iniciativas direcionadas à criação e implementação da Linha de  
779 Cuidado para Pacientes com Câncer de Boca, estruturada para fortalecer a integralidade da  
780 atenção. Antes de entrar diretamente no tema, destacou o conjunto de marcos normativos que  
781 sustentavam a atuação da Coordenação-Geral de Saúde Bucal no Ministério da Saúde.  
782 Recordou as Leis nº 8.080 e 8.142, que organizaram o SUS e asseguraram a participação do  
783 controle social. Em seguida, ressaltou a relevância da Lei nº 14.572/2023, conhecida como “Lei  
784 da Saúde Bucal”, que elevou a saúde bucal ao *status* de direito constitucionalmente protegido,  
785 estabelecendo dez diretrizes para sua implementação. Informou que tais diretrizes haviam sido  
786 detalhadas em um manual instrutivo que orientava gestores municipais, regionais e estaduais.  
787 Ao comentar essas diretrizes, destacou a nº 4, que tratava da integralidade do cuidado,  
788 prevendo ações intersetoriais e articulação entre dimensões do indivíduo, do sistema e das  
789 práticas de saúde, com vistas a assegurar resposta completa às necessidades dos usuários.  
790 Em seguida, apresentou outro marco recente: a portaria publicada em dezembro de 2024, que  
791 instituiu oficialmente a Rede de Atenção à Saúde Bucal. Explicou que, embora tais redes já  
792 existissem na prática de muitos territórios, o reconhecimento normativo trazia segurança  
793 jurídica e coerência organizacional. Indicou que a atenção primária ocupava posição central na  
794 coordenação do cuidado, com as equipes de saúde bucal, incluindo unidades odontológicas  
795 móveis, sendo responsáveis por organizar fluxos, acolher demandas e articular o percurso do  
796 usuário pelos demais pontos de atenção. Apontou que a rede poderia ser potencializada por  
797 tecnologias de informação, destacando o aplicativo Tele-estomatologia como ferramenta  
798 estratégica para triagem, apoio diagnóstico e integração entre profissionais. A seguir,  
799 apresentou dados epidemiológicos fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA, que  
800 estimava cerca de 15.100 novos casos de câncer de boca por ano no país. Informou que  
801 aproximadamente 70% desses casos possuíam estadiamento registrado, enquanto 30,5%  
802 chegavam ao sistema sem esse dado essencial. Destacou que, segundo as estimativas, a  
803 maior proporção de diagnósticos ocorria em estágios III e IV, caracterizados como doença  
804 avançada, o que comprometia o prognóstico, aumentava morbidade e dificultava a reabilitação.  
805 Ao abordar o perfil da realização de biópsias dos tecidos moles da boca, observou que os  
806 procedimentos eram majoritariamente realizados por especialistas - estomatologistas,  
807 cirurgiões-dentistas generalistas com formação específica ou bucomaxilofaciais. Informou que  
808 19,1% das biópsias eram realizadas na atenção primária, o que revelava, ao mesmo tempo, o  
809 potencial do nível para a detecção precoce e a existência de silenciamentos diagnósticos  
810 quando lesões não eram reconhecidas nos primeiros atendimentos. Ao tratar do tempo entre o  
811 diagnóstico e o início do tratamento, apontou que quase 60% dos casos iniciavam tratamento  
812 após 60 dias, indicando demora relevante e repercussão direta na evolução clínica.  
813 Apresentou, então, o processo conduzido pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal para  
814 construção da linha de cuidado. Informou que, em 2023, fora realizado um diagnóstico  
815 situacional com onze questões gerais e 27 específicas, abrangendo todos os estados  
816 brasileiros. Relatou que 3.318 respostas foram recebidas de profissionais da atenção básica,  
817 da atenção especializada e de equipes auxiliares. Ao sintetizar os achados, relatou que: 1.  
818 Prevenção: a maioria dos municípios informou realizar ações de educação e prevenção  
819 relacionadas ao câncer de boca, o que também se refletia nas informações registradas na  
820 Censo das UBSs. 2. Diagnóstico: a maior parte dos municípios respondeu que não realizava  
821 biópsias em clínicas odontológicas. Apontou que 93% declararam haver necessidade de  
822 qualificação profissional para realizar o procedimento. Ressaltou ainda a escassez de insumos  
823 básicos, como formol e frascos adequados, para viabilizar a coleta de amostras. Também  
824 mencionou dificuldades relacionadas a locais para envio das amostras, logística de transporte  
825 e ausência de serviços especializados em muitos territórios, destacando que cerca de 80% dos  
826 municípios afirmaram não contar com estomatologia nos Centros de Especialidades  
827 Odontológicas, embora essa fosse uma das cinco especialidades obrigatórias. Além disso, foi  
828 apontada a necessidade de qualificar cirurgiões-dentistas para diagnóstico. 3. Tratamento e  
829 Rede: os municípios informaram, em sua maioria, que existia referência para tratamento  
830 oncológico, mas reconheceram que o principal gargalo era a insuficiência de qualificação  
831 profissional. Outro ponto crítico identificado foi a ausência de mecanismos sistematizados de  
832 gestão de fila. Descreveu, então, as estratégias adotadas pela Coordenação para enfrentar os  
833 desafios identificados: realização anual do Dia D de Prevenção ao Câncer de Boca (em 2025,  
834 ocorrerá no dia 11 de novembro); Diretrizes Clínicas para qualificação do cuidado na APS;  
835 fortalecimento da ferramenta do Tele-estomatologia, muito utilizada por profissionais da  
836 atenção primária; elaboração da Linha de Cuidado para Câncer de Boca, com fluxos  
837 assistenciais, definições de percurso do usuário, responsabilidades e mecanismos de

governança; criação de comitês nacional, estaduais e científico, este último composto por mais de 40 pesquisadores e subdividido em seis grupos temáticos que se reuniam regularmente; e implementação de pilares estruturantes, como desenho da linha, formação profissional, vigilância, monitoramento e apoio a pesquisas para tomada de decisão por gestores. Concluiu afirmando que o fortalecimento da linha de cuidado se tornara indispensável diante do envelhecimento populacional, do aumento das doenças crônicas e da necessidade de consolidar a reabilitação e a integralidade como eixos centrais do cuidado em saúde bucal. Finalizou ressaltando que investir na atenção ao câncer de boca significava garantir o direito à saúde bucal como parte indissociável do direito à saúde, conforme estabelecido pela Lei nº 14.572/2023. A seguir, a cirurgiã-dentista, **Roberta Zanicotti**, expôs sobre o tema, agradecendo o convite e esclarecendo que falaria sobre o câncer de cabeça e pescoço e a reabilitação como parte essencial de uma oferta de cuidado integral e contínuo no SUS. Informou não possuir conflitos de interesse e registrou que todas as imagens apresentadas haviam sido autorizadas pelos pacientes. Destacou que o cuidado ao paciente oncológico extrapolava o tratamento da doença, exigindo acompanhamento em todas as fases da jornada, com empatia, acolhimento e reabilitação adequada. Recordou que, conforme a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Portaria nº. 874/2013), o paciente com câncer deve receber assistência especializada e integral, de forma que a detecção precoce, o diagnóstico, o estadiamento, o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos sejam oferecidos oportunamente, permitindo a continuidade do cuidado. Na sequência, apresentou o panorama do câncer de cabeça e pescoço no Brasil. Informou que o país registrava alta incidência de diagnósticos tardios, com aproximadamente 15 mil novos casos de câncer de cavidade oral por ano. Ao incluir outros sítios de cabeça e pescoço, o total aproximado chegava a 40 mil casos, e, quando incorporados os tumores de pele, o número ultrapassava 48 mil diagnósticos anuais. Destacou que, embora houvesse avanços tecnológicos, como cirurgias robóticas, terapias-alvo e terapias avançadas, que aumentavam a sobrevida e reduziam a mortalidade, permanecia a questão central: em quais condições essas pessoas viviam após o tratamento oncológico. Relatou que, por atuar desde o diagnóstico até a reabilitação como cirurgiã-dentista, protetista bucomaxilofacial, acompanhava todas as fases vividas por esses pacientes. Mostrou imagens de pacientes com tumores avançados para ilustrar a gravidade dos casos atendidos, afirmando que muitos pacientes chegavam já com deformidades graves, sem diagnóstico confirmado, mesmo após múltiplas consultas em diferentes serviços. Afirmou que, no caso dos cânceres de cabeça e pescoço, infelizmente a maioria dos sobreviventes do câncer de apresentam mutilações faciais importantes com déficit funcional, estético e sócio-emocional, o que fazia com que muitos sobreviventes permanecessem ocultos no ambiente doméstico, afastados do convívio social. Observou que o termo “mutilados faciais” era pouco conhecido, e que parte das autoridades sequer reconhecia a existência desse grupo populacional, composto por pessoas com perdas significativas de estruturas como maxila, mandíbula, palato, língua, orelha, nariz, olhos, lábios e outras partes da face. Ressaltou que essas deformidades caracterizavam deficiência física, gerando impactos funcionais severos. Explicou que as mutilações podiam ser congênitas ou adquiridas, intraorais ou extraorais, e, na grande maioria dos casos, constituíam sequelas de cirurgias oncológicas extensas. Mostrou exemplos de pacientes que haviam permanecido por longos períodos - cinco, oito, dez ou até dezoito anos - curados do câncer, mas vivendo sem qualquer reabilitação, o que inviabilizava sua reinserção social. Argumentou que qualquer mutilação facial, independentemente do tamanho, impactava negativamente o paciente, sua família e seus cuidadores, exigindo uma oferta de cuidado integral e contínuo conduzido por equipe multi e interprofissional especializada em reabilitação. Explicou que se tratava de pacientes altamente complexos, que demandavam profissionais capacitados, visto que a reabilitação facial tinha função essencial na recuperação da estética, da função, da identidade e da autonomia. Apresentou exemplos de mutilações intraorais e extraorais, enfatizando que todas interferiam na qualidade de vida. Explicou a ausência de oferta sistemática de lentes esclerais, próteses intraorais e próteses faciais no SUS, apesar de serem recursos previstos em regulamentações e essenciais à reabilitação. Citou também as mutilações oculares, explicando que, apesar de a Lei do Monocular estar bem difundida, ainda assim na grande maioria dos estados brasileiros os pacientes ainda não tinham acesso fácil às próteses oculares e lentes esclerais pelo SUS. Prosseguiu explicando que, durante anos, se perguntou o que poderia ser feito diante dessa demanda reprimida. Afirmou que o paciente precisava de avaliação multiprofissional desde o diagnóstico, de cuidado integral durante e após o tratamento e do reconhecimento público da deficiência física para acesso aos direitos previstos em lei. Defendeu que a reabilitação facial



era um direito garantido, determinante para a inclusão social e para a remoção do estigma do câncer. Em seguida, apresentou a especialidade de Prótese Bucomaxilofacial, reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia, responsável pelo diagnóstico, planejamento, confecção e reabilitação de pacientes com mutilações de qualquer origem. Explicou que as próteses tinham funções fundamentais: restaurar estética e função, proteger tecidos expostos, auxiliar na reintegração social e resgatar a identidade do paciente após a cura. Observou, contudo, que, apesar das portarias sobre reabilitação facial desde 1999, a maioria dos hospitais públicos não ofertava essa especialidade, resultando em grande demanda reprimida em todo o país. Relatou que, assim como a maioria dos estados, o Paraná não possuía serviço especializado até 2020. Descreveu o processo de criação do primeiro serviço público de Prótese Facial Reconstructiva do Paraná, inaugurado em 2020, fruto de articulação entre Ministério Público, Secretaria de Saúde, Complexo Hospitalar do Trabalhador e apoio da ACBG Brasil. Informou que o serviço estava instalado no Hospital de Reabilitação, unidade 100% SUS especializada em deficiência física. Explicou que a equipe realizava triagem, diagnóstico, planejamento e confecção das próteses no próprio hospital, trabalhando com abordagem multi, inter e transdisciplinar. Apresentou os seguintes dados: nos primeiros 66 meses, foram realizados mais de 1.500 atendimentos, com mais de 400 pacientes elegíveis e mais de 200 próteses faciais entregues, apesar de ainda existir extensa fila de espera. Exibiu imagens de próteses oculares, intraorais, faciais e de outros procedimentos realizados. Mostrou casos de pacientes que nunca haviam recebido prótese, apesar de conviverem com mutilações há décadas, e que, após a instalação, puderam recuperar estética, funcionalidade e inserção social. Concluiu afirmando que o tema central não era a prótese em si, mas a dignidade e o direito de viver plenamente após o câncer. Destacou que a reabilitação devolvia vida social, autoestima, autonomia e condições básicas para circular na sociedade sem o estigma da mutilação. Refletiu que garantir esse cuidado era uma questão de respeito, responsabilidade social e inclusão. Salientou que o trabalho de reabilitação não era feito de forma individual e no Hospital do Paraná trabalhava junto com a dra. Camila. Ao final, agradeceu a oportunidade e destacou que o objetivo do serviço era expandir a reabilitação facial para outros estados, de modo que todos os pacientes do país pudessem ter seus direitos assegurados pelo SUS. Antes de encerrar, solicitou autorização do Plenário do CNS para que um paciente reabilitado pudesse falar brevemente, trazendo a perspectiva do usuário. Com a anuência do Pleno, foi aberta a palavra ao sr. Hebert Mota, voluntário da ACBG/DF, que iniciou seu depoimento agradecendo a oportunidade de relatar sua trajetória como paciente oncológico. Informou que, em julho de 2019, identificara um leve inchaço no rosto, inicialmente interpretado como possível complicação de canal dentário. Como o cirurgião-dentista negara essa hipótese, prosseguiu na busca pelo diagnóstico, que se confirmou como câncer em setembro do mesmo ano. Relatou que, a partir desse momento, vivenciara dificuldades severas com seu plano de saúde, mesmo sendo um dos mais completos oferecidos pela empresa contratante. Explicou que enfrentara negativas e entraves para autorizações de exames e consultas. Afirmou que, após cinco avaliações com diferentes cirurgiões, nas quais ouviu tanto que “não tinha nada” quanto que os profissionais não realizariam sua cirurgia pelos valores envolvidos, que variavam entre R\$ 190 mil e R\$ 850 mil, uma enfermeira o orientara insistentemente a procurar atendimento no Hospital de Base, em Brasília. Disse que resistira por receio de ocupar vaga de outra pessoa, mas que, após insistência da profissional, comparecera à consulta. O médico do serviço confirmara o diagnóstico e o incluía rapidamente no fluxo assistencial, agendando cirurgia para a semana seguinte. Após o procedimento cirúrgico, descreveu que iniciara uma jornada longa de reabilitação com equipes multidisciplinares, relatando que precisou reaprender a falar, mastigar e ingerir líquidos. Explicou que, inicialmente, utilizara próteses inadequadas e dolorosas, o que o impedia de se alimentar corretamente. Informou que a prótese atual, a terceira, estava finalmente bem adaptada. Relatou ainda dificuldades práticas decorrentes da desinformação institucional: contou que gastara R\$ 8.700,00 com alimentação enteral para uso em sonda nasogástrica, sem saber que o insumo era oferecido pelo SUS. Explicou que somente soubera desse direito por indicação de um amigo que também enfrentava câncer. Comentou também que não encontrara tampões adequados para o olho mutilado, recorrendo a costureiras para adaptar modelos improvisados. Relatou que, em um evento, um jovem o abordara para pedir orientação sobre como confeccionar esse acessório, o que o motivara a produzir peças artesanais e distribuí-las a outros pacientes, inclusive no Hospital de Base. Mostrou ao plenário o aspecto facial que precisara adotar após a cirurgia e compartilhou a forte carga emocional envolvida na experiência de se esconder atrás de toalhas ou manter a mão cobrindo o rosto para circular em público. Também registrou sua satisfação com a nova prótese

958 definitiva, expressando alegria ao relatar a reação de sua neta ao vê-lo reabilitado. Descreveu,  
 959 ainda, os riscos clínicos enfrentados na fase pós-operatória, especialmente a possibilidade de  
 960 broncoaspiração ao ingerir líquidos, potencialmente fatal no contexto de radio e quimioterapia.  
 961 Relatou que, por longos meses, comunicava-se apenas por escrita ou Libras em casa, o que o  
 962 isolava socialmente. Para sensibilizar os presentes, retirou a prótese e mostrou a sua  
 963 aparência, afirmando que muitos pacientes permaneciam reclusos em seus lares por vergonha  
 964 e falta de acesso à reabilitação adequada. Conselheira **Priscila Torres da Silva** agradeceu o  
 965 depoimento do convidado e destacou sua relevância para a compreensão do impacto real das  
 966 políticas de prevenção, tratamento e reabilitação no cotidiano dos pacientes. Ressaltou a  
 967 importância do fortalecimento do SUS, da equipe multiprofissional, do acesso a próteses e  
 968 órteses, e da qualificação da atenção primária para educação em saúde e apoio à população.  
 969 Em seguida, fez uso da palavra o conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda** iniciou  
 970 parabenizando as expositoras e o usuário pelo testemunho, afirmando que o tema possuía  
 971 extrema relevância e vinha sendo trabalhado de forma tripartite após a promulgação da lei que  
 972 organizara a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Explicou que a CIT havia  
 973 se debruçado sobre a regulamentação necessária, resultando na publicação de portarias, entre  
 974 elas, de estruturação da rede específica de prevenção e controle do câncer, antes integrada à  
 975 Rede de Doenças Crônicas, de navegação do paciente, visando orientar seu percurso pela  
 976 rede de atenção e reduzir barreiras ao cuidado. Acrescentou que duas portarias recentes  
 977 tratavam da assistência farmacêutica oncológica, definindo responsabilidades de financiamento  
 978 e novo modelo de cuidado, e da radioterapia, cujo financiamento passaria a ser realizado de  
 979 forma independente, sem limites vinculados, sob responsabilidade de CACONs e UNACONs.  
 980 Destacou que, naquele momento, estava em curso a regulamentação final da assistência  
 981 farmacêutica, com definição dos medicamentos a serem ofertados pelo SUS. Ressaltou que tal  
 982 medida permitiria padronizar protocolos e diretrizes terapêuticas em todo o território nacional,  
 983 superando desigualdades entre serviços que antes ofereciam tratamentos de ponta e outros  
 984 com opções restritas. Disse, ainda, que seria implementado um Plano Operativo de Cuidado,  
 985 com foco em prevenção, controle e promoção da saúde, com o objetivo de reduzir o número de  
 986 pacientes que chegavam aos serviços em estágios avançados (estadiamentos III e IV).  
 987 Observou que, no SUS, mais de 50% dos pacientes de câncer de cabeça e pescoço chegavam  
 988 em estágios tardios, o que reforçava a necessidade de integração com a saúde bucal.  
 989 Registrou que sentia falta de uma participação mais intensa da saúde bucal nas discussões  
 990 tripartites anteriores, mas avaliou que ainda havia tempo para incluí-la no processo de modo  
 991 estratégico. Lembrou que, em diálogo prévio, já havia discutido a necessidade de mapear os  
 992 centros de referência em reabilitação facial, dada a grande desigualdade regional, com  
 993 concentração no Sul e Sudeste. Defendeu a indução e o incentivo à implantação desses  
 994 serviços em todo o país. Sobre o tema das biópsias, lembrou que o Ministério da Saúde  
 995 possuía parceria PROADI com o A.C. Camargo, contratando milhares de análises  
 996 histopatológicas, incluindo aquelas relacionadas à saúde bucal. Ressaltou que a discussão não  
 997 deveria se limitar ao financiamento e à estrutura da atenção primária, mas considerar o cuidado  
 998 integral e as especificidades técnicas necessárias à realização segura das biópsias.  
 999 Encerrando, afirmou que as iniciativas em curso buscavam transformar a trajetória do cuidado  
 1000 oncológico no país. A seguir, abriu a palavra para as pessoas inscritas para o debate.  
 1001 Conselheiro **Anselmo Dantas** iniciou sua manifestação saudando a mesa e ressaltando a  
 1002 relevância do debate, afirmando que o câncer de boca permanecia como um grave problema  
 1003 de saúde pública no Brasil. Recordou que a doença ocupava a quarta posição em prevalência  
 1004 e ressaltou que o tema era fruto de uma construção intersetorial no CNS, envolvendo diversas  
 1005 comissões, como a CIASB, a CIASCV, CIASP e outras. Observou que os dados de  
 1006 estadiamento, com apenas 23% dos casos identificados nos estágios iniciais (1 e 2), revelavam  
 1007 a persistente invisibilidade das lesões iniciais no cotidiano das equipes de atenção básica, o  
 1008 que comprometia a integralidade do cuidado. Assinalou que, no campo da saúde bucal  
 1009 coletiva, o conceito de “bucalidade” evidenciava que a boca constituía expressão fundamental  
 1010 da identidade humana, especialmente quando afetada por neoplasias de cabeça e pescoço.  
 1011 Defendeu que o Ministério da Saúde priorizasse essa agenda, garantindo reabilitação efetiva  
 1012 às pessoas acometidas e apoio estruturado às famílias, considerando o sofrimento emocional e  
 1013 custo econômico imposto pelo câncer. Reforçou que a saúde bucal não poderia ser reduzida  
 1014 ao tratamento dentário, devendo ser compreendida como cuidado integral da pessoa. Encerrou  
 1015 destacando a necessidade de integração entre a Coordenação de Saúde Bucal/MS, o  
 1016 Departamento de Saúde Coletiva, a Secretaria de Atenção Especializada e outras secretarias,  
 1017 lembrando que a Lei nº 14.452 estabelecia diretrizes para atenção integral em saúde bucal.

1018 Conselheiro **Rafael Gomes Ditterich** parabenizou a mesa pela oportunidade de discutir o  
1019 câncer de boca na semana dedicada à prevenção da doença. Destacou que o tema de cabeça  
1020 e pescoço não poderia ser dissociado das ações de saúde bucal e defendeu maior integração  
1021 entre a Coordenação-Geral de Saúde Bucal e a Diretoria de Prevenção e Controle do Câncer  
1022 da SAES/MS. Reconheceu a dedicação técnica da equipe da saúde bucal na construção da  
1023 linha de cuidado, mas ressaltou que a assistência oncológica exigia equipes multiprofissionais,  
1024 envolvendo fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social. Mencionou que a  
1025 Coordenação de Saúde Bucal havia convocado recentemente debate específico sobre  
1026 próteses bucomaxilofaciais, destacando a relevância desse campo para reabilitação e  
1027 autoestima dos pacientes. Apontou que grande parte desses serviços ainda estava vinculada a  
1028 universidades, funcionando como extensão acadêmica, e que eram raras as experiências  
1029 100% SUS, como a conduzida pela dra. Roberta Zanicotti, diante da ausência de financiamento  
1030 federal. Informou que o país contava com apenas 41 especialistas em prótese bucomaxilofacial  
1031 e cerca de 440 patologistas orais, reforçando a necessidade de reorganização da rede e  
1032 articulação com serviços habilitados. Salientou que patologistas médicos nem sempre  
1033 realizavam diagnóstico diferencial adequado para lesões bucais, o que criava barreiras no fluxo  
1034 assistencial. Por fim, recordou que o CNS já havia aprovado recomendação específica sobre o  
1035 tema, cuja publicação era aguardada, e defendeu que o câncer de boca, de cabeça e de  
1036 pescoço não poderia ficar de fora das políticas nacionais. Finalizou agradecendo e reforçando  
1037 o apoio às iniciativas apresentadas. Conselheira **Camila de Lima Sarmiento** iniciou  
1038 cumprimentando a mesa e relatando sua satisfação com o debate. Na condição de dentista da  
1039 Saúde da Família e professora de saúde coletiva, afirmou que o Brasil havia avançado  
1040 significativamente na Política Nacional de Saúde Bucal, especialmente com a ampliação do  
1041 financiamento, mas destacou que persistiam desafios estruturais no campo da formação  
1042 profissional. Argumentou que a odontologia ainda permanecia excessivamente centrada no  
1043 “dente”, o que dificultava a identificação precoce de lesões e comprometia a integralidade.  
1044 Relatou experiências acadêmicas em que estudantes ingressavam motivados pela estética e  
1045 pela perspectiva do empreendedorismo, reforçando a mercantilização da educação e o  
1046 distanciamento do compromisso social esperado das profissões da saúde. Criticou as  
1047 Diretrizes Curriculares Nacionais da Odontologia de 2020, que reforçavam esse modelo, e  
1048 defendeu sua revisão. Apontou que o alto percentual de estadiamento tardio, 77% dos casos  
1049 nos estágios III e IV, era reflexo direto dessa formação fragmentada. Relatou experiência vivida  
1050 na gestão municipal, em que encontrara grande dificuldade para garantir análise  
1051 anatomopatológica e posterior encaminhamento ao SISCAN, o que resultara em atrasos entre  
1052 o diagnóstico clínico e o início do tratamento. Ressaltou que essa demora era incompatível  
1053 com o cuidado adequado e solicitou avaliação sobre possíveis flexibilizações ou alternativas  
1054 para facilitar o acesso à biópsia e ao encaminhamento. Concluiu afirmando que a saúde bucal  
1055 deveria ser compreendida como responsabilidade de toda a sociedade, e não apenas da  
1056 odontologia, e parabenizou a mesa pelo debate. Conselheira **Camila de Lima** iniciou sua  
1057 intervenção afirmando que considerava essencial retomar pontos debatidos anteriormente,  
1058 especialmente relacionados às dificuldades de acesso e à urgência na ampliação da  
1059 resolutividade da atenção à saúde. Ressaltou que determinadas áreas da rede não  
1060 conseguiam garantir atendimento oportuno, o que impactava diretamente o cuidado integral.  
1061 Observou que, na oncologia, questões como reconstrução facial e reabilitação implicavam  
1062 dimensões que ultrapassavam o aspecto clínico, produzindo impactos profundos sobre a  
1063 autoestima e a vida social dos pacientes. Assim, louvou a iniciativa do hospital em Curitiba e  
1064 perguntou à Cirurgiã-Dentista, Roberta Zanicotti, sobre a previsão de ampliar para outros  
1065 estados. A conselheira **Shirley Marshal Morales** ressaltou a importância do tema no Plenário,  
1066 afirmando que o debate sobre câncer e reabilitação envolvia não apenas a Odontologia, mas  
1067 todas as categorias necessárias ao cuidado integral. Mencionou a Recomendação CNS nº  
1068 01/2024, que propôs a inclusão da saúde bucal na equipe mínima de Saúde da Família, e  
1069 relatou sua experiência profissional, destacando que o trabalho articulado entre enfermagem e  
1070 saúde bucal fortalecia as ações preventivas. Defendeu que a integralidade do cuidado, prevista  
1071 na Constituição, exigia considerar gênero, raça, diversidade e iniquidades sociais, lembrando  
1072 que algumas populações adoeciam e morriam mais do que outras. Afirmou que a equipe  
1073 mínima não poderia se limitar a médico e enfermeiro, sendo indispensável a presença de  
1074 fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição e outras categorias, sobretudo na oncologia, marcada por  
1075 impactos físicos, mentais e familiares. Criticou a limitação do programa “Agora Tem  
1076 Especialistas” ao enfoque médico, defendendo uma abordagem verdadeiramente  
1077 multiprofissional. Reforçou que os relatos dos usuários não poderiam permanecer apenas

1078 registrados em ata e deveriam impulsionar mudanças nas políticas de saúde. Destacou que as  
1079 falas dos usuários, que relataram suas dores e trajetórias, não poderiam ficar apenas  
1080 registradas em ata, sem gerar transformações nas políticas de saúde. Ao final, propôs a  
1081 elaboração de recomendação do CNS para avaliação e revisão das OSCIs e do programa  
1082 “Agora Tem Especialistas”, com foco na constituição de equipes inter e multiprofissionais para  
1083 a reabilitação. Manifestou solidariedade às pessoas acometidas pelo câncer e afirmou que a  
1084 enfermagem estaria ao lado da luta por uma saúde de qualidade para o povo brasileiro.  
1085 Conselheira **Priscila Torres da Silva** ressaltou a relevância das exposições realizadas e  
1086 endossou integralmente a fala da conselheira Shirley Morales sobre a necessidade e a  
1087 importância do cuidado interdisciplinar acessível nos territórios, ancorado na Atenção Básica.  
1088 Dirigindo-se à cirurgiã Roberta, salientou que, no contexto do hospital, os pacientes tinham  
1089 acesso às próteses, mas levantou preocupação sobre o custo de manutenção fora daquele  
1090 ambiente e quis saber como essa jornada se efetivara na prática. Mencionou ainda informação  
1091 trazida em outro Grupo de Trabalho, relativo à política de reumatologia, segundo a qual apenas  
1092 45% dos municípios brasileiros estavam cadastrados no programa de equipe multiprofissional  
1093 (eMulti) do Ministério da Saúde. Avaliou que esse dado acendia um alerta importante sobre  
1094 como os municípios vinham tratando o financiamento da atenção multidisciplinar, pois mais da  
1095 metade não utilizava esse instrumento. Defendeu que o CNS se debruçasse sobre esse tema,  
1096 lembrando que o SUS precisava oferecer, às pessoas com doenças crônicas e raras, muito  
1097 mais do que medicamentos, garantindo cuidados integrais. Observou que, ao fornecer cuidado  
1098 integral, seria possível inclusive reduzir custos com medicamentos, pois o modelo atual ainda  
1099 era excessivamente médico-centrado e medicamento-centrado. Por fim, sugeriu que os  
1100 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, elaborados na CONITEC, precisassem  
1101 evoluir para um modelo que incluísse de forma efetiva o cuidado integral, e não apenas o uso  
1102 de medicamentos. Conselheiro **Maicon Nunes Martins** reforçou a centralidade da Atenção  
1103 Básica, afirmando que uma APS resolutive tinha potencial para reduzir de forma importante os  
1104 diagnósticos tardios de câncer, impactando diretamente a sobrevida com qualidade e  
1105 dignidade. Saudou o trabalho da ACBG Brasil, do Hospital de Reabilitação, da dra. Roberta e  
1106 da conselheira Melissa, destacando que a reabilitação significava dignidade e plenitude de vida  
1107 para pessoas com câncer de cabeça e pescoço. Ressaltou a importância da promoção da  
1108 saúde, da prevenção – especialmente primária – e da educação em saúde, e trouxe a  
1109 dimensão racial para o debate, apontando a ausência de dados desagregados por raça e cor  
1110 como forma de apagamento e invisibilização da população negra. Defendeu a produção de  
1111 dados desagregados como base para formulação de políticas e para a luta social, lembrando  
1112 que regiões como o Nordeste e outras áreas periféricas enfrentavam ainda mais dificuldades  
1113 de acesso à reabilitação e apresentavam mortalidade elevada. Conselheira **Alessandra**  
1114 **Regina Brito** parabenizou a mesa e ressaltou que a fonoaudiologia estava diretamente  
1115 envolvida no cuidado às pessoas com câncer de cabeça e pescoço, atuando na prevenção, no  
1116 tratamento e na reabilitação. Destacou a campanha anual da voz, desenvolvida pela Sociedade  
1117 Brasileira de Fonoaudiologia em parceria com a otorrinolaringologia, como ação relevante de  
1118 prevenção de câncer de boca e laringe. Enfatizou que a fonoaudiologia contribuía para a  
1119 comunicação, alimentação e deglutição, com foco na disfagia, e que a família participava de  
1120 todo o processo de reabilitação. Defendeu a ampliação da inserção do fonoaudiólogo na rede e  
1121 em equipes multiprofissionais, afirmando que a área tinha muito a contribuir para a qualidade  
1122 de vida das pessoas acometidas pelo câncer. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** saudou a  
1123 mesa e o Plenário e declarou-se contemplado, em grande medida, pela fala da conselheira  
1124 Shirley. Parabenizou as comissões do CNS que trabalhavam o tema e os serviços que  
1125 acolhiam situações tão complexas da vida humana, afirmando que a face era o principal  
1126 elemento de identificação das pessoas, sendo o sorriso e o olhar formas primeiras de  
1127 comunicação. Ressaltou a importância da equipe multiprofissional, a fim de garantir saúde  
1128 integral. Defendeu que cada área do conhecimento tinha contribuição específica e  
1129 indispensável a oferecer no cuidado a pessoas com câncer de cabeça e pescoço. Comentou o  
1130 impacto da presencialidade durante a apresentação do paciente na plenária, observando que o  
1131 relato ao vivo sensibilizara profundamente os presentes. A partir disso, afirmou que a formação  
1132 em saúde precisava ser presencial para desenvolver a sensibilidade necessária ao cuidado,  
1133 pois a complexidade da vida humana não se resolvia a partir de uma única área ou de  
1134 formação distante da realidade concreta. Assim, defendeu que a formação presencial e o  
1135 trabalho interdisciplinar eram determinantes para que fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia,  
1136 serviço social, nutrição, farmácia, odontologia e demais profissões pudessem cooperar de  
1137 forma efetiva. Destacou que, quando havia impacto sobre a face e a identidade das pessoas,

1138 tratava-se não apenas de sobrevivência, mas do direito a viver, interagir, produzir e ser feliz.  
1139 Conselheira **Melissa Ribeiro de Medeiros** utilizou sua fala para apresentar questionamentos  
1140 estruturados às integrantes da mesa e ao representante da gestão. Dirigiu-se inicialmente à  
1141 assessora Joana, perguntando se a Coordenação-Geral de Saúde Bucal tivera acesso às  
1142 linhas de cuidado em saúde bucal e de reabilitação produzidas no final de 2024 e publicadas  
1143 em fevereiro de 2025, e de que forma esses materiais poderiam dialogar com a linha de  
1144 cuidado em construção. Questionou também como a Coordenação de Saúde Bucal poderia  
1145 apoiar, concretamente, a realização da Conferência Nacional de Saúde Bucal, considerando  
1146 seu papel estratégico e a necessidade de articulação entre gestão e controle social. Abordou  
1147 ainda a ausência de um Grupo de Trabalho específico para a linha de cuidado do câncer na  
1148 saúde bucal, informando que a ACBG Brasil possuía um grupo de especialistas apto a  
1149 contribuir tecnicamente com esse processo e manifestando disposição em colaborar. Dirigindo-  
1150 se ao conselheiro Rodrigo, questionou como funcionaria, na prática, a oferta de cuidado  
1151 integral para câncer de cabeça e pescoço no novo arranjo da PNPPC, com especial atenção  
1152 ao papel da saúde bucal e da reabilitação. À dra. Roberta, perguntou se existia protocolo  
1153 padronizado sobre o cuidado imediato ao paciente que perdesse um olho, como se organizava  
1154 esse atendimento e de que forma as próteses eram codificadas e custeadas pelo SUS. Por fim,  
1155 destacou que cerca de quinze especialidades eram necessárias para tratar de forma adequada  
1156 o câncer de cabeça e pescoço, mas que essa configuração ainda não se concretizava na rede  
1157 SUS. Citou como referência positiva serviços como o Hospital de Amor, em Barretos, e  
1158 experiências na Bahia, defendendo que o país precisaria se espelhar em quem vinha  
1159 realizando esse tipo de cuidado de forma mais estruturada. Conselheira **Maria Eufrásia de**  
1160 **Oliveira Lima** iniciou agradecendo e afirmou estar muito feliz com o debate do tema no  
1161 Plenário do Conselho, especialmente com a participação ativa da conselheira Melissa de  
1162 Medeiros. Sugeriu que o debate sobre câncer continuasse em pauta no CNS, agora com a  
1163 participação da nova Coordenação da Gestão da Assistência Farmacêutica, com convite para  
1164 apresentar, em Plenário, como funcionaria a organização dos componentes da assistência  
1165 oncológica - o que seria centralizado, o que seria repassado, qual seria o papel dos estados e  
1166 municípios e como ficaria a estrutura das antigas modalidades de financiamento (como as  
1167 APACs). Argumentou que essa discussão era estratégica, pois a assistência farmacêutica fazia  
1168 parte fundamental do tratamento dos pacientes, impactando diretamente a celeridade e a  
1169 qualidade do cuidado. Defendeu que o CNS acompanhasse de perto as transformações na  
1170 política oncológica, inclusive no que dizia respeito à pactuação recente da assistência  
1171 farmacêutica e à reorganização da rede de cuidado. Concluiu reiterando a importância de  
1172 manter a pauta do câncer na agenda do CNS, de acompanhar as novidades decorrentes da  
1173 pactuação das “transformações oncológicas” e de fortalecer a articulação entre as diferentes  
1174 comissões e áreas técnicas envolvidas. Concluídas as falas, a mesa abriu a palavra às  
1175 convidadas para comentários. A assessora técnica da COSAB/DESCO/SAPS/MS, **Joana**  
1176 **Danielle**, iniciou agradecendo as perguntas e contribuições do debate, afirmando que não  
1177 tivera tempo, durante a apresentação, para detalhar algumas informações relevantes. Disse  
1178 que a Coordenação-Geral de Saúde Bucal elaborara uma minuta de portaria para instituir um  
1179 incentivo financeiro específico para o cuidado em câncer de boca, informando que essa  
1180 proposta já se encontrava na fase final de tramitação interna, aguardando disponibilidade  
1181 orçamentária para publicação prevista para o ano seguinte. Destacou que esse incentivo  
1182 representaria um avanço para qualificar o cuidado, considerando que ações estruturantes  
1183 dependiam de financiamento público estável. Afirmou que, após publicação da nova portaria da  
1184 Rede de Atenção à Saúde Bucal (Rasb), emergiria a necessidade de fortalecer estratégias de  
1185 qualificação da rede, incluindo revisão de fluxos e protocolos. Informou que a Coordenação já  
1186 solicitara revisão da Tabela SIGTAP, contemplando atualização de valores e procedimentos  
1187 relativos às próteses bucomaxilofaciais e outros procedimentos associados ao cuidado  
1188 oncológico. Afirmou que a Coordenação não havia recebido a linha de cuidado mencionada  
1189 pela conselheira Melissa, mas se colocou à disposição para recebê-la e avaliá-la tecnicamente.  
1190 Informou que a principal referência utilizada pela equipe para o desenvolvimento técnico da  
1191 linha de cuidado em câncer de boca era a professora Tatiana Toporcov, pesquisadora com  
1192 mais de duas décadas de atuação no tema. Reforçou que a participação da cirurgiã Roberta e  
1193 de outras especialistas poderia ser integrada ao trabalho já em andamento. Sobre a realização  
1194 da Conferência Nacional de Saúde Bucal, registrou que tanto a SAPS quanto a Coordenação  
1195 de Saúde Bucal se colocavam como apoiadoras técnicas, operacionais e financeiras,  
1196 destacando a relevância estratégica dessa conferência no contexto da retomada da política.  
1197 Afirmou que este novo ciclo de priorização da saúde bucal representava etapa ainda mais

1198 significativa que o período inicial do Brasil Sorridente, pois agora tratava da garantia de um  
1199 direito de cidadania, e não apenas da ampliação da assistência. Na sequência a cirurgiã-  
1200 dentista, **Roberta Zanicotti**, especialista em prótese bucomaxilofacial, iniciou respondendo às  
1201 perguntas feitas durante o debate, destacando que a prevenção do câncer de boca dependia  
1202 fundamentalmente da educação em saúde e lembrando os fatores de risco como tabagismo,  
1203 consumo de álcool, infecção por HPV, exposição solar e outros aspectos comportamentais.  
1204 Destacou a importância do autoexame da cavidade bucal, que poderia ser realizado pelos  
1205 próprios usuários com auxílio de espelho, espátula ou gaze, observando alterações em língua,  
1206 bochechas, palato e gengiva, com atenção a manchas brancas ou vermelhas e feridas que não  
1207 cicatrizassem em até quinze dias. Comentando a pergunta sobre material e insumos, relatou a  
1208 severa dificuldade enfrentada por serviços públicos para aquisição de produtos indispensáveis  
1209 à fabricação das próteses, uma vez que esses materiais não faziam parte do rol convencional  
1210 da odontologia. Informou que utilizava tintas, pigmentos, silicones e colas especializadas  
1211 frequentemente não disponíveis pelo sistema. Assim, em seu serviço, um hospital 100% SUS e  
1212 sem vínculo universitário, assumira a compra de insumos, como a cola para próteses, pois  
1213 muitos pacientes não tinham condições de adquiri-la. Sobre os códigos SIGTAP, reforçou que  
1214 grande parte das universidades e serviços que produziam próteses não realizavam o registro  
1215 dos procedimentos na Tabela SUS, o que invisibilizava o volume real de produção e dificultava  
1216 a análise da necessidade nacional. Informou que seu serviço registrava rigorosamente todos os  
1217 códigos existentes e havia criado códigos internos complementares para refletir a  
1218 complexidade do processo. Destacou a precariedade dos valores pagos pelo SUS, citando  
1219 exemplos de R\$ 61,19 para próteses adesivas auriculares ou nasais e R\$ 22,00 para próteses  
1220 de grandes perdas maxilares, afirmando que tais valores tornavam inviável a manutenção de  
1221 novos serviços no país. Concluiu reiterando sua disposição em colaborar para a revisão da  
1222 tabela e construção de um modelo nacional capaz de ampliar a rede de reabilitação.  
1223 Conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros** destacou a dimensão e gravidade da  
1224 pauta, salientando que o país possuía apenas 41 protesistas para atender 26 estados e o  
1225 Distrito Federal, o que apontava a incapacidade da rede atual em responder adequadamente  
1226 às demandas de reabilitação. Reforçou que o objetivo central da apresentação fora sensibilizar  
1227 o plenário e demonstrar a transversalidade do câncer de cabeça e pescoço, tema que atingia  
1228 famílias em todas as regiões e classes sociais. Comentando falas do debate, reiterou que o  
1229 câncer era historicamente subnotificado, com prejuízos adicionais decorrentes da  
1230 autodeclaração de raça e cor, o que dificultava análises precisas sobre desigualdades.  
1231 Concordou com as manifestações que apontaram que não havia política pública sem dados  
1232 consistentes e enfatizou que a PNPC dependia de sistemas de informação qualificados.  
1233 Finalizou agradecendo o apoio do Plenário e destacando a urgência de instituir um Grupo de  
1234 Trabalho de Oncologia no CNS, pauta que defendia desde o início de seu mandato. **A seguir,**  
1235 **a mesa consolidou os encaminhamentos construídos no debate: 1) garantir a proposta**  
1236 **de criação de Centros de Referência em Reabilitação de Câncer de Boca, Cabeça e**  
1237 **Pescoço em todas as regiões do país; 2) rever a grade curricular dos cursos de**  
1238 **Odontologia, incluindo formação especializada para atendimento e identificação em**  
1239 **saúde bucal oncológica; e indução à formação de especialistas em patologia oral e em**  
1240 **prótese bucomaxilofacial; 3) reforçar a necessidade do ensino presencial dos Cursos de**  
1241 **Odontologia para desenvolver sensibilidade profissional; e integração da educação**  
1242 **permanente e do controle social; 4) fortalecer o caráter multiprofissional da reabilitação**  
1243 **do câncer na Atenção Primária à Saúde; 5) produzir dados desagregados, incluindo o**  
1244 **quesito raça/cor, nas estatísticas relacionadas ao câncer; 6) criar um Grupo de Trabalho**  
1245 **sobre oncologia – esse pedido será encaminhado à Mesa Diretora do CNS para definição**  
1246 **de composição, prazos e objetivos, considerando os critérios regimentais; 7) contemplar**  
1247 **item de pauta no CNS, com convite ao Departamento de Assistência Farmacêutica -**  
1248 **DAF/MS, para debate sobre reorganização do modelo de gestão do cuidado oncológico e**  
1249 **ênfase em aspectos preventivos, farmacêuticos e psicológicos e apresentação dos**  
1250 **componentes da assistência farmacêutica oncológica recém-pactuada na Comissão**  
1251 **Intergestores Tripartite (avaliar a possibilidade de reunião conjunta com as comissões**  
1252 **de mérito para apreciação ampliada do tema); e 8) elaborar recomendação para**  
1253 **ampliação das equipes multiprofissionais nas Ofertas de Cuidados Integrados - OCIs e**  
1254 **fortalecimento interdisciplinar na Atenção Primária, vinculada ao tema da reabilitação**  
1255 **oncológica (a ser articulada com a recomendação do CNS sobre o tema, aprovada em**  
1256 **julho) – essa proposta foi tratada no item 6 da pauta. Além disso, foi registrado que a**  
1257 **Mesa Diretora do CNS analisaria as pendências relativas à Recomendação sobre a temática,**

1258 aprovada na 368ª Reunião Ordinária do CNS, a qual ainda não havia sido publicada, a fim de  
1259 evitar duplicidade de conteúdo com nova recomendação decorrente deste debate. Com esse  
1260 registro, a mesa encerrou agradecendo às expositoras, ao paciente que contribuiu com o relato  
1261 humanizado e ao Plenário pela construção coletiva. **ITEM 6 - ACOMPANHAMENTO DO**  
1262 **PROGRAMA “AGORA TEM ESPECIALISTAS” - Diretriz I: Redução do tempo de espera**  
1263 **para consultas, exames, cirurgias e tratamentos especializados com base em critérios de**  
1264 **risco, priorizando usuários com maior gravidade clínica. Diretriz XI: Implementação de**  
1265 **protocolos assistenciais integrados com a Atenção Primária à Saúde, com**  
1266 **compartilhamento de informações clínicas e vinculação entre unidades - Apresentação:**  
1267 **Aline Pereira**, assessora técnica do Gabinete da SAPS/MS; **Gabriella Nunes Neves**,  
1268 Coordenadora de Gestão da Informação da Expansão e Qualificação da Atenção Especializada  
1269 (CGI/DEEQA/SAES/MS); e **Fausto Soriano Estrela Neto**, Diretor de Programa da Secretaria  
1270 Executiva - SE/MS. *Coordenação: conselheira Heliana Neves Hemetério dos Santos*, da  
1271 Mesa Diretora do CNS; conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS.  
1272 Devido ao adiantado da hora, a mesa passou a palavra de imediato às integrantes da mesa,  
1273 para dar início às exposições. A primeira expositora foi a assessora técnica do Gabinete da  
1274 SAPS/MS, **Aline Pereira**, que iniciou manifestando satisfação em dialogar com o Conselho  
1275 sobre um programa estratégico para a Secretaria de Atenção Primária à Saúde e para o  
1276 Ministério da Saúde como um todo. Informou que o programa tivera início formal em maio  
1277 daquele ano e ressaltou que a SAPS e a SAES vinham construindo uma interlocução  
1278 permanente, voltada ao alinhamento de processos e à modelagem conjunta das rotas  
1279 assistenciais necessárias à sua implementação. Destacou que, para compreender plenamente  
1280 as diretrizes do programa, especialmente a Diretriz XI, era fundamental retomar os conceitos  
1281 de resolutividade e abrangência da Atenção Primária. Explicou que tais conceitos sustentavam  
1282 a necessidade de protocolos integrados entre os diferentes níveis de atenção, permitindo que  
1283 APS e Atenção Especializada compartilhassem responsabilidades, critérios clínicos e fluxos  
1284 assistenciais. Explicou que a operacionalização dessa diretriz ocorreria por meio de dois  
1285 projetos estruturantes conduzidos pela SAPS: a elaboração dos Guias Práticos da APS e a  
1286 atualização da Carteira de Serviços da APS (2019). O primeiro projeto buscava sintetizar e  
1287 padronizar fluxos, responsabilidades e critérios clínicos para profissionais da APS, distinguindo-  
1288 se dos antigos cadernos de atenção por oferecer orientação mais objetiva e acessível. O  
1289 segundo projeto definia o que deveria ser ofertado em termos de ações e serviços. Ambos,  
1290 segundo ela, precisavam caminhar integrados, pois um definia o que ofertar e o outro orientava  
1291 como executar. Afirmou que a integração entre APS e Atenção Especializada dependia do  
1292 reconhecimento mútuo de funções e da clareza sobre a responsabilidade de cada nível na  
1293 continuidade do cuidado. Observou que a ruptura da continuidade permanecia como uma das  
1294 principais lacunas do Sistema, especialmente quando o cuidado exigia transição entre território,  
1295 ambulatório especializado e ambiente hospitalar. Destacou que a coordenação do cuidado era  
1296 responsabilidade de toda a equipe da APS, e não apenas do Agente Comunitário de Saúde.  
1297 Apontou também a necessidade de padronização das condutas de encaminhamento e da  
1298 qualificação dos registros clínicos no prontuário, entendidos como direito do paciente e como  
1299 instrumento essencial para a continuidade da assistência. Informou que o Ministério vinha  
1300 qualificando o e-SUS e que os Guias Práticos incorporariam ferramentas de apoio à decisão  
1301 clínica baseadas em evidências. Apresentou a linha editorial denominada “Boas Práticas na  
1302 APS”, que reúne os principais instrumentos técnicos de apoio à atuação das equipes de  
1303 Atenção Primária à Saúde em todo o território nacional. Detalhou que cada material é  
1304 elaborado com base em evidências científicas, protocolos assistenciais integrados, normativas  
1305 do Ministério da Saúde e consensos clínicos, de modo a garantir padronização, qualificação do  
1306 cuidado e integração da APS com os demais níveis de atenção. Com esta linha editorial, a APS  
1307 se fortalecia como coordenadora do cuidado, ordenadora das redes e responsável pela  
1308 continuidade assistencial nas diferentes etapas da vida, em alinhamento à Carteira de Serviços  
1309 da APS, Diretriz XI da Portaria 7266 e Política Nacional de Atenção Básica. Informou que  
1310 quatro Guias Práticos já estavam desenvolvidos (Primeira Infância, Saúde Sexual e  
1311 Reprodutiva, Pré-natal e Puerpério, Hipertensão e Diabetes) e que o Guia da Primeira Infância  
1312 seria o primeiro a ser publicado, em janeiro de 2026. Assinalou que temas de saúde bucal  
1313 também integrariam essa sistematização, de modo a contemplar linhas de cuidado completas.  
1314 Concluiu informando que o projeto representava uma nova metodologia no Ministério da Saúde  
1315 e que estava aberta ao diálogo com o CNS para aperfeiçoamentos. Seguindo, fez uso da  
1316 palavra o Diretor de Programa da Secretaria Executiva do MS, **Fausto Soriano Estrela Neto**,  
1317 fez uma fala geral sobre o tema, agradecendo, inicialmente, ao Conselho pela oportunidade de



1318 apresentar o avanço do Programa. Destacou que a condução compartilhada entre SAPS e  
1319 SAES expressara o compromisso institucional com a integralidade. Informou que a  
1320 apresentação seria iniciada com um vídeo de dois minutos gravado pelo Ministro da Saúde,  
1321 elaborado para sintetizar e traduzir, em linguagem objetiva, os oito componentes do programa  
1322 previstos na Portaria nº 7.266. Explicou que o uso do vídeo respondia a recomendações do  
1323 próprio Conselho relacionadas à necessidade de ampliar a comunicação com a sociedade  
1324 sobre o Programa. Após a exibição do vídeo, o diretor apresentou atualização do estágio de  
1325 implementação do “Agora Tem Especialistas”. Recordou que o programa fora instituído  
1326 originalmente pela Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio, e posteriormente convertido na  
1327 Lei nº 15.233/2025. Destacou que essa conversão gerara mudanças importantes entre a MP e  
1328 a lei, com repercussões diretas na organização do Programa, as quais seriam detalhadas ao  
1329 longo da apresentação. Salientou que a exposição abordaria os mecanismos para redução do  
1330 tempo de espera dos seguintes componentes: Ambulatorial e Cirúrgico - baseiam-se em  
1331 portarias anteriores (PMAE e PNRF); Prestação de serviços especializados pela União em  
1332 caráter complementar a estados e municípios; Créditos Financeiros - compensação de dívidas  
1333 tributárias de hospitais privados em troca de serviços especializados; Ressarcimento ao SUS -  
1334 conversão de dívidas de operadoras de saúde em prestação de serviços ao Sistema Único de  
1335 Saúde; e Provitamento, Aprimoramento e Formação pelo Trabalho. Disse que o Programa se  
1336 encontrava em nova fase, a de implementação, e não mais apenas de concepção. Ressaltou  
1337 que essa fase era extremamente importante, pois exigia monitoramento constante, abertura  
1338 para ajustes e incorporação das contribuições enviadas pelo plenário do CNS. Informou que a  
1339 equipe técnica já observara avanços concretos em ofertas práticas nos territórios, envolvendo  
1340 mecanismos de redução do tempo de espera em consultas, exames e procedimentos  
1341 cirúrgicos, bem como estratégias referentes ao provimento de serviços especializados pela  
1342 União e mecanismos financeiros de complementação. Afirmou que a implementação implicava  
1343 diálogo permanente com estados e municípios, e que o Ministério da Saúde mantinha abertura  
1344 para correção de rotas, desde que embasada nas experiências e avaliações trazidas pelo  
1345 controle social. Encerrando sua exposição, passou a palavra à coordenadora **Gabriella Nunes**  
1346 **Neves**, responsável pela Gestão da Informação da Expansão e Qualificação da Atenção  
1347 Especializada, para fazer uma parte da apresentação. A  
1348 Coordenadora/CGI/DEEQAE/SAES/MS, **Gabriella Nunes Neves**, iniciou sua exposição  
1349 cumprimentando o Plenário do Conselho e registrando que, naquela ocasião, participava pela  
1350 terceira vez das apresentações referentes ao Programa Agora Tem Especialistas. Informou  
1351 que abordaria inicialmente o funcionamento das Ofertas de Cuidado Integrado - OCIs,  
1352 especialmente no componente ambulatorial, antes de avançar para a apresentação dos dados  
1353 mais detalhados. Explicou que o Ministério da Saúde buscava alterar a lógica tradicional da  
1354 atenção especializada, marcada pela fragmentação, pela multiplicidade de encaminhamentos e  
1355 pela ausência de controle temporal sobre cada etapa assistencial. Para ilustrar, descreveu o  
1356 percurso típico de uma usuária que identificava alteração mamária, procurava a Atenção  
1357 Primária à Saúde, realizava consulta, era encaminhada para ultrassonografia, posteriormente  
1358 para biópsia e, por fim, retornava ao especialista. Apontou que esse fluxo gerava sucessivas  
1359 idas e vindas, tempos de espera elevados e risco de agravamento do quadro clínico,  
1360 configurando uma lógica de peregrinação na rede. Indicou que as OCIs buscavam reorganizar  
1361 esse fluxo, garantindo que todos os procedimentos necessários - avaliação especializada,  
1362 exame de imagem, biópsia e retorno - fossem ofertados como um “combo assistencial”, com  
1363 tempo de espera definido e menor fragmentação. Registrou que o retorno poderia ocorrer por  
1364 teleconsulta, ampliando agilidade e reduzindo deslocamentos. Apontou também que as  
1365 carretas do programa haviam sido incorporadas como modalidade de realização das OCIs,  
1366 respeitando o mesmo princípio de integração assistencial. Destacou que, com as OCIs, o  
1367 Ministério da Saúde alterara também o modelo de financiamento. Explicou que, antes, o  
1368 pagamento era realizado por procedimento isolado, enquanto o novo modelo previa um valor  
1369 global para a oferta completa do cuidado, incluindo incentivo adicional que induzia  
1370 integralidade, qualidade e eficiência. Retomando a palavra, o Diretor de Programa/SES/MS,  
1371 **Fausto Soriano Estrela Neto**, acrescentou elementos complementares à explicação,  
1372 reforçando que as OCIs representavam mudança estrutural na concepção do cuidado  
1373 especializado, alinhando-se à necessidade de organização da rede e de transformação dos  
1374 modelos de pagamento e contratualização. A Coordenadora/CGI/DEEQAE/SAES/MS retomou  
1375 a apresentação trazendo dados de produção do componente ambulatorial entre janeiro e  
1376 agosto de 2025. Informou que a oftalmologia concentrara o maior volume de procedimentos,  
1377 seguida por cardiologia, ortopedia e otorrinolaringologia. Apresentou também dados

1378 específicos da OCI de ginecologia, no componente cirúrgico, classificando os grupos de maior  
1379 produção e exibindo estimativas de que, em 2025, o país ultrapassaria o total de cirurgias  
1380 eletivas realizadas em 2024. Em continuidade, o Diretor de Programa/SES/MS detalhou os  
1381 dados referentes ao componente de prestação de serviços especializados pela União, que  
1382 incluíam as modalidades: 1) credenciamento universal de prestadores; 2) hospitais ociosos,  
1383 mediante atuação de empresas contratadas; e 3) carretas e serviços móveis. Prosseguiu  
1384 apresentando o panorama atualizado desse componente, informando que 39 propostas  
1385 estavam pré-aprovadas na modalidade de credenciamento, envolvendo diferentes  
1386 estabelecimentos com potenciais ofertas de OCIs e cirurgias. Destacou que o Ministério estava  
1387 utilizando esse componente para complementar a cobertura em estados que não haviam  
1388 registrado propostas suficientes, articulando a distribuição com os Grupos Condutores  
1389 Estaduais. Também detalhou a oferta potencial (procedimentos): 20.071 OCIs e 15.302  
1390 cirurgias para oftalmologia. Relatou que, na modalidade de hospitais ociosos, já havia proposta  
1391 de implementação piloto na região amazônica, com previsão inicial de nove mil cirurgias.  
1392 Informou, ainda, que o Ministério estava desenvolvendo parceria com a Marinha do Brasil para  
1393 credenciamento de embarcações hospitalares, estratégia destinada especialmente a regiões  
1394 remotas, como áreas ribeirinhas do Pará. Ainda na modalidade 2, disse que são dez propostas  
1395 aprovadas, compreendendo 13 mil OCIs/mês e 17 mil cirurgias. Na modalidade 3, que se  
1396 refere às carretas do Programa, informou que 29 unidades estavam em operação, sendo 27  
1397 voltadas à Saúde da Mulher, uma de exames de imagem e uma de oftalmologia. Explicou que  
1398 todas as carretas permaneciam 30 dias em cada localidade e atendiam usuários já presentes  
1399 nas filas municipais ou estaduais, não funcionando por demanda espontânea. Argumentou que  
1400 essa era a principal inovação em relação a iniciativas anteriores de serviços móveis, pois  
1401 garantia continuidade assistencial e evitava rupturas no cuidado. Destacou que toda a  
1402 operação - equipe, insumos, logística e custeio - era financiada pela União, sem contrapartida  
1403 financeira de estados ou municípios. Sobre o componente de crédito financeiro, informou que  
1404 103 propostas de adesão já haviam sido aprovadas e que havia potencial de ampliação de  
1405 oferta de mais de 51 mil OCIs e 26 cirurgias. Explicou a divisão dos limites financeiros por  
1406 região, esclarecendo que a distribuição seguia critérios previamente pactuados com o  
1407 Ministério da Fazenda e que haveria margem estratégica nacional para ajustes conforme  
1408 necessidade (negociado o montante de R\$ 2 bilhões). Salientou que havia cinco propostas,  
1409 totalizando R\$ 20 milhões. Ressaltou ainda avanços decisivos no mecanismo de ressarcimento  
1410 das operadoras de saúde ao SUS, destacando que a nova legislação permitiu a conversão de  
1411 dívidas em prestação de serviços, incluindo valores que estavam judicializados. Informou que  
1412 atendimentos da Hapvida já haviam iniciado e negociação com a Amil estava em fase  
1413 avançada de negociação. Seguindo, falou sobre o componente de provimento e formação de  
1414 especialistas. Informou que o Ministério da Saúde já lançara edital para alocação de 500  
1415 profissionais via “Mais Médicos Especialistas”, tendo homologado 322 profissionais na primeira  
1416 rodada. Explicou que 74% desses especialistas estavam alocados no interior do país, com  
1417 maior concentração nas regiões Norte e Nordeste, e que o painel do programa já  
1418 disponibilizava informações públicas sobre vínculo, município de atuação, remuneração e perfil  
1419 dos profissionais. Informou ainda que o Ministério havia aberto segunda rodada do edital para  
1420 preencher as vagas remanescentes, com mais de 700 inscritos. Reforçou que o processo  
1421 visava garantir presença de especialistas em regiões historicamente desassistidas.  
1422 Acrescentou que outras iniciativas estruturantes estavam em andamento, como ampliação de  
1423 vagas de residência, criação de incentivos para hospitais se certificarem como hospitais de  
1424 ensino e expansão das bolsas de formação para profissões da saúde (em 2026, 3.000 bolsas  
1425 para Residências Médicas e 1.000 bolsas Residências Multiprofissionais, em 2026).  
1426 Concluindo, afirmou que os desafios da atenção especializada eram complexos, mas que o  
1427 Programa representava avanço significativo ao reorganizar fluxos, ampliar a oferta, qualificar o  
1428 cuidado e garantir continuidade assistencial “da consulta ao tratamento”. Agradeceu ao  
1429 Plenário pela oportunidade de apresentar os dados e reforçou que o Ministério da Saúde  
1430 estava aberto ao diálogo permanente com o Conselho. Concluídas as apresentações, foi  
1431 aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** afirmou que se  
1432 concentraria no debate sobre a carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde - APS.  
1433 Registrou que esse tema mobilizava discussões há mais de uma década na saúde coletiva,  
1434 inclusive tendo sido alvo de consulta pública em 2019. Explicou que pesquisadores e  
1435 entidades, como o CFESS, historicamente haviam expressado posições críticas, ressaltando  
1436 que modelos de carteira de serviços tendiam a individualizar ações, enfraquecer o componente  
1437 comunitário, reduzir o papel da educação popular e limitar práticas coletivas da APS. Solicitou

1438 esclarecimentos sobre como o Ministério pretendia mitigar tais riscos, garantindo que a APS  
1439 não fosse reduzida a procedimentos individualizados. Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes**  
1440 afirmou que sua intervenção se direcionaria à Diretriz I do Programa, especialmente quanto à  
1441 priorização de usuários com maior gravidade clínica. Questionou quais seriam os critérios  
1442 adotados para definir gravidade, observando que, na prática atual, a organização da fila se  
1443 baseava no momento da entrada da pessoa no sistema de regulação. Alertou que a priorização  
1444 prevista poderia introduzir subjetividade no processo e solicitou que o Ministério da Saúde  
1445 explicasse como seriam definidos e monitorados os critérios, além de como os usuários  
1446 poderiam acompanhar sua posição na fila de forma transparente. Conselheiro **Rafael Gomes**  
1447 **Ditterich** afirmou que compartilhava as preocupações trazidas sobre a carteira de serviços.  
1448 Relatou que experiências anteriores, inclusive na área de saúde bucal, mostravam que  
1449 protocolos e sistemas haviam sido construídos sem envolver entidades profissionais e a  
1450 sociedade civil. Perguntou como o Ministério da Saúde vinha estruturando a participação  
1451 desses setores e indagou ainda sobre o papel da EBSERH e do motivo pelo qual o GHC havia  
1452 assumido protagonismo no Paraná, em detrimento da AgSUS. Conselheira **Shirley Marshall**  
1453 **Morales** destacou a importância da integração entre APS e atenção especializada e afirmou  
1454 que a APS era diversa e que o debate precisava incluir a realidade da saúde indígena,  
1455 marcada por grandes desigualdades territoriais. Ressaltou o papel deliberativo do CNS e  
1456 alertou para o risco de medidas e normativas federais não considerarem recomendações do  
1457 CNS, como ocorrera na recente Medida Provisória convertida em lei sobre ressarcimento ao  
1458 SUS. Criticou a celebração pública dessa medida sem considerar contradições apontadas pelo  
1459 Conselho, como a ampliação das dívidas não reguladas e a ausência de atuação da ANS no  
1460 Pleno para prestar esclarecimentos. Além disso, alertou que operadoras como Hapvida  
1461 acumulavam alta inadimplência e grande volume de reclamações, sendo preocupante que sua  
1462 atuação estivesse sendo publicamente vinculada ao Programa. Solicitou que o Ministério da  
1463 Saúde fortalecesse mecanismos para garantir transparência e fiscalização sobre os recursos  
1464 que deixariam de vir diretamente ao SUS em razão das novas formas de compensação.  
1465 Conselheiro **Anselmo Dantas** afirmou que a APS, como coordenadora do cuidado, precisava  
1466 manter protagonismo na estruturação do Sistema. Questionou como se daria a participação  
1467 dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde no processo de implementação do Programa,  
1468 observando que não identificara até então nenhum espaço institucional para essa participação.  
1469 Argumentou que, para fortalecer o controle social, era necessário que pessoas conselheiras  
1470 estivessem preparadas para compreender o alcance e os impactos da política. Afirmou que  
1471 enfrentamentos decorrentes do passivo de adoecimento pós-pandemia exigiam respostas  
1472 rápidas, mas não poderiam atropelar princípios do SUS, especialmente universalidade,  
1473 integralidade, equidade e participação comunitária. Conselheira **Rosângela Dornelles** saudou  
1474 o Ministério da Saúde e reforçou a preocupação com a fragilização da regionalização da saúde  
1475 nos estados, afirmando que muitos espaços regionais haviam perdido função deliberativa.  
1476 Relatou que já havia notícia de entrada de recursos do Programa em seu estado (RS) sem que  
1477 houvesse transparência sobre execução e acompanhamento. Defendeu que os dados de  
1478 execução fossem enviados regularmente aos Conselhos Estaduais e ao CNS, destacando que  
1479 a COFIN poderia acompanhar o cumprimento dos valores transferidos. Manifestou  
1480 preocupação com a distribuição de kits e equipamentos aos estados e questionou como estava  
1481 sendo organizado o treinamento das equipes para utilização. Por fim, indagou se residências  
1482 multiprofissionais poderiam ser incluídas nos mecanismos de compensação associados ao  
1483 Programa. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** parabenizou a mesa pela apresentação e  
1484 afirmou que o Programa respondia a uma preocupação antiga quanto à vinculação entre APS e  
1485 atenção especializada. Contudo, alertou que o aumento expressivo de investimentos na média  
1486 e alta complexidade poderia ampliar novamente as desigualdades de financiamento entre os  
1487 níveis de atenção, após anos de esforço para reduzi-las. Questionou como o Ministério da  
1488 Saúde planejava retomar o equilíbrio nos anos seguintes, considerando que a programação  
1489 orçamentária do SUS era plurianual. Reforçou que era fundamental evitar a criação de duplas  
1490 tabelas de financiamento, reconhecendo como avanço o fato de o Programa ter evitado esse  
1491 cenário. Manifestou ainda preocupação com a apropriação política do Programa por governos  
1492 estaduais e municipais, relatando que muitos territórios estavam divulgando ações como se  
1493 fossem iniciativas próprias. Defendeu que o Ministério da Saúde fortalecesse a divulgação  
1494 institucional, de modo a proteger a identidade pública da política federal. Conselheira **Priscila**  
1495 **Torres da Silva** afirmou que compartilhava as preocupações sobre a participação de  
1496 operadoras privadas no Programa, especialmente a Hapvida, lembrando que usuários  
1497 enfrentavam grande dificuldade de acesso mesmo dentro dos planos privados. Questionou

1498 como se daria a análise da efetividade dos atendimentos realizados pelas operadoras no  
1499 âmbito do ressarcimento e como seria aferida a equivalência entre dívida abatida e serviços  
1500 prestados. Solicitou esclarecimentos sobre a articulação entre as carretas do Programa e a  
1501 atenção básica para garantir continuidade do cuidado após a realização dos procedimentos.  
1502 Indagou ainda como estavam sendo mapeados os demais atendimentos resultantes dos fluxos  
1503 do Programa, especialmente em áreas como ortopedia e próteses. Conselheiro **Maicon Nunes**  
1504 **Martins** afirmou que considerava a política necessária e destacou relatos positivos sobre  
1505 melhoria de acesso em alguns territórios. Contudo, apontou que os problemas percebidos pela  
1506 população permaneciam, sobretudo em relação à saúde mental, que hoje aparecia como  
1507 principal demanda segundo pesquisas de opinião. Também reforçou a necessidade de que o  
1508 programa incorporasse mecanismos de produção e análise de dados desagregados por raça,  
1509 gênero, cor e etnia. Argumentou que o movimento negro defendia que avaliações e  
1510 monitoramentos só seriam completos se incluíssem esses marcadores, essenciais para  
1511 compreender desigualdades. Conselheira **Camila de Lima Sarmiento** reconheceu a  
1512 importância do Programa diante das dificuldades de acesso a especialistas e exames.  
1513 Entretanto, afirmou que o modelo ainda possuía elementos de lógica de campanha, que  
1514 precisavam ser superados. Reforçou críticas à carteira de serviços da APS, afirmando que  
1515 contrariava o princípio da territorialização e partia de definições prévias que não dialogavam  
1516 com necessidades sociais reais. Criticou também guias de práticas excessivamente centrados  
1517 na doença e defendeu que a APS precisava atuar com promoção e prevenção, incorporando  
1518 equipes multiprofissionais. Exemplificou com a mesa anterior sobre câncer de boca, afirmando  
1519 que o cuidado integral não poderia prescindir de categorias como dentistas, estomatologistas,  
1520 patologistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e fonoaudiólogos. Manifestou preocupação  
1521 com a contratação de serviços privados, relatando experiências pessoais e familiares de  
1522 negligência em atendimentos de operadoras. Além disso, recordou que foi o SUS que garantiu  
1523 atendimento durante a pandemia, salvando vidas. Questionou como garantir equidade e  
1524 qualidade para usuários do SUS se mesmo usuários pagantes enfrentavam precariedade e  
1525 longos tempos de espera. Conselheira **Maria Carolina Roseira** afirmou que a apresentação  
1526 trazia muitas informações relevantes, mas que a APS ficara ausente como eixo estruturante do  
1527 cuidado. Ressaltou que a avaliação multiprofissional era tema recorrente no CNS e que o  
1528 Programa precisava incorporar outras profissões da saúde, especialmente no campo da saúde  
1529 mental. Manifestou preocupação de que o modelo apresentado gerasse retrocessos ao  
1530 priorizar lógica centrada no diagnóstico e na patologia, em detrimento da abordagem territorial,  
1531 intersetorial, multiprofissional e coletiva. Lembrou que normativas de conselhos profissionais,  
1532 incluindo o CFP, tratavam de dimensionamento da força de trabalho no SUS e não poderiam  
1533 ser desconsideradas. Conselheiro **Wallace Justino de Araújo Apurinã** afirmou que  
1534 compartilhou das falas anteriores e reforçou a necessidade de incluir a realidade indígena no  
1535 debate. Relatou dificuldades de acesso decorrentes da distância, da fragilidade da  
1536 regionalização e de disputas entre estados no processo de regulação. Destacou que  
1537 populações indígenas enfrentavam altas taxas de suicídio e outras vulnerabilidades,  
1538 requerendo modelos específicos de cuidado e logística. Questionou como o Programa  
1539 considerava essas realidades, especialmente nas regiões Norte e fronteiriças, onde a oferta de  
1540 serviços dependia de deslocamentos extensos e infraestrutura limitada. Conselheira **Victoria**  
1541 **Matos das Chagas Silva** levantou duas preocupações principais na sua fala, a primeira dizia  
1542 respeito à contratação de oferta de serviços de hospitais e planos privados, afirmando que  
1543 imaginava inicialmente que a lógica seria baseada apenas em isenção fiscal. Alertou para  
1544 riscos de conflitos entre setores público e privado, mencionando que em países com sistemas  
1545 públicos consolidados o setor privado não concorria com o público, como ocorre no Brasil. A  
1546 segunda preocupação dizia respeito à capacidade de garantia de qualidade no atendimento,  
1547 temendo que usuários do SUS pudessem sofrer diferenciação ou negligência. Mencionou  
1548 riscos de reutilização de insumos de uso único e solicitou elucidações sobre mecanismos de  
1549 fiscalização para evitar danos à oferta de serviços. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**  
1550 afirmou que se sentia contemplado pelas falas anteriores, mas gostaria de registrar  
1551 preocupações adicionais. Relatou que diversos estados vinham utilizando modelos próprios de  
1552 tabelas diferenciadas para remunerar serviços privados, como ocorrera em São Paulo e no Rio  
1553 Grande do Sul. Perguntou se tais modelos influenciavam a adesão de prestadores ao  
1554 Programa ou a precificação dos serviços. Ressaltou que a Hapvida acumulava quase 65 mil  
1555 reclamações em plataformas públicas e questionou se disputas políticas estaduais poderiam  
1556 prejudicar a articulação de operadoras e hospitais no âmbito do Programa. Conselheira  
1557 **Lucimary Santos Pinto** afirmou que considerava preocupante a vinculação do Programa a

1558 prestadores que acumulavam histórico de irregularidades e denúncias trabalhistas. Reforçou  
1559 críticas à Hapvida, afirmando que a operadora oferecia planos com valores muito baixos,  
1560 apresentava péssimas condições assistenciais e mantinha práticas de descumprimento de  
1561 convenções coletivas, subdimensionamento de equipes e precariedade estrutural. Relatou  
1562 ainda denúncia sobre repasses milionários à Santa Casa do Maranhão durante a pandemia,  
1563 sem transparência sobre uso dos recursos. Questionou quais critérios o Ministério utilizara para  
1564 selecionar prestadores privados e filantrópicos como parceiros do Programa. Conselheira  
1565 **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, afirmou que compartilhava preocupações  
1566 com modelos adotados em estados como São Paulo, incluindo a “tabela SUS paulista” e o  
1567 sistema de regulação chamado “CROSS”, que considerou ineficiente. Ressaltou que, para o  
1568 Programa funcionar com solidez, seria necessário construir política nacional de regulação e  
1569 mecanismos confiáveis de aferição. Alertou que o programa teria vigência legal até 2030 e que  
1570 o cenário político poderia sofrer mudanças, incluindo riscos eleitorais e retrocessos. Defendeu  
1571 mecanismos robustos de controle, transparência e monitoramento, além de atuação mais firme  
1572 da ANS, que deveria ser chamada ao Pleno do Conselho para esclarecer aspectos regulatórios  
1573 da relação entre SUS e planos privados. Concluídas as falas, a mesa abriu para comentários  
1574 das pessoas convidadas. A assessora técnica/SAPS/MS, **Aline Pereira**, agradeceu as  
1575 manifestações e afirmou que as perguntas e críticas contribuíram significativamente para o  
1576 aperfeiçoamento das ações em curso. Explicou que a carteira de serviços, lançada  
1577 originalmente em 2019, havia gerado grande controvérsia e possuía lacunas importantes,  
1578 reconhecidas tanto por trabalhadores quanto por especialistas. Informou que, desde 2023, o  
1579 Ministério da Saúde vinha desenvolvendo oficinas internas entre as secretarias com o objetivo  
1580 de revisar e harmonizar o conjunto de ações e atividades previstas na carteira. Destacou que  
1581 países em desenvolvimento já utilizavam modelos semelhantes e que a carteira não tinha por  
1582 finalidade reproduzir a lógica anterior, mas funcionar como instrumento para orientar qualidade,  
1583 segurança do paciente e transparência para profissionais e cidadãos em relação à oferta de  
1584 serviços. Ressaltou que a revisão atual buscava incorporar a territorialização, a organização  
1585 das necessidades locais, a existência de carteiras municipais e estaduais e a construção de  
1586 critérios de maturidade das unidades. Explicou que a classificação das ações como  
1587 estratégicas ou complementares poderia apoiar os gestores na organização da formação e do  
1588 treinamento necessários às equipes, inclusive em procedimentos realizados rotineiramente na  
1589 Atenção Primária. Observou que a oferta real no país apresentava desigualdades significativas  
1590 e que muitos territórios não conseguiam ofertar sequer o mínimo, enquanto outros  
1591 desenvolviam práticas ampliadas não registradas oficialmente. Reconheceu lacunas na  
1592 apresentação, como a ausência de alguns guias relacionados ao cuidado no domicílio e à  
1593 estratificação de risco, e reafirmou que o Ministério da Saúde desejava construir a carteira de  
1594 serviços em diálogo permanente com o Conselho. Colocou-se à disposição para continuar  
1595 debatendo o instrumento e reforçou que o controle social deveria estar presente em sua  
1596 estrutura, o que não ocorrera no desenho original. Em seguida, fez uso da palavra a  
1597 Coordenadora de Gestão da Informação da DEEQA/SAES/MS, **Gabriella Nunes Neves**,  
1598 agradeceu as perguntas e iniciou esclarecendo a questão da saúde indígena. Informou que o  
1599 programa “Agora Tem Especialistas” incluía um eixo específico de expedições para redução de  
1600 filas em territórios indígenas, citando ações recentes entre os povos Yanomami e Xavante, com  
1601 oferta de consultas, exames e cirurgias em diversas especialidades. Sobre a participação de  
1602 operadoras privadas e estabelecimentos filantrópicos no processo de troca de dívidas,  
1603 destacou que todas as ofertas eram pactuadas no território e que a decisão final cabia a  
1604 estados e municípios, reforçando que nenhum serviço poderia ser imposto sem concordância  
1605 local. Observou que, paralelamente, o Ministério da Saúde investia em ações estruturantes,  
1606 como a entrega de kits de Telessaúde e iniciativas de fortalecimento da Atenção Primária.  
1607 Informou que a política de regulação da atenção especializada estava em revisão e que o  
1608 Programa possuía caráter construído e evolutivo. Ressaltou que a consolidação dependia de  
1609 pactuação interfederativa contínua e da participação ativa do controle social para monitorar e  
1610 qualificar a implementação. A seguir, o Diretor de Programa/SE/MS, **Fausto Soriano Estrela**  
1611 **Neto**, avaliou que as manifestações do Plenário demonstravam o grau de complexidade do  
1612 tema e a preocupação social relacionada à atenção especializada. Explicou que o Programa  
1613 criara mecanismos para mitigar riscos na relação público-privada, iniciando pela análise de  
1614 mérito realizada pelo Ministério da Saúde sobre qualquer oferta de serviço. Detalhou que essa  
1615 análise verificava coerência entre a oferta apresentada, a carga horária de profissionais  
1616 cadastrados no CNES e a estrutura disponível. Após essa etapa, descreveu que a proposta  
1617 seguia ao grupo condutor estadual, que tinha até 15 dias para se manifestar. Informou que,

1618 nesse nível, estados e municípios poderiam vetar prestadores que tivessem histórico de  
1619 descumprimento contratual ou inadequações técnicas, garantindo protagonismo do território.  
1620 Destacou que a pactuação territorial era condição obrigatória para qualquer oferta aprovada.  
1621 Relatou que o Programa vinha estruturando mecanismos de escuta direta do usuário por meio  
1622 do Conecte-SUS, incluindo mensagens de inserção em fila, agendamento, lembretes e  
1623 avaliação pós-atendimento. Afirmou que esses dados seriam incorporados ao painel público de  
1624 monitoramento, que apresentaria indicadores de qualidade e desempenho dos prestadores.  
1625 Salientou que durante a fase de implementação estavam sendo criados mecanismos para  
1626 operacionalizar o Programa, de fato, de acordo com a necessidade local. Reforçou que o  
1627 Programa não se sustentaria apenas com expansão de teto financeiro e que era essencial  
1628 otimizar a rede pública existente antes de ampliar ofertas externas. Destacou que a relação  
1629 público-privada deveria seguir a diretriz constitucional da complementaridade e que o Ministério  
1630 trabalhava para estruturar controles rigorosos, sem abrir mão do fortalecimento do SUS.  
1631 Informou, ainda, que mutirões em parceria com hospitais filantrópicos e de excelência vinham  
1632 sendo executados e que instituições como a EBSEH participava como apoiadora em  
1633 formação e supervisão. Também concordou com a necessidade de convidar a ANS para vir ao  
1634 Pleno do Conselho debater os mecanismos de controle. Concluiu reiterando a importância do  
1635 diálogo com o CNS para aprimorar governança, controle e transparência do programa. A mesa  
1636 agradeceu o retorno da mesa e passou aos encaminhamentos. Neste momento, foram lidos os  
1637 encaminhamentos compilados a partir do debate. A seguir, houve algumas manifestações com  
1638 acréscimos e reformulação das propostas. **Como resultado final, foram definidos os**  
1639 **seguintes encaminhamentos: 1) realizar a primeira reunião de monitoramento do**  
1640 **Programa “Agora Tem Especialistas”, após a conclusão das apresentações dos pontos**  
1641 **temáticos já previstas, com convite ao Ministério da Saúde e à ANS para tratar sobre os**  
1642 **componentes relativos ao ressarcimento do crédito financeiro do Programa; 2) solicitar**  
1643 **ao Ministério da Saúde e à gestão do Programa a promoção da participação dos**  
1644 **Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde no arranjo interfederativo de implementação**  
1645 **do Programa, garantindo que as informações cheguem à ponta; 3) solicitar ao Ministério**  
1646 **da Saúde o encaminhamento de tabela com dados e valores orçamentários**  
1647 **desagregados por estados e municípios (conforme pactuado, a COFIN fará o**  
1648 **monitoramento desses dados em suas reuniões); 5) solicitar ao Ministério da Saúde e à**  
1649 **gestão do Programa o delineamento da produção de dados e métricas, contemplando**  
1650 **recortes de raça, gênero, população LGBT e outros marcadores relevantes para**  
1651 **monitoramento das políticas públicas; 6) solicitar ao Ministério da Saúde a elaboração**  
1652 **de mecanismos eficientes de regulação e monitoramento da implementação do**  
1653 **Programa durante seus cinco anos de vigência, considerando o diálogo com o controle**  
1654 **social e a sociedade; 7) levar à Mesa Diretora do CNS a solicitação de pauta no Conselho**  
1655 **para tratar sobre Atenção Primária Seletiva, com convite à SAPS/MS; 8) reafirmar que**  
1656 **nenhuma alteração no modelo de atenção da APS seja implementada sem pactuação**  
1657 **prévia no Pleno do CNS, conforme as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990; e 9) redigir texto de**  
1658 **recomendação integrando os temas da interprofissionalidade na APS e atenção integral**  
1659 **às pessoas com câncer, vinculada ao Programa e ao tema tratado na mesa anterior**  
1660 **(“Item 5 - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer – PNPC”) – foi acordado**  
1661 **que seria constituído GT para elaborar essa recomendação, e apresentá-la no último**  
1662 **ponto de pauta da reunião.** Com essa definição, a mesa agradeceu as pessoas convidadas e  
1663 o Plenário pelo debate e encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes  
1664 pessoas conselheiras na tarde do primeiro dia: *Titulares* - **Agnelo Temrité Wadzatsé**,  
1665 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Anselmo Dantas**,  
1666 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**,  
1667 Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares  
1668 (CONTAG); **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT;  
1669 **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);  
1670 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Getúlio**  
1671 **Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM);  
1672 **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras  
1673 Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de  
1674 Medicina Veterinária – CFMV; **Josaine de Sousa Palmieri Oliveira**, Federação Nacional das  
1675 APAES (FENAPAES); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
1676 Saúde (CNTS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e  
1677 Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de

1678 Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
 1679 (ABRASCO); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
 1680 Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Priscila Torres da Silva**, BioRed Brasil; **Rafaela Bezerra**  
 1681 **Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS);  
 1682 **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
 1683 (CONASEMS); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN);  
 1684 **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana**  
 1685 **Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**,  
 1686 União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Alciomar Antônio Marin**, Federação  
 1687 Brasileira de Hospitais (FBH); **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de  
 1688 Fonoaudiologia (SBFA); **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação Brasileira de Instituições  
 1689 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**,  
 1690 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila**  
 1691 **Francisco de Lima**, Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); **Camila de Lima**  
 1692 **Sarmiento**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde  
 1693 (ANEPS); **César Carlos Wanderley Galiza**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Eder**  
 1694 **Pereira Filho**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB/CGTB; **Elaine**  
 1695 **Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de Moura Filho**,  
 1696 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de**  
 1697 **Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições  
 1698 de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Fausto Soriano Estrela Neto**, Ministério da Saúde  
 1699 (MS); **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho  
 1700 Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jonas Matos da Silva**, Confederação Nacional  
 1701 do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Karina Hamada Iamasaki Zuge**, Aliança  
 1702 Distrofia Brasil (ADB); **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde (MS);  
 1703 **Maicon Ricardo Nunes Martins**, Movimento Negro Unificado (MNU); **Maria Carolina Fonseca**  
 1704 **Barbosa Roseiro**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria Cecília Jorge Branco**  
 1705 **Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves,  
 1706 Raras e Deficiências (AFAG); **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde (MS);  
 1707 **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e  
 1708 Pescoço (ACBG Brasil); **Michele Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL);  
 1709 **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Rafael Gomes**  
 1710 **Ditterich**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação  
 1711 Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Thâmara Gonçalves dos Reis**, Conselho Federal de  
 1712 Biologia (CFBIO); **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde  
 1713 – RENA Afro; e **Wallace Justino de Araújo Silva Apurinã**, Articulação dos Povos Indígenas  
 1714 Região Sul (ARPIN-SUL). Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item  
 1715 7 da pauta. **ITEM 7 – COMENDA ZILDA ARNS - Definição da pessoa homenageada -**  
 1716 **Coordenação:** conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e  
 1717 conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de  
 1718 pauta, conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** saudou o Plenário e os internautas e destacou a  
 1719 importância simbólica e institucional da comenda. Relatou que havia convivido e trabalhado  
 1720 diretamente com Zilda Arns por mais de vinte anos e que, por esse motivo, sempre fazia  
 1721 questão de enfatizar o profundo valor ético, humano e social associado à homenagem.  
 1722 Descreveu Zilda Arns como médica, pediatra e sanitarista que dedicara sua vida à proteção de  
 1723 crianças, idosos, povos indígenas e famílias em situação de vulnerabilidade. Ressaltou que a  
 1724 comenda que levava seu nome carregava não apenas reconhecimento institucional, mas  
 1725 também a reafirmação do compromisso ético, humanitário e de defesa intransigente da saúde  
 1726 como direito universal. Reforçou que a comenda se consolidara como uma das mais altas  
 1727 distinções concedidas pela saúde pública brasileira, reconhecendo trajetórias ímpares na  
 1728 defesa do SUS como patrimônio do povo brasileiro. Explicou que a pessoa agraciada  
 1729 simbolizaria o compromisso com um sistema público, universal e humanizado, capaz de  
 1730 transformar vidas, proteger direitos e promover equidade. Relatou que os objetivos da  
 1731 comenda incluíam: reconhecer trajetórias marcantes no desenvolvimento do SUS; valorizar  
 1732 lutadores e lutadoras sociais, profissionais, acadêmicos e integrantes do controle social; dar  
 1733 visibilidade a práticas transformadoras em defesa da saúde pública; e estimular a participação  
 1734 social como componente estruturante do SUS enquanto política de Estado. Leu ainda o  
 1735 dispositivo da resolução que estabelecia que a comenda poderia ser concedida a pessoas  
 1736 brasileiras ou estrangeiras, inclusive *post mortem*, desde que tivessem contribuição inequívoca  
 1737 para o direito à saúde, os direitos humanos e o Estado democrático de direito. Informou que a



concessão era anual, entregue sempre na última reunião ordinária do ano, e que era composta por certificado e placa representativa. Reforçou que cabia à Mesa Diretora do CNS propor até cinco nomes ao Plenário do Conselho, que deliberaria de forma soberana sobre a pessoa homenageada, na penúltima reunião do ano. Acrescentou que a Secretaria-Executiva do CNS organizava o ato de entrega e mantinha o Livro de Registro de Concessão da Comenda Zilda Arns. Relembrou as pessoas homenageadas nas edições anteriores: 2019 - Cacique Raoni Metuktire; 2020- Jaqueline Goes de Jesus; 2021 – não houve; 2022 - Padre Júlio Lancellotti; 2023 - Marta Almeida; e 2024 - Emerson Elias Merhy. A seguir, apresentou as biografias das pessoas indicadas pelos segmentos, começando pelos nomes apresentados pelo segmento de usuários: **1)** Maria Lúcia Santos da Silva, primeira representante da população em situação de rua a integrar o CNS, falecida recentemente, cuja trajetória incluía dedicação integral à defesa do SUS, das políticas públicas e dos direitos humanos; **2)** Nair Brito, militante histórica na luta contra o HIV/Aids e primeira pessoa no Brasil a conquistar judicialmente o direito ao coquetel antirretroviral, contribuindo para que a distribuição gratuita pelo SUS se tornasse política pública; e **3)** deputada federal Daiana Santos, sanitária formada pela UFRGS, educadora social e liderança na promoção da saúde da população negra. Destacou sua atuação com grupos em situação de vulnerabilidade, sua contribuição à autonomia de mulheres periféricas e sua trajetória política como primeira parlamentar negra e lésbica eleita pelo Rio Grande do Sul. Passou às indicações do segmento de trabalhadores, apresentando Gastão Wagner de Sousa Campos, médico sanitário e protagonista da reforma sanitária, cuja trajetória acadêmica, militante e institucional fora central na consolidação do SUS. Por fim, apresentou Stella Maria Pereira Fernandes de Barros, enfermeira com trajetória histórica na formação em saúde, pioneira em práticas comunitárias que deram origem ao controle social e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ex-conselheira nacional e liderança na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Encerrada a contextualização, a coordenação abriu inscrições para as defesas das indicações. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** solicitou a palavra inicialmente, afirmando que sua intervenção não trataria das biografias, mas da necessidade de maior clareza quanto aos critérios utilizados pela Mesa Diretora do CNS para selecionar os cinco nomes submetidos ao Plenário, visto que os fóruns de segmentos haviam encaminhado outras indicações que também deveriam ser registradas. Solicitou que todas as indicações fossem publicamente mencionadas e que a mesa apresentasse as motivações que orientaram a escolha final. A coordenação da mesa concordou e informou que a equipe de apoio apresentaria posteriormente o registro consolidado das indicações recebidas. Em seguida, iniciou-se a rodada de defesa dos nomes indicados. Conselheiro **Eder Pereira da Silva** apresentou a defesa da deputada Daiana Santos, destacando que a parlamentar dedicara sua vida à defesa do SUS e das populações em situação de vulnerabilidade, especialmente a população em situação de rua e mulheres negras, desde sua formação acadêmica e atuação como vereadora em Porto Alegre. Reforçou que Daiana Santos era filha de políticas públicas como o ProUni, sanitária formada na UFRGS e comprometida com a redução das desigualdades sociais. Relatou que sua trajetória havia sido recentemente homenageada na 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Em seguida, conselheira **Francisca Valda da Silva** apresentou a defesa de Stella Maria Pereira Fernandes de Barros, destacando sua relevância histórica para a enfermagem e para a reforma sanitária. Relatou sua atuação nas comunidades eclesiais de base, na juventude universitária cristã, na construção do movimento estudantil da enfermagem, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Constituinte. Enfatizou que Stella Maria integrara o CNS entre 1986 e 1992, período de grandes transformações institucionais, e que sua influência permanecia como referência para várias gerações. Por fim, conselheiro **Maicon Nunes Martins** apresentou a defesa de Maria Lúcia Santos Pereira, ressaltando sua condição de primeira mulher da população em situação de rua a compor o CNS. Descreveu sua trajetória de vida marcada por violência, exclusão, superação e militância, bem como sua atuação na fundação do movimento da população de rua na Bahia e no enfrentamento da violência institucional. Destacou que Maria Lúcia levava a pauta da população de rua a espaços internacionais, incluindo o Conselho de Direitos Humanos da ONU, tornando-se símbolo de resistência e referência nacional na luta por moradia, dignidade e cidadania. A seguir, a mesa passou a palavra à conselheira **Carmem Ferreira Santiago**, que realizou a defesa da indicação de Nair Brito. Afirmou que a indicada era reconhecida nacionalmente como ativista pelos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids, especialmente das mulheres, ressaltando que esse campo de luta era ainda mais complexo devido ao estigma e à desigualdade enfrentada por esse segmento. Destacou que Nair Brito fora fundadora do Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP) e atuava também na

1798 RNP+ Brasil, promovendo visibilidade, políticas públicas inclusivas, combate ao preconceito e  
1799 defesa da dignidade humana. Acrescentou que ela vivia com HIV havia mais de 30 anos e que  
1800 sua trajetória combinava resiliência pessoal, reinvenção cotidiana e forte atuação coletiva,  
1801 sendo referência na mobilização social em torno de prevenção, cuidado e justiça social. Em  
1802 seguida, conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS, retomou a  
1803 palavra para registrar publicamente todas as indicações enviadas pelos diversos fóruns,  
1804 conforme solicitado durante o debate. Informou que os nomes eram: FORSUS: **Ogan José**  
1805 **Mármor** (indicação da RENAFRO); **Maria Lúcia** (Movimento Nacional da População em  
1806 Situação de Rua); **Ieda Leal** (Movimento Negro Nacional); deputada **Daiana Santos** (indicação  
1807 da CTB); **Tânia Maria** (FBM); **Júlio Neto** (UNEGRO); e **Nair Brito** (MNCP); e FENTAS:  
1808 **Gastão Wagner de Sousa Campos** (CFFa); **Maria Inês Bravo** (ABEPSS); **Stella Maria**  
1809 **Pereira Fernandes de Barros** (ABEn); e **Júlio Batista** (Rede Unida). Explicou que a Mesa  
1810 Diretora do CNS, reunida previamente, selecionara cinco desses nomes, conforme previsão da  
1811 resolução, tendo considerado critérios de perfil, trajetória e consonância com os objetivos da  
1812 comenda. Assinalou que a escolha fora difícil, pois todas as indicações traziam relevância  
1813 reconhecida. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** solicitou a palavra para reafirmar preocupação  
1814 quanto à limitação do número de nomes submetidos ao Plenário. Afirmou que a resolução não  
1815 restringia a cinco o número de indicações possíveis e que, mesmo cabendo à Mesa Diretora a  
1816 competência de curadoria, os critérios deveriam ser mais claros, considerando que várias  
1817 trajetórias apresentavam equivalência em termos de luta pelo SUS, combate às desigualdades  
1818 e compromisso com os direitos humanos. Assinalou que, para as próximas edições, seria  
1819 desejável revisar e aprimorar os procedimentos, garantindo maior transparência, equidade e  
1820 valorização das diversas trajetórias indicadas pelos segmentos. Conselheira **Vânia Lúcia**  
1821 **Ferreira Leite** respondeu que a Mesa Diretora do CNS acolheria o encaminhamento relativo à  
1822 revisão de critérios, mas ressaltou que o Plenário precisava seguir com o processo deliberativo.  
1823 Explicou como se daria a votação: cada conselheiro(a) teria direito a um único voto,  
1824 escolhendo um entre os cinco nomes apresentados. Informou que seria projetada novamente a  
1825 apresentação com as fotos das pessoas indicadas, a pedido de conselheiros, para facilitar a  
1826 visualização. Iniciado o processo, conduziu a votação nome por nome. Após a contagem,  
1827 foram anunciados os resultados: **Maria Lúcia Santos Pereira Silva: 17 votos; Nair Brito: 2**  
1828 **votos; deputada Daiana Santos: 6 votos; Gastão Wagner de Sousa Campos: 3 votos; e**  
1829 **Stella Maria Pereira Fernandes de Barros: 3 votos.** Foram registradas **quatro abstenções**,  
1830 três com declaração de voto. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** justificou sua abstenção  
1831 afirmando que não se sentia contemplada pela limitação imposta, visto que outras trajetórias  
1832 também atendiam aos critérios da comenda. Conselheiro **Thiago Soares** subscreveu a mesma  
1833 justificativa, destacando a necessidade de registrar a defesa da indicação de **Ogan Marmo**,  
1834 cuja contribuição para a política de saúde da população negra, segundo ele, havia sido  
1835 invisibilizada no processo. Conselheiro Haroldo de Carvalho Pontes também declarou  
1836 abstenção na mesma linha. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do  
1837 CNS, acrescentou que o artigo 11 da Resolução permitia ao plenário revisar, alterar ou ampliar  
1838 as normas da honraria a qualquer tempo. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** observou  
1839 que a votação já havia sido concluída e que, caso tal elucidação estivesse sido feita antes,  
1840 poderia ter sido considerada para alterar o rito. Em resposta, conselheira **Heliana Hemetério**  
1841 **dos Santos** acrescentou que parte das dificuldades derivava da necessidade de que os  
1842 conselheiros se apropriassem integralmente das normas e documentos enviados, o que  
1843 demandava maior comprometimento com a leitura prévia. Encerrada a votação, conselheira  
1844 **Vânia Lúcia Ferreira Leite** anunciou formalmente o resultado: **a homenageada daquela**  
1845 **edição da Comenda Zilda Arns seria Maria Lúcia Santos Pereira Silva, representante**  
1846 **histórica da população em situação de rua. Informou que os encaminhamentos**  
1847 **sugeridos, especialmente quanto à revisão dos critérios e procedimentos, seriam**  
1848 **levados à Mesa Diretora do CNS para apreciação.** Com esse anúncio, a mesa concluiu o  
1849 debate do ponto. **ITEM 8 - COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP/CNS**  
1850 **– Apresentação:** conselheira **Ana Lúcia Paduello**, coordenadora da Comissão Nacional de  
1851 Ética em Pesquisa – CONEP e Coordenadora Adjunta do Grupo de Trabalho Temporário -  
1852 GTT/INAEP (*participação de forma virtual*); conselheira **Eliane Aparecida Cruz**, Chefe de  
1853 Gabinete do Ministério da Saúde; conselheira **Francisca Valda da Silva**, Membro da Mesa  
1854 Diretora do CNS e do Grupo de Trabalho Temporário - GTT/INAEP; conselheira **Márcia**  
1855 **Bandini**, coordenadora-adjunta da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP,  
1856 membro do Grupo de Trabalho Temporário - GTT/INAEP; e **Roseli Mieko Yamamoto Nomura**,  
1857 membro do Grupo de Trabalho Temporário (GTT/INAEP) – (*participação de forma virtual*).

1858 Coordenação: conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro  
1859 **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Fernanda Lou Sans**  
1860 **Magano**, Presidenta do CNS, iniciou a mesa justificando seu atraso e explicando que estava  
1861 representando o CNS no VI Congresso da Rebrats, dedicado à avaliação de tecnologias em  
1862 saúde, tema estratégico para o controle social. Afirmou que a participação do Conselho em  
1863 espaços como a CONITEC demonstrava a relevância de fortalecer a ciência e a tecnologia  
1864 orientadas ao cuidado humano e não subordinadas a lógicas de mercado. Destacou que a  
1865 pandemia de COVID-19 evidenciara a urgência de avançar em soberania científica e sanitária  
1866 e reafirmou que o controle social atuava para garantir que as pesquisas fossem conduzidas  
1867 com foco na vida e no bem-estar da população. Explicou que o debate sobre a CONEP  
1868 retornava ao plenário em função de um conjunto de mudanças estruturais decorrentes da nova  
1869 lei e do decreto presidencial, que, nas suas palavras, retirava do controle social o protagonismo  
1870 sobre a ética em pesquisa. Destacou que o Conselho não concordava com essa retirada e  
1871 vinha pautando o tema continuamente, considerando que a pauta da CONEP já era  
1872 permanente, mas que, nos últimos meses, passara a voltar ao plenário com maior frequência.  
1873 Recordou que, na reunião anterior, após longo debate, foi solicitado que o Ministro da Saúde  
1874 fosse ouvido sobre o tema. Explicou que, embora o Ministro da Saúde estivesse em missão  
1875 oficial na África do Sul, ele participara integralmente de uma reunião virtual convocada pelo  
1876 gabinete, na qual dialogara de forma franca e firme com o CNS sobre a pauta da ética em  
1877 pesquisa. Inclusive, informou que as integrantes da mesa acompanharam a reunião. Recordou  
1878 que a retomada daquele ponto se vinculava ao debate realizado na reunião anterior, referente  
1879 à Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI protocolada pela Sociedade Brasileira de Bioética,  
1880 que questionava a legislação responsável pela transição da CONEP para a nova Instância  
1881 Nacional de Ética em Pesquisa – INAEP. Informou que essa ADI permitia a participação de  
1882 *amicus curiae*, e que o CNS havia incentivado que todas as entidades representadas no  
1883 Conselho ingressassem como tais. Lembrou que, no encontro anterior, fora solicitada a  
1884 inclusão do próprio CNS como *amigo da corte*, e que tal deliberação seria retomada após a  
1885 escuta das representações. Contextualizou, ainda, que diversas dúvidas haviam surgido no  
1886 período, especialmente quanto ao passivo de processos sob responsabilidade da CONEP, aos  
1887 limites de jurisdição e aos procedimentos de transição. Explicou que novas informações haviam  
1888 chegado ao Conselho nas semanas anteriores, razão pela qual também fora construída uma  
1889 recomendação específica, a ser apreciada ao final do debate. Para dar sequência ao ponto,  
1890 propôs organizar as manifestações das representantes envolvidas no Grupo de Trabalho  
1891 Temporário – GTT, responsável pela transição entre CONEP e INAEP, com cinco minutos para  
1892 cada exposição, na seguinte ordem: **Ana Lúcia Paduello**, **Roseli Nomura**, **Márcia Bandini**,  
1893 **Eliane Cruz** e **Francisca Valda**. Sugeriu que, após essas falas, o Plenário do Conselho se  
1894 manifestasse e, na sequência, fossem construídos os encaminhamentos, incluindo a  
1895 deliberação sobre a participação do CNS como *amigo da corte* e a apreciação da  
1896 recomendação preparada pelo GTT. Concluiu perguntando ao Plenário se havia dúvidas  
1897 adicionais e, não havendo manifestações, convidou a conselheira Ana Paduello para iniciar sua  
1898 intervenção. Conselheira **Ana Lúcia Paduello**, coordenadora da CONEP/CNS, iniciou sua  
1899 intervenção, de forma virtual, recordando que na reunião de outubro, a representante da  
1900 Sociedade Brasileira de Bioética havia apresentado as motivações da ADI contra a nova lei.  
1901 Afirmou que o controle social compartilhava das mesmas preocupações da SBB e que o Pleno  
1902 havia realizado um debate qualificado sobre o tema. Defendeu que o CNS aderisse  
1903 formalmente à ADI como *amicus curiae*, considerando que a lei aprovada pelo Congresso não  
1904 representava a posição do controle social. Relatou que cerca de dez entidades já haviam  
1905 ingressado com o pedido, mas observou que a maioria representava o campo científico e que  
1906 faltava a voz dos participantes de pesquisa e de suas organizações, como entidades de  
1907 patologias, populações negras e povos indígenas. Destacou que esses segmentos eram  
1908 justamente os mais afetados pela prática e pelos impactos das pesquisas clínicas. Citou que  
1909 algumas organizações científicas e religiosas já haviam aderido como CEBES, ABEn,  
1910 ACESSE, Abrasco e CNBB, e conclamou que entidades do Conselho fizessem o mesmo.  
1911 Explicou que a nova legislação criava risco de grandes perdas de direitos, especialmente  
1912 porque o patrocínio de medicamentos em pesquisas seria garantido apenas por cinco anos  
1913 após o encerramento do estudo. Argumentou que esse prazo seria insuficiente para registro,  
1914 precificação e incorporação tecnológica, levando numerosos pacientes à judicialização e  
1915 sobrecarregando o SUS. Defendeu, portanto, que o CNS, enquanto órgão máximo de controle  
1916 social do SUS, se posicionasse publicamente e ingressasse na ADI para proteger os direitos  
1917 dos participantes de pesquisa e evitar retrocessos éticos e sanitários. Na sequência,

1918 manifestou-se a integrante da CONEP/CNS, **Roseli Mieko Yamamoto Nomura**, membro do  
 1919 GTT/INAEP. Agradeceu a indicação para compor o Grupo e reforçou que seu compromisso era  
 1920 contribuir com a defesa dos direitos dos participantes de pesquisa. Explicou que o Decreto nº  
 1921 12.651 havia destituído a CONEP de suas atribuições centrais, mantendo-lhe apenas funções  
 1922 recursais, o que gerou incertezas imediatas sobre como continuar atuando sem incorrer em  
 1923 ilegalidade. Informou que, diante disso, a CONEP solicitou parecer jurídico para respaldar sua  
 1924 atuação. Relatou que a perda das atribuições e a vigência imediata do decreto haviam gerado  
 1925 um passivo de protocolos, o que poderia expor participantes de pesquisa a riscos, visto que  
 1926 muitos estudos dependiam de análise ética célere. Ressaltou que a CONEP acumulava trinta  
 1927 anos de experiência reconhecida internacionalmente e que essa expertise era essencial para  
 1928 garantir proteção ética às pessoas envolvidas em pesquisas. Afirmou que a recomendação em  
 1929 debate buscava preservar parte das atribuições da CONEP dentro do novo sistema, sobretudo  
 1930 no tocante à fiscalização, que considerou função inegociável da Comissão. Defendeu o  
 1931 fortalecimento da CONEP, inclusive com recomposição de integrantes, para que pudesse  
 1932 continuar exercendo papel relevante dentro do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa,  
 1933 mesmo com as limitações impostas pela lei. Na sequência, manifestou-se a conselheira **Márcia**  
 1934 **Bandini**, coordenadora adjunta da Comissão, que iniciou destacando que a CONEP vinha se  
 1935 reunindo quase diariamente desde a publicação do decreto, em 8 de outubro, devido ao grande  
 1936 impacto institucional da norma. Relatou que várias pessoas integrantes haviam renunciado em  
 1937 protesto contra o tratamento recebido e contra o esvaziamento de atribuições, o que agravava  
 1938 o cenário de instabilidade. Explicou que a CONEP elaborou propostas para reduzir os danos  
 1939 produzidos pela lei e pelo decreto, especialmente a exclusão da representação dos  
 1940 participantes de pesquisa nas análises éticas e que tais propostas foram apresentadas  
 1941 diretamente ao Ministro da Saúde em 23 de outubro. Disse que havia expectativa de que essas  
 1942 contribuições orientassem o início dos trabalhos do GTT. Contudo, relatou que a primeira  
 1943 reunião do GTT fora marcada por autoritarismo e recusa ao diálogo. Segundo ela, as propostas  
 1944 construídas coletivamente foram modificadas, editadas e excluídas, e uma advogada presente  
 1945 afirmara que nenhuma delas seria aceita. Além disso, o plano de trabalho do GTT fora  
 1946 apresentado pronto, sem construção conjunta, o que levou Márcia a questionar qual seria,  
 1947 afinal, o papel do controle social no processo de transição: se participativo ou apenas  
 1948 decorativo. Informou que, durante a reunião com o Ministro da Saúde, no dia 31 de outubro, ele  
 1949 teria reconhecido que o ocorrido no GTT poderia ter sido um equívoco. Ainda assim, defendeu  
 1950 que o CNS precisaria posicionar-se firmemente e que a recomendação preparada visava  
 1951 consolidar uma posição institucional sólida frente a um processo que vinha se mostrando  
 1952 antidemocrático e contrário à história do sistema CEP/CONEP. Na sequência, conselheira  
 1953 **Eliane Aparecida Cruz**, Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde, iniciou sua fala  
 1954 esclarecendo que representava o Ministro da Saúde, que se encontrava em missão  
 1955 internacional no âmbito do G20, e a secretária Fernanda De Negri, igualmente em agenda  
 1956 externa. Afirmou que desejaria contribuir com reflexões, por entender que algumas questões  
 1957 orientariam a tomada de decisão. Destacou que, conforme observara no dia anterior, o CNS  
 1958 faria indicações para compor a INAEP, e, em sua avaliação, não existia contradição entre  
 1959 indicar representantes para a instância e, simultaneamente, ingressar como *amicus curiae* na  
 1960 Ação Direta de Inconstitucionalidade proposta pela SBB. Explicou que, caso o STF decidisse  
 1961 pela existência de vício de iniciativa, o projeto retornaria ao Executivo, que poderia reescrever  
 1962 a lei e, durante este período, instituir uma comissão provisória no Ministério da Saúde.  
 1963 Portanto, segundo ela, a participação como *amicus curiae* não fragilizava a atuação do CNS e  
 1964 poderia produzir ganhos específicos, especialmente no pós-estudo, tema que considerou  
 1965 estruturante para a proteção dos participantes de pesquisa. Destacou que as equipes de  
 1966 bioeticistas envolvidas na ADI buscavam convencer o STF a garantir fornecimento de  
 1967 medicamentos por até 20 anos, até a quebra de patente, assegurando continuidade terapêutica  
 1968 aos participantes. Afirmou que este ponto estava sendo tratado diretamente com o Ministro  
 1969 Cristiano Zanin. Quanto ao GTT/INAEP, informou que o ministro havia determinado  
 1970 acompanhamento direto do gabinete para superar dificuldades de funcionamento. Ressaltou  
 1971 que o trabalho do GTT deveria ser político e construtivo, não meramente jurídico, uma vez que  
 1972 sua principal atribuição seria escrever o regimento interno da INAEP, tarefa que deveria  
 1973 incorporar o acúmulo histórico do sistema CEP/CONEP. Relatou que, durante a construção do  
 1974 decreto, o Ministério da Saúde tentara incluir a coordenação adjunta da instância vinculada ao  
 1975 CNS, mas a proposta fora rejeitada pela Casa Civil. Por isso, defendeu que o tema fosse  
 1976 retomado no regimento, pois atendia ao princípio de corresponsabilidade entre Estado e  
 1977 controle social. Posicionou-se pela incorporação das reivindicações do CNS sobre a

participação dos representantes dos participantes de pesquisa, afirmando ser possível construir tal inclusão por meio de portarias e dispositivos infralegais. Expressou concordância com a compreensão jurídica apresentada pelo parecer solicitado pela CONEP, segundo o qual tanto a Comissão quanto a futura INAEP funcionariam como instâncias recursais. Por fim, afirmou que o governo brasileiro buscava fortalecer a soberania científica e o desenvolvimento do parque industrial da saúde, destacando que o país não deveria ser limitado a “campo de testes” da fase III, mas alcançar capacidade tecnológica para desenvolvimento e produção. Concluiu reiterando sua posição: a participação do CNS na INAEP não era incompatível com o ingresso como *amicus curiae* na ADI, e o Conselho deveria analisar de forma estratégica os caminhos possíveis para fortalecer a proteção dos participantes de pesquisa. Conselheira **Francisca Valda da Silva** iniciou sua fala com autodescrição e enfatizou que o momento vivido pelo CNS era histórico e representava verdadeiro “teste de fogo” para o controle social. Afirmou que o direito à saúde e a participação social haviam sido conquistas civilizatórias da redemocratização, consolidadas no capítulo da saúde da Constituição e na criação do SUS. Ressaltou que a existência de um sistema de ética em pesquisa só fora possível, porque havia controle social, e que tal sistema respondia a tragédias históricas, como experimentos nazistas e estudos antiéticos envolvendo sífilis e malária. Argumentou que a regulação ética tinha surgido como proteção às populações em situação de vulnerabilidade, que historicamente haviam sido tratadas como cobaias em um sistema injusto e desigual. Afirmou que a ética em pesquisa era, por definição, regulação social, e não poderia ser capturada pela lógica de mercado. Sustentou que a criação da INAEP representava deslocamento para um modelo de regulação de mercado, cujo beneficiário direto seria a indústria farmacêutica, nas suas palavras, a terceira maior indústria do capitalismo global. Destacou as três décadas de trabalho voluntário que sustentaram a CONEP e o sistema CEP, recordando que a primeira resolução sobre ética em pesquisa no CNS datava de 1988. Esse percurso, segundo ela, não poderia ser desmontado por uma lei que considerava um retrocesso. Declarou que o controle social rejeitava a Lei 14.874 e lançou um desafio ao plenário: conclamou as 62 entidades do segmento de usuários, as 36 do segmento de trabalhadores e os segmentos de prestadores e gestores a apresentarem pedidos de ingresso como *amicus curiae* na Ação. Informou que, até aquele momento, apenas seis entidades de trabalhadores haviam protocolado pedidos — e somente uma fora admitida — enquanto apenas uma entidade de usuários o fizera. Finalizou homenageando pessoas que dedicaram suas vidas à ética em pesquisa e morreram lutando contra o projeto, defendendo que a nova geração deveria honrar esse legado e atuar para “derrotar essa lei”. Conselheira **Marisa Palácios da Cunha**, representante da Sociedade Brasileira de Bioética - SBB, agradeceu as falas anteriores por demonstrarem apoio à ADI e afirmou que a SBB havia ajuizado a ação, mas dependia do apoio institucional do CNS para fortalecer o argumento da proteção dos participantes de pesquisa. Explicou que a intervenção como *amicus curiae* era instrumento democrático e técnico, essencial para apresentar aos ministros do STF a perspectiva do controle social. Argumentou que somente o CNS possuía legitimidade para explicar aos ministros a natureza, a história e o impacto social do sistema CEP/CONEP. Relatou que a Interfarma havia ingressado como *amicus curiae* contrária à Ação, utilizando números que, segundo ela, não refletiam a realidade: a indústria mencionara 234 projetos avaliados em 2024, enquanto o sistema CEP/CONEP avaliara mais de 4.000. Afirmou que o risco de desinformação exigia ação urgente do CNS para esclarecer os ministros sobre a real dimensão e relevância do sistema. Reforçou que onze pedidos de *amicus curiae* já haviam sido apresentados, alguns contrários à ADI, e que o CNS precisava somar forças para evitar que a batalha judicial fosse perdida. Defendeu que o país não poderia abrir mão de mecanismos éticos capazes de confrontar riscos inerentes à fase III dos ensaios clínicos, na qual frequentemente prevalecia a lógica de “quem submete mais rápido, leva”. Concluiu afirmando que o CNS deveria ingressar como *amicus curiae* e mobilizar entidades do controle social para fortalecer a defesa da ética, da proteção dos participantes e da autonomia do sistema CEP/CONEP. Concluídas as falas das integrantes da mesa, a Presidenta do CNS informou que a recomendação sobre o tema seria lida posteriormente, na íntegra, visto que não foi enviada com antecedência no prazo regimental. A seguir, fez a leitura dos nomes das pessoas inscritas e abriu o debate. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** reforçou integralmente as falas anteriores e afirmou que a inconstitucionalidade da lei era evidente, especialmente por não garantir direitos fundamentais e não assegurar dignidade humana. Concentrou na proposta de recomendação elaborada pelo CNS, destacando os seguintes pontos essenciais (até que a lei esteja vigente): manutenção da CONEP como instância recursal; indicação, pelo CNS, de coordenação adjunta para a INAEP; garantia da participação de representantes dos

2038 participantes de pesquisa, ausente na lei e considerada inaceitável; e ampliação da  
 2039 representação do CNS na INAEP, de modo a restabelecer equilíbrio na correlação de forças.  
 2040 Lembrou que a 17ª Conferência Nacional de Saúde, em deliberação registrada na Resolução  
 2041 CNS nº 719/2023, havia determinado explicitamente a manutenção do sistema CEP/CONEP  
 2042 vinculado ao CNS. Ressaltou que essa diretriz conferencial deveria ser cumprida, pois  
 2043 expressava vontade soberana da sociedade. Defendeu que a ética em pesquisa não poderia  
 2044 restringir-se ao enfoque biomédico, devendo incorporar dimensões sociais, sanitárias e  
 2045 ambientais e ligadas às condições de vida. Afirmou que a ciência defendida pelo CNS era  
 2046 aquela comprometida com transformação social e ampliação de direitos. Encerrando, reafirmou  
 2047 apoio integral à ADI, à recomendação do CNS e à defesa intransigente da proteção dos  
 2048 participantes de pesquisa. Conselheira **Shirley Marshal Morales** afirmou que o país vivia uma  
 2049 disputa decisiva sobre qual voz prevaleceria na formulação das políticas de saúde e defendeu  
 2050 que a Lei 14.874 não expressara a vontade do povo brasileiro nem a posição do governo  
 2051 federal, mas refletira pressões mercadológicas que tratavam a saúde como mercadoria.  
 2052 Recordou que o Executivo vetara trechos da lei, mas o veto fora derrubado pelo Congresso  
 2053 Nacional, impondo ao Ministério da Saúde o desafio de regulamentá-la por decreto sem repetir  
 2054 a lógica das corporações econômicas. Sustentou que o papel do CNS era fortalecer a voz  
 2055 social e proteger os participantes de pesquisa, que eram pessoas com vidas marcadas por  
 2056 sofrimento e vulnerabilidade, e não objetos de experimentação. Defendeu a recomendação  
 2057 elaborada, especialmente a paridade na composição da INAEP, e reafirmou que o CNS deveria  
 2058 seguir o que a 17ª Conferência Nacional de Saúde deliberara quanto à manutenção das  
 2059 funções da CONEP. Declarou ser indispensável que o Conselho ingressasse como *amicus*  
 2060 *curiae* e convocou todas as entidades conselheiras a fazerem o mesmo. Conselheiro **Gelson**  
 2061 **Albuquerque** reforçou que o CNS precisava entrar na ADI não apenas para defender sua  
 2062 história, mas para preservar a legitimidade da ética em pesquisa no Brasil. Afirmou que falar  
 2063 em “conter danos” era insuficiente, pois o dano já se encontrava concretizado. Explicou que o  
 2064 artigo 14, §5º da Lei 14.874 estabelecia que os Centros de Ética em Pesquisa seriam a  
 2065 primeira instância recursal e a INAEP a segunda, o que, em sua avaliação, extinguiu na prática  
 2066 a CONEP enquanto instância recursal. Observou que a comissão só permanecia existindo,  
 2067 porque o CNS acreditava em sua importância, mas que a lei esvaziava suas atribuições,  
 2068 tornando imperativa a mobilização jurídica e política. Encerrou defendendo formalmente que o  
 2069 CNS ingressasse imediatamente como *amicus curiae*. Conselheira **Camila de Lima Sarmento**  
 2070 fez referência à Resolução CNS nº 446/2011, e defendeu que tal dispositivo fosse assegurado  
 2071 no processo de transição para a nova instância. Ela afirmou que a defesa do sistema  
 2072 CEP/CONEP significava a proteção dos povos e comunidades tradicionais, especialmente  
 2073 indígenas e quilombolas, historicamente impactados por pesquisas conduzidas de modo  
 2074 excludente. Relacionou a nova lei a uma lógica colonial e biomédica, que reatualizava práticas  
 2075 eugênicas e racistas e comprometia a soberania sanitária e científica do país. Sustentou que o  
 2076 CNS precisava atuar de forma firme, evitando retrocessos éticos e defendendo territórios e  
 2077 populações vulnerabilizadas que, segundo ela, os movimentos sociais acompanhavam  
 2078 cotidianamente. Conselheiro **Maicon Ricardo Martins** afirmou que o movimento negro não  
 2079 poderia se omitir diante daquele cenário, pois a população negra permanecia sendo a mais  
 2080 fragilizada nas práticas de pesquisa e nas relações institucionais. Ressaltou que o racismo  
 2081 estrutural seguia produzindo danos éticos significativos e que a CONEP desempenhara papel  
 2082 fundamental no reconhecimento dessas vulnerabilidades e na prevenção de violências  
 2083 institucionais. Defendeu a necessidade de preservar o sistema CEP/CONEP e reiterou que o  
 2084 CNS deveria integrar a ADI para garantir que as demandas das populações em situação  
 2085 vulnerabilidade fossem consideradas. Conselheiro **Thiago Soares** afirmou que as questões  
 2086 apresentadas afetavam diretamente as comunidades tradicionais. Declarou que o racismo  
 2087 estrutural e institucional atingia as práticas de medicina tradicional de diversos povos e que a  
 2088 criação da INAEP poderia ampliar desigualdades caso não houvesse disputa política interna.  
 2089 Defendeu que o CNS precisava atuar simultaneamente interna e externamente, participando da  
 2090 instância para influenciar a regulamentação e ingressando na ADI para combater os  
 2091 retrocessos legais. Destacou que entidades da sociedade civil deveriam seguir o mesmo  
 2092 caminho e ingressar como *amicus curiae*. Conselheira **Victoria das Chagas Silva** afirmou que  
 2093 o argumento utilizado para justificar a lei, de que a dissolução da CONEP agilizaria pesquisas,  
 2094 ocultava custos humanos graves, que se expressariam em retrocessos éticos e sociais.  
 2095 Resgatou que sua própria pesquisa acadêmica demonstrava como a ciência brasileira fora  
 2096 marcada por práticas higienistas, racistas e de instrumentalização de corpos “vulnerabilizados”.  
 2097 Alertou que flexibilizar a ética em pesquisa significava se aproximar de períodos sombrios da

2098 história científica. Criticou duramente a composição reduzida do CNS na INAEF, avaliando-a  
2099 como ofensiva ao controle social, e defendeu que o Conselho votasse sua posição ainda  
2100 naquela mesa, incentivando que entidades e movimentos ingressassem como *amicus curiae*.  
2101 Conselheiro **Anselmo Dantas** deu seguimento às falas, recuperando reflexões filosóficas para  
2102 tratar do tema da esperança e da coragem política. Defendeu que a luta pela manutenção do  
2103 Sistema CEP/CONEP era parte essencial da defesa da democracia participativa e da dignidade  
2104 humana. afirmou que o Conselho não abandonaria essa disputa e conclamou que todos os  
2105 conselhos de saúde do país fossem mobilizados, pois a defesa da ética em pesquisa era tarefa  
2106 de toda a rede de controle social. Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes** afirmou que a  
2107 pauta em debate dizia respeito diretamente ao controle social e exigia posicionamento firme do  
2108 Conselho. Defendeu que o CNS não poderia terceirizar sua responsabilidade e precisava  
2109 ingressar como *amicus curiae* na ADI proposta pela SBB, destacando que as próprias  
2110 entidades conselheiras também tinham autonomia para fazê-lo, mas que era indispensável que  
2111 a posição institucional do Conselho fosse reafirmada. Considerou que a recomendação  
2112 apresentada dialogava com a conjuntura marcada pela divergência entre a lei e o decreto e  
2113 tinha como finalidade contribuir para que a ADI revertesse ambos, possibilitando a  
2114 recomposição do sistema CEP/CONEP como espaço capaz de abarcar a pluralidade das  
2115 pesquisas nas áreas biomédicas, humanas e sociais aplicadas. Ressaltou que celeridade em  
2116 pesquisa não poderia significar renúncia ao rigor científico nem colocar em risco a vida dos  
2117 participantes. Enfatizou a necessidade de garantir ao CNS número de vagas equivalente ao  
2118 total de representantes do Executivo e das fundações de amparo presentes na INAEF, bem  
2119 como de assegurar a coordenação adjunta da instância, para que o Conselho não tivesse  
2120 papel meramente figurativo. Finalizou afirmando que a recomendação se tornava necessária  
2121 justamente porque, em todas as etapas anteriores, as posições do CNS haviam sido ignoradas,  
2122 em razão de interesses econômicos que atravessavam o campo da ética em pesquisa, e  
2123 reiterou que o Conselho não era um órgão consultivo, mas deliberativo. Conselheira **Veridiana**  
2124 **Ribeiro da Silva** saudou a mesa e afirmou que o Plenário estava fazendo história ao enfrentar  
2125 de maneira unificada um tema tão sensível. Recordou que, em reunião anterior, já havia  
2126 chamado atenção para a insuficiência da lei e do decreto no tratamento do termo de  
2127 consentimento, especialmente no dispositivo que permitia sua dispensa “em situações de  
2128 urgência”. Alertou que esse tipo de exceção tendia a recair, historicamente, sobre corpos  
2129 negros e vulnerabilizados, e lembrou que, durante a pandemia de COVID-19, foram pessoas  
2130 pobres e majoritariamente negras que sofreram as consequências da utilização inadequada de  
2131 medicamentos como a cloroquina. Recuperou também episódios históricos no campo da  
2132 obstetrícia e da ginecologia em que práticas experimentais haviam sido realizadas em  
2133 mulheres negras sob o mito racista de que suportariam mais dor. Relacionou esse cenário ao  
2134 tratamento destinado a pessoas com anemia falciforme, frequentemente alvo de suspeitas  
2135 injustas sobre uso de analgésicos. Defendeu que a lei e o decreto precisavam incorporar com  
2136 clareza a exigência do consentimento informado e reiterou que os corpos negros eram sujeitos  
2137 de direitos e deveriam ter garantida sua autonomia. Criticou os interesses econômicos da  
2138 indústria farmacêutica, citando casos de corrupção, e afirmou que apenas a aprovação integral  
2139 da recomendação e o ingresso do CNS como *amicus curiae* seriam compatíveis com a defesa  
2140 ética necessária. Manifestou preocupação com pautas que chegavam tardiamente ao  
2141 Conselho, já sob a forma de lei ou decreto, e fez apelo ao governo para que fortalecesse a  
2142 participação do CNS desde o início dos processos normativos. Conselheira **Camila Lima**  
2143 afirmou que as falas anteriores já haviam contemplado diversos aspectos, mas destacou a  
2144 necessidade de refletir sobre a situação das pessoas travestis e transexuais negras, que viviam  
2145 vulnerabilidades agravadas pela soma do racismo e da transfobia. Considerou que, se já eram  
2146 necessárias lutas permanentes para garantir ética mesmo no cenário atual, seria ainda mais  
2147 arriscado viver em um ambiente regulatório que fragilizasse a proteção dos participantes de  
2148 pesquisa. Ressaltou que, mesmo quando medicamentos eram desenvolvidos, ainda havia  
2149 obstáculos relacionados às patentes e ao acesso, o que afetava diretamente os grupos em  
2150 situação de maior vulnerabilidade. Defendeu que a sociedade civil se unisse e que o CNS se  
2151 posicionasse de forma contundente, porque seriam as populações de travestis e transexuais as  
2152 primeiras a sofrer impactos em contextos de negligência ética. Conselheira **Carmen Ferreira**  
2153 **Santiago** afirmou que o conjunto das intervenções havia resgatado a memória histórica do  
2154 Sistema CEP/CONEP e destacou que cabia ao pleno dar continuidade à luta ancestral pela  
2155 defesa da vida e da ética em pesquisa. Sustentou que o Conselho não poderia se furtar à  
2156 responsabilidade de ingressar como *amicus curiae*, cabendo à composição atual honrar a  
2157 trajetória construída. afirmou que o país vivia uma verdadeira luta de classes, na qual



2158 interesses de mercado buscavam transformar a lei em instrumento de mercantilização da vida,  
2159 e que cabia ao CNS atuar na resistência. Destacou como positiva a fala da conselheira Eliane  
2160 Cruz, quando afirmou que Ministério da Saúde e CNS não eram inimigos, mas estavam do  
2161 mesmo lado, ainda que equívocos tivessem ocorrido na elaboração do decreto. Defendeu que  
2162 a recomendação apresentada apontava caminhos para correção desses problemas e deveria  
2163 ser aprovada integralmente. Informou que a CUT avaliava ingressar também como *amicus*  
2164 *curiae* e antecipou que a Central não se furtaria a essa responsabilidade, enquanto entidade  
2165 representante de usuários do SUS. Reafirmou que o CNS tinha papel histórico na defesa da  
2166 vida e da soberania sanitária e deveria se manter firme na luta. Encerradas as falas, a  
2167 Presidenta do CNS expressou satisfação pela profundidade, coerência e convergência das  
2168 falas e avaliou que o Conselho enfrentava, com maturidade e sabedoria, um problema criado  
2169 pelo Congresso Nacional e agravado por falhas na articulação entre o governo e o controle  
2170 social. Destacou que o debate demonstrava compromisso coletivo com a defesa da vida e da  
2171 participação social e recordou episódios da pandemia, incluindo a atuação do então  
2172 coordenador da CONEP, **Jorge Venâncio**, que havia desempenhado papel decisivo na  
2173 contenção de abusos e que agora enfrentava novo processo judicial em virtude de sua  
2174 atuação. Inclusive apelou às entidades e às assessorias jurídicas que oferecessem apoio  
2175 concreto ao pesquisador. A seguir, devolveu a palavra à mesa para as manifestações finais.  
2176 Conselheira **Ana Lúcia Paduello**, coordenadora da CONEP/CNS e Coordenadora Adjunta do  
2177 GTT/INAEP (*participação de forma virtual*), afirmou que o CNS havia conduzido o ponto de  
2178 pauta com clareza e unidade, deixando evidente que o Conselho era contrário à lei imposta e  
2179 crítico ao decreto publicado. Ressaltou que não cabia atribuir responsabilidades externas, uma  
2180 vez que todos faziam parte do mesmo governo, e que era necessário retomar o diálogo para  
2181 ajustar o que fosse possível dentro dos limites da legislação. Reforçou que o decreto, embora  
2182 não pudesse alterar a lei, poderia avançar até onde esta não impedisse, e defendeu que a  
2183 recomendação do CNS expressava as prioridades do controle social. Solicitou que o Plenário  
2184 aprovasse a recomendação e o ingresso do Conselho como *amicus curiae* na Ação. Finalizou  
2185 reconhecendo o trabalho voluntário dos mais de 16 mil integrantes do sistema CEP e dos  
2186 participantes de pesquisa em todo o país, reafirmando o compromisso público da CONEP com  
2187 a ética e a proteção da vida. A integrante do GTT/INAEP, **Roseli Mieko Yamamoto Nomura**,  
2188 (*participação de forma virtual*), iniciou sua fala agradecendo as manifestações apresentadas ao  
2189 longo do debate e afirmou que se sentia satisfeita ao observar a convergência das posições do  
2190 Plenário. Declarou que o Conselho assumira seu papel com clareza ao defender a proteção  
2191 ética dos participantes de pesquisa e expressou esperança de que as recomendações  
2192 discutidas fossem efetivamente implementadas. Enfatizou que o papel da CONEP precisava  
2193 ser devidamente explicitado no novo contexto normativo, para evitar prejuízos tanto ao  
2194 desenvolvimento científico quanto à saúde e à segurança das pessoas envolvidas em estudos  
2195 clínicos. Reforçou que o CNS deveria continuar monitorando, fiscalizando e assegurando que a  
2196 ética em pesquisa permanecesse central nas decisões públicas, agradecendo novamente ao  
2197 Plenário. Conselheira **Márcia Bandini**, coordenadora adjunta da CONEP/CNS, afirmou que  
2198 estava profundamente agradecida pelas manifestações do Pleno e ressaltou a importância de  
2199 que cada conselheiro presente reconhecesse sua responsabilidade na defesa da ética em  
2200 pesquisa. Dirigiu agradecimento especial à conselheira Eliane Cruz, destacando a coerência de  
2201 sua postura e reconhecendo que o grupo de transição havia iniciado seus trabalhos de forma  
2202 equivocada, mas que haveria oportunidade de retomar o diálogo na reunião seguinte.  
2203 Reafirmou que, enquanto a lei estivesse em vigor, caberia ao Ministério da Saúde abrir espaço  
2204 para discutir e aprimorar o decreto, desde que tais mudanças não contrariassem a legislação,  
2205 conforme apontado pela AGU. Sustentou que melhorar o decreto era possível e necessário, e  
2206 apresentou três pontos que deveriam orientar tanto a recomendação do CNS quanto a atuação  
2207 do gabinete ministerial. Primeiro, destacou que o conhecimento acumulado em três décadas de  
2208 sistema CEP/CONEP era inegociável e precisava ser incorporado à transição. Segundo,  
2209 defendeu que a coordenação adjunta da INAEP não apresentava impedimento legal e deveria  
2210 ser garantida como reconhecimento justo ao papel histórico do CNS. Terceiro, argumentou que  
2211 a paridade de representação era fundamental, observando que, na prática, haveria doze  
2212 assentos do setor governamental e dos fundos de amparo à pesquisa, número que deveria ser  
2213 igualado pelo controle social. Criticou a possibilidade de que o grupo de especialistas da nova  
2214 instância fosse constituído “de cima para cima”, afirmando que a ética em pesquisa se  
2215 construía a partir da base e não por decisões unilaterais. Finalizou dizendo esperar que o  
2216 Ministro da Saúde não ficasse marcado como alguém que desmontara o sistema CEP/CONEP  
2217 e criticou atitudes que publicamente condenavam a lei, mas que, nos bastidores, a defendiam.

2218 Afirmou que o sistema CEP/CONEP representava um sonho plantado há mais de três décadas  
2219 e que esse sonho permanecia vivo. Conselheira **Eliane Aparecida Cruz** solicitou um minuto de  
2220 silêncio em razão do assassinato do ex-presidente do PT Paulista e ex-deputado estadual,  
2221 Paulo Frateschide, informando a notícia com grande consternação. Após o silêncio, retomou a  
2222 palavra para destacar que os temas de ética em pesquisa e bioética eram de extrema  
2223 relevância e deveriam ser aprofundados em períodos futuros. Revisou fundamentos históricos  
2224 da bioética, como o Relatório Belmont e os experimentos antiéticos conduzidos com a  
2225 população negra nos Estados Unidos. Explicou que a bioética contemporânea avançara para  
2226 princípios de prudência, prevenção, precaução e proteção, alinhados à concepção latino-  
2227 americana de uma bioética participativa e libertadora. Afirmou que a lei aprovada não  
2228 representava essa compreensão e reiterou que a visão do CNS se ancorava em autonomia e  
2229 participação social. Assinalou que o momento vivido era de transição, no qual nenhum ator  
2230 possuía respostas prontas, sendo necessário construir coletivamente a ampliação da  
2231 participação social, a coordenação adjunta e a inclusão efetiva dos participantes de pesquisa  
2232 na nova instância. Registrou que a bancada do governo se absteria na votação, tanto em  
2233 relação ao ingresso na ADI quanto à recomendação, afirmando que não havia contradição  
2234 entre participar da INAEP e ingressar como *amicus curiae*. Por fim, respondeu à crítica dirigida  
2235 ao Ministro da Saúde, afirmando que ele possuía trajetória humanitária e coerente e que não  
2236 merecia julgamento ofensivo ao seu caráter e à sua história por conta da situação atual.  
2237 Conselheira **Francisca Valda da Silva** retomou o uso da palavra afirmando que aquele era um  
2238 momento de fortalecimento e amadurecimento do controle social. Explicou que, longe de  
2239 fragilizar o Conselho, o debate qualificava a organização interna e impulsionava a reafirmação  
2240 dos princípios do SUS: igualdade, equidade, solidariedade e universalidade. Recuperou o  
2241 surgimento da bioética a partir do Tribunal de Nuremberg, do Relatório Belmont e das  
2242 pesquisas antiéticas realizadas no Brasil, afirmando que a trajetória histórica tornava ainda  
2243 mais urgente a defesa da proteção dos participantes de pesquisa. Destacou que a indústria  
2244 farmacêutica era um dos setores mais lucrativos do capitalismo global e que interesses  
2245 econômicos pesavam fortemente na formulação das regras de pesquisa, razão pela qual o  
2246 CNS precisava adotar posição firme, especialmente diante da assimetria entre patrocinadores  
2247 e participantes. Defendeu que o Conselho ingressasse como *amicus curiae* e que fosse  
2248 articulada mobilização ampla para que entidades do CNS ou não também o fizessem. Por fim,  
2249 afirmou que era possível discutir a coordenação adjunta da INAEP, garantir a instância recursal  
2250 permanente e reafirmar o compromisso com as resoluções vigentes do CNS, reiterando que  
2251 todas as normas deveriam preservar sua função primordial que é defender a vida. Encerradas  
2252 as manifestações das convidadas, a Presidenta do CNS conduziu o processo de votação.  
2253 Primeiro, consultou o Plenário sobre a possibilidade de entrar imediatamente em regime de  
2254 votação do pedido para que o CNS ingressasse como *amicus curiae* na ADI nº 7875, proposta  
2255 pela Sociedade Brasileira de Bioética. Não havendo objeções, procedeu à votação, solicitando  
2256 que conselheiros titulares ou no exercício da titularidade manifestassem seus votos. **O**  
2257 **resultado registrado foi de 33 votos favoráveis, nenhum voto contrário e sete**  
2258 **abstenções. Deliberação: o Plenário aprovou, por maioria, a participação do CNS como**  
2259 **amigos da corte na Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADI nº. 7.875, ajuizada pela**  
2260 **Sociedade Brasileira de Bioética – SBB, que está em tramitação no Supremo Tribunal**  
2261 **Federal – STF.** Diante da aprovação, o CNS, acompanhado por sua assessoria jurídica,  
2262 tomaria as medidas necessárias para ingressar na ação. Em seguida, a Presidenta do CNS  
2263 solicitou ao conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** que procedesse à leitura integral da  
2264 Recomendação do CNS sobre alterações ao Decreto nº 12.651/2025, que regulamentava a Lei  
2265 nº 14.784/2024. O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxx de 06 de novembro de 2025.  
2266 Recomenda alterações ao Decreto no. 12.651, de 7 de outubro de 2025, que regulamenta a Lei  
2267 no. 14.784, de 28 de maio de 2024, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui  
2268 o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A Presidenta do Conselho  
2269 Nacional de Saúde - CNS, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas  
2270 pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;  
2271 pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006;  
2272 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da  
2273 legislação brasileira correlata e: considerando que a Constituição Federal de 1988, em seu  
2274 artigo 196, estabelece a "saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante  
2275 políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e  
2276 ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e  
2277 recuperação"; Considerando que o artigo primeiro da CF88 estabelece que o Estado

2278 Democrático de Direito tem como um de seus fundamentos, a dignidade da pessoa humana e  
2279 em seu artigo quinto que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza,  
2280 garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito  
2281 à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade; Considerando que a Carta  
2282 Magna também estabelece em seu artigo sexto que se constituem como direitos sociais a  
2283 educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a  
2284 previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados;  
2285 considerando a Lei 8.080/1990 que em seu artigo 15, inciso XI, determina que a União,  
2286 Estados, Municípios e Distrito Federal devem ser responsáveis pela elaboração de normas  
2287 para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância  
2288 pública; considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que o CNS,  
2289 órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais  
2290 de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e no controle  
2291 da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros,  
2292 nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no  
2293 âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de  
2294 2008); considerando que o parágrafo 1º do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012  
2295 estabelece a necessidade de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e aprovação pelo  
2296 Conselho Nacional de Saúde de programações e políticas públicas no âmbito do SUS,  
2297 especialmente no que envolve os critérios de transferências de recursos fundo a fundo;  
2298 considerando que de acordo com o Art. 33 da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, "os  
2299 órgãos e entidades administrativas, em matéria relevante, poderão estabelecer outros meios de  
2300 participação de administrados, diretamente ou por meio de organizações e associações  
2301 legalmente reconhecidas"; considerando a Resolução Nº 453/2012 em sua segunda diretriz  
2302 estabelece que o Conselho Nacional de Saúde deve respeitar os princípios da democracia,  
2303 acolhendo as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, e em  
2304 consonância com a legislação; considerando que cabe ao CNS "aprovar normas sobre ética  
2305 em pesquisas envolvendo seres humanos e outras questões no campo da bioética e  
2306 acompanhar sua implementação", conforme prevê o seu Regimento Interno, aprovado por meio  
2307 da Resolução CNS nº 765, de 19 de dezembro de 2024; considerando que a Resolução CNS  
2308 nº 647, de 12 de outubro de 2020, dispõe sobre as regras referentes à regulamentação do  
2309 processo de designação e atuação dos membros de CEP indicados por entidades do controle  
2310 social e apresenta definições sobre a participação de Representante de Participantes de  
2311 Pesquisa (RPP); considerando o disposto na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de  
2312 2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais  
2313 como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a  
2314 assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à  
2315 comunidade científica e ao Estado; considerando a Resolução CNS Nº 719/2023 que  
2316 homologou as propostas aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, entre elas, garantir  
2317 a manutenção do sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em pesquisa e Comissão Nacional de  
2318 Ética em Pesquisa) ligados ao Conselho Nacional de Saúde para garantir o controle social nas  
2319 diretrizes da pesquisa clínica com seres humanos e que o acesso a terapias após os ensaios  
2320 clínicos seja mantido; considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção  
2321 devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; considerando o  
2322 desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e  
2323 tecnológico; considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em  
2324 benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e  
2325 para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade  
2326 de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e futuras  
2327 gerações; considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da  
2328 afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o Código de  
2329 Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948; considerando  
2330 os documentos internacionais recentes, reflexo das grandes descobertas científicas e  
2331 tecnológicas dos séculos XX e XXI, em especial a Declaração de Helsinque, adotada em 1964  
2332 e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o Pacto Internacional sobre os Direitos  
2333 Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e  
2334 Políticos, de 1966; a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos,  
2335 de 1997; a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, de 2003; e a  
2336 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004; considerando que a Lei  
2337 14.874 de 28 de maio de 2024 e o decreto 12.651 de 07 de outubro de 2025 destruiu o sistema

de regulação ética existente no Brasil, constituído por 912 CEPs e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para substituí-lo por um outro sistema, tirando o controle social da avaliação ética; considerando que o decreto que regulamenta a Lei propõe que a instância nacional de ética em pesquisa (INAEP) seja predominantemente composta por 10 vagas do Poder Executivo, 2 vagas de representantes das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisas, 15 vagas de pesquisadores, e apenas 6 vagas para o CNS, sem representação de participantes de pesquisa, sem articulação com os CEPs, sem uma definição clara do perfil que será privilegiado, conferindo ao poder executivo a escolha; considerando que o decreto adota padrões excludentes com exigência de que os especialistas selecionados deverão possuir título de doutorado ou experiência profissional de, no mínimo, dez anos de atuação em comitê de ética em pesquisa com seres humanos ou em análise, condução e elaboração de protocolos de pesquisa que envolvam seres humanos; considerando que a composição da INAEP tal como proposta no decreto introduz a possibilidade de conflito de interesse no sistema, e conforme preconizam as autoridades que se manifestam no controle da integridade institucional o manejo de situações de conflito deve se estabelecer antes que os conflitos sejam claros e possam influenciar decisões. E que o interesse primário da SECTICS é justamente o desenvolvimento da ciência e tecnologia e do complexo econômico-industrial da saúde, há um potencial conflito com a máxima proteção dos participantes de pesquisa, finalidade do sistema de avaliação ética, com evidente conflito entre essas duas atividades; considerando que o papel do Estado é equilibrar é proteger os mais vulneráveis e não submeter um ao outro, em especial o que conta com o poder econômico submeter o controle social, as diretrizes de direitos humanos, as regulações éticas internacionais; considerando que o decreto é omissivo quanto a uma coordenação adjunta, e a presença do CNS pode minorar o efeito de falta de credibilidade no arranjo proposto pela Lei; considerando que há no Supremo Tribunal Federal (STF) uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) no. 7875, ajuizada pela Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) que é a principal ação em defesa do sistema de regulação ética criado pelo Conselho Nacional de Saúde em 1996; considerando que, uma vez que a Lei seja considerada inconstitucional, os efeitos da Lei e do decreto cessam e abre-se uma nova era de negociações; considerando que, enquanto a lei e o decreto estiverem em vigor, o CNS não poderá compactuar com os retrocessos já notados e anunciados em suas Reuniões Ordinárias, o Conselho propõe as seguintes recomendações de alteração do quadro normativo desenhado até o presente, durante vigência da lei e do decreto. Recomenda à Casa Civil e ao Ministério da Saúde: 1) garantir ao CNS um número de vagas equivalente ao total de representantes do Poder Executivo e das Fundações de Amparo à Pesquisa, com participação em 12 representantes indicados pelo Conselho; 2) indicar uma coordenação adjunta do CNS para a INAEP, contribuindo para uma governança compartilhada com o controle social; 3) garantir participação representativa de representante de participante de pesquisa (RPP) entre os “especialistas com notório saber e atuação relevante na área de ética em pesquisa” na INAEP; 4) respeitar a Resolução CNS 446/2011, incluindo a indicação dos CEPs para compor o grupo de “especialistas com notório saber e atuação relevante na área de ética em pesquisa”; 5) assegurar a participação da Conep no processo de formação e educação continuada dos membros dos CEPs e nos processos de credenciamentos dos CEPs; 6) reconhecer a Conep como instância recursal de caráter permanente, garantindo meios para investigação e encaminhamento de denúncias, em especial de participantes de pesquisa; e 7) assumir compromisso com as resoluções vigentes do CNS relativas à ética em pesquisa, sua função regimental, e o respeito à essa função, garantindo que novas normativas não representem retrocesso dos processos de ética em pesquisa. Que as novas resoluções/normativas sejam aprovadas pelo CNS.” Após a leitura, a Presidenta do CNS consultou o plenário sobre dúvidas ou solicitações de alteração, informando que, por não ter sido enviada com sete dias de antecedência, a recomendação exigia anuência expressa do plenário para votação imediata. Como não houve manifestações contrárias, iniciou-se a votação. **Deliberação: aprovada, por maioria, com nove abstenções, a recomendação do Conselho que solicita alterações ao Decreto nº. 12.651, de 7 de outubro de 2025, que regulamenta a Lei nº. 14.784, de 28 de maio de 2024, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.** A Presidenta do CNS registrou que o documento seria encaminhado aos órgãos competentes e agradeceu ao Plenário pela seriedade do debate, reforçando a importância da história da CONEP e do compromisso da gestão ministerial e do CNS com a defesa da vida e da ética em pesquisa. Encerrou informando que, diante do adiantado da hora, seria iniciado o intervalo para almoço, com retorno às 14h para continuidade da reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas

2398 conselheiras na manhã do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Agnelo Temrité Wadzatsé**,  
2399 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Ana Estela**  
2400 **Haddad**, Ministério da Saúde (MS); **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos  
2401 Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos  
2402 Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia**  
2403 **Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Cristiane Pereira dos Santos**,  
2404 Ministério da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia  
2405 Ocupacional (COFFITO); **Dilce Abgail Rodrigues Pereira**, União Brasileira de Mulheres  
2406 (UBM); **Edna Aparecida Alegro**, Federação Nacional das Associações Pestalozzi  
2407 (FENAPESTALOZZI); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –  
2408 FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio**  
2409 **Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM);  
2410 **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras  
2411 Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de  
2412 Medicina Veterinária – CFMV; **Josaine de Sousa Palmieri Oliveira**, Federação Nacional das  
2413 APAES (FENAPAES); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
2414 Saúde (CNTS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e  
2415 Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de  
2416 Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
2417 (ABRASCO); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
2418 Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de  
2419 Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**,  
2420 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Ruth Cavalcanti**  
2421 **Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,  
2422 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho  
2423 Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos  
2424 Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de  
2425 Fonoaudiologia (SBFA); **André Luiz Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde (MS);  
2426 **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à  
2427 Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de  
2428 Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila Francisco de Lima**,  
2429 Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); **Camila de Lima Sarmento**, Articulação  
2430 Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **César Carlos**  
2431 **Wanderley Galiza**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Eder Pereira Filho**, Central dos  
2432 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB/CGTB; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho  
2433 Federal de Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de  
2434 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de  
2435 Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior  
2436 Públicas do Brasil; **Gelson Luiz de Albuquerque**, Conselho Federal de Enfermagem  
2437 (COFEN); **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho  
2438 Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jonas Matos da Silva**, Confederação Nacional  
2439 do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Karina Hamada Iamasaki Zuge**, Aliança  
2440 Distrofia Brasil (ADB); **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Pastoral da Pessoa Idosa (PPI);  
2441 **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde (MS); **Maicon Ricardo Nunes**  
2442 **Martins**, Movimento Negro Unificado (MNU); **Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro**,  
2443 Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Maria Cecília Jorge Branco Martiniano de Oliveira**,  
2444 Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências  
2445 (AFAG); **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde (MS); **Marisa Palacios da**  
2446 **Cunha e Melo de Almeida Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral**  
2447 **Ribeiro de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil);  
2448 **Michele Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Odete Messa Torres**,  
2449 Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Rafael Gomes Ditterich**, Conselho  
2450 Federal de Odontologia (CFO); **Rosângela Dornelles**, Associação Brasileira de Apoio e  
2451 Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça; **Shirley Marshal**  
2452 **Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Thiago Soares Leitão**, Rede  
2453 Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFAFRO; **Wallace Justino de Araújo Silva**  
2454 **Apurinã**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); e **Wilson Valério da**  
2455 **Rosa Lopes**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM). Retomando, a  
2456 mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE**  
2457 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Apresentação do 2º Relatório Quadrimestral**

de Prestação de Contas 2025 do Ministério da Saúde (RQPC). **Recomendação sobre Projeto de Lei Orçamentária Anual ano de 2026 - PLOA-2026. Recomendação sobre a aplicação dos recursos mínimos constitucionais em Ação e Serviços Públicos de Saúde – ASPS – Apresentação:** conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador adjunto da COFIN; **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS. **Coordenação:** conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS, registrou que, antes do início formal da apresentação da COFIN, identificara um arquivo equivocado no servidor. Em seguida, informou que um fato considerado grave e relevante ocorrera na Câmara dos Deputados e solicitou que as conselheiras Victoria das Chagas Silva e Dilce Abgail Rodrigues se manifestassem brevemente, a fim de registrar o ocorrido e subsidiar as medidas cabíveis. Conselheira **Victoria Matos das Chagas Silva** informou que a Câmara dos Deputados havia aprovado um Projeto de Decreto Legislativo conhecido como “PDL da pedofilia”, que, em sua avaliação, representara grave retrocesso. Explicou que o texto vetara o direito de meninas vítimas de estupro ao acesso ao aborto legal e proibira o governo federal de realizar campanhas de conscientização sobre casamentos envolvendo crianças e adultos. Destacou que mais de trinta e quatro mil meninas com menos de quinze anos viviam nessa condição e considerou que o Conselho deveria se posicionar de maneira firme a esse respeito. Ressaltou que uma moção de repúdio já estava em elaboração e reconheceu o empenho das conselheiras responsáveis pela minuta. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** reiterou que a situação exigia manifestação urgente do Conselho, afirmando que decisões legislativas daquela natureza poderiam produzir impactos severos sobre a vida das mulheres. Em diálogo com outras conselheiras, mencionou que havia consultado a Presidenta do CNS e **Rosângela Dornelles** sobre a necessidade de preparar o texto da moção e afirmou que a construção se daria de forma coletiva. Em seguida, submeteu ao plenário a possibilidade de aprovação da moção naquele mesmo dia, ainda que com posterior finalização do texto. **Deliberação: o plenário aprovou, por maioria, um abstenção, a proposta de elaborar a moção, conforme sugerido. A Presidenta do CNS solicitou que a autorização fosse dada explicitamente também para a utilização do mecanismo de ad referendum, caso não fosse possível concluir o texto para apreciação naquela oportunidade. Não houve manifestações contrárias.** Após esse ponto, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** organizou a pauta, informando que haveria três deliberações: duas minutas já debatidas previamente e uma terceira referente ao 2º Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas de 2025 - RQPC. Em seguida, passou a palavra à conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, que saudou o plenário, e posteriormente ao consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia** e ao coordenador adjunto da COFIN, **Mauri Bezerra dos Santos**. O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, iniciou a apresentação com a leitura da minuta de recomendação referente à situação do Rio Grande do Sul, destacando que o documento fora elaborado em resposta a uma demanda anterior do plenário. O texto é o seguinte: “Minuta de Recomendação. Considerando a Moção de Repúdio do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul/CES-RS nº 01/2025, de 18/08/2025 (disponível em <https://www.ces.rs.gov.br/mocoes>), contra Termo de Autocomposição firmado entre o Ministério Público Estadual e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul; considerando que, conforma consta na citada Moção de Repúdio do CES-RS, a cláusula primeira desse Termo prevê o cumprimento, de forma gradual e escalonada até 2030 (sendo 9,83% em 2025, 10,68% em 2026, 11,01% em 2027, 11,35% em 2028 e 11,67% em 2029), da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde de 12% da receita de impostos e transferências de impostos pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul; considerando que a concessão do prazo até 2030 para o cumprimento da aplicação mínima legal em ações e serviços públicos de saúde pelo Estado do Rio Grande do Sul é inconstitucional e ilegal, pois esse percentual foi disciplinado inicialmente pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (com prazo inicial de transição de cinco anos para o cumprimento pleno) e mantido pela a Lei Complementar nº 141, de 2012 (sem novo prazo de transição para cumprimento desse percentual de aplicação pelos Governos Estaduais); considerando que, conforma consta na citada Moção de Repúdio do CES-RS, o citado Termo não abrangeu a compensação das despesas indevidamente computadas, em quase todos os exercícios desde 2000, para comprovação da aplicação mínima estadual, como exemplo as referentes ao pagamento de saneamento público, de contribuições ao Sistema IPE-Saúde, de contribuição patronal de pensionistas e inativos, de despesas com o Hospital da Brigada Militar e de cobertura do déficit de pensões e inativos, na medida que não serão ressarcidas ou complementadas para o financiamento estadual do



Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, o que desconsidera os prejuízos causados à saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul; considerando que, conforma consta na citada Moção de Repúdio do CES-RS, de acordo com esse Termo, há possibilidade do Governo do Estado do Rio Grande do Sul descumprir o pactuado, desde que demonstre a incapacidade finanças públicas estaduais, em desrespeito tanto aos princípios constitucionais de que a saúde é direito de todos e dever do Estado (artigo 196), cujas ações e serviços são de relevância pública (artigo 197), como ao que disciplina a Lei Complementar nº 141/2012 (que não estabelece nenhuma exceção para o cumprimento da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde pelos governos federal, estaduais e municipais); considerando que o CES-RS tem exigido da Secretaria Estadual da Saúde o cumprimento imediato, mas sem sucesso, da aplicação do piso estadual do SUS desde a promulgação tanto da Emenda Constitucional nº 29/2000, como da Lei Complementar nº 141/2012, o que tem ensejado a reprovação dos respectivos Relatórios Anuais de Gestão (RAG); considerando que, somente nos últimos dez anos (2015-2024), as Resoluções do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (referentes às análises dos Relatórios Anuais de Gestão apresentados pela Secretaria Estadual de Saúde e disponíveis em <https://www.ces.rs.gov.br/resolucoes>) apuraram que o Governo do Estado do Rio Grande do Sul deixou de aplicar R\$ 17,7 bilhões (a preços correntes) para cumprir o piso estadual do SUS, o que representou (em termos consolidados para o período) uma média anual de aplicação 39% menor do que o piso de cada ano (tendo atingido 53% e 54% menor que o piso nos anos de 2018 e 2019); considerando que o Governo do Estado do Rio Grande do Sul recebeu recursos extraordinários da União para o enfrentamento da recente situação de calamidade decorrente da tragédia climática – “R\$ 111,6 bilhões foram destinados ao Estado para ações de recuperação da infraestrutura das cidades, estímulo da economia local (empresários, indústria, serviços, trabalhadores autônomos), repasse direto às famílias e aquisição de moradias” (disponível em <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2025/04/destinacao-de-r-111-6-bilhoes-e-grande-mobilizacao-reconstrucao-do-rs-contou-com-acoes-emergenciais-e-estruturantes-do-governo-federal>) – e que ainda houve recomposição da dívida estadual junto ao governo federal, não havendo portanto justificativa para a postergação do cumprimento do piso estadual em ações e serviços públicos de saúde até 2030; considerando que essa aplicação em ações e serviços públicos de saúde abaixo do piso estadual do SUS tem comprometido negativamente as condições de saúde da população do Estado do Rio Grande do Sul, o que pode ser identificado a partir dos diversos indicadores de saúde e, também, na baixa proporção das despesas da subfunção atenção básica em saúde em relação às despesas da subfunção assistência hospitalar e ambulatorial (como exemplo dos últimos anos, 11,4%, 20,1%, 13,8%, 14,7% e 12,8% (disponível em [http://siops.datasus.gov.br/rel\\_ges\\_dt\\_estadual.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_ges_dt_estadual.php)); considerando que, conforme consta na citada Moção de Repúdio do CES-RS, o CES-RS não foi envolvido no processo de pactuação do Termo de Autocomposição entre o Ministério Público Estadual e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, em desrespeito ao princípio constitucional da participação da comunidade no SUS, devidamente regulamentado pela Lei nº 8142/90; considerando que o citado Termo firmado entre o Governo do Estado do Rio Grande do Sul e o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul representa um grave precedente para o descumprimento da Lei Complementar nº 141, de 2012 quanto à obrigatoriedade da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde pelos demais Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como fortalece a posição dos segmentos da sociedade que defendem a austeridade fiscal como prioridade que implica inclusive a necessidade de rever as vinculações constitucionais e legais dos pisos do SUS nas três esferas de governo. Recomenda: ao Governo do Estado do Rio Grande do Sul, ao Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul e ao Conselho Nacional do Ministério Público: 1) A revogação do Termo de Autocomposição firmado entre o Ministério Público Estadual e o Governo do Estado do Rio Grande do Sul que autorizou o descumprimento constitucional e legal da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde pelo Estado do Rio Grande do Sul até 2030; 2) O imediato cumprimento da aplicação mínima de 12% da receita de impostos estaduais e das transferências constitucionais de impostos federais em ações e serviços públicos de saúde pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141, de 2012, em 2025 e anos seguintes, bem como da compensação da aplicação abaixo do piso estadual do SUS em 2024; 3) O estabelecimento de um Termo de Compromisso entre o Governo do Estado do Rio Grande do Sul e o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, com a participação do Conselho Estadual de Saúde do Rio

Grande do Sul, para a compensação parcelada adicionalmente ao cumprimento do valor do piso estadual, a partir de 2026, dos valores aplicados abaixo do piso conforme apuração do Conselho Estadual de Saúde a partir de 2000. Ao Conselho Nacional do Ministério Público, às Assembleias Legislativas e aos Tribunais de Contas da União, dos Estados e dos Municípios:

4) A adoção de normas orientadoras que reforcem aos gestores federais, estaduais e municipais, bem como aos órgãos de controle externo, a obrigação do cumprimento constitucional e legal das regras de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde. Aos Conselhos Estaduais, Municipais e do Distrito Federal:

5 – A comunicação imediata ao Conselho Nacional de Saúde quando identificado (após a análise do Relatório Anual de Gestão de cada estado, município e Distrito Federal) o descumprimento da Lei Complementar nº 141/2012 quando houver descumprimento dos percentuais de aplicação mínima em ações e serviços de saúde. Durante a leitura, conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** identificou um problema no terceiro considerando, que mencionava erroneamente “descumprimento” em vez de “cumprimento” do prazo até 2030. Explicou que o termo de acordo estabelecera prazo para que o Estado atingisse o percentual mínimo de 12% em ações e serviços públicos de saúde e sugeriu que o texto deixasse explícito que o prazo concedido servia para “atingir o percentual mínimo estabelecido em lei”. O consultor técnico acolheu a alteração. Conselheira **Rosângela Dornelles** afirmou que a recomendação representava um passo importante na luta histórica pelo cumprimento do piso estadual em saúde no Rio Grande do Sul. Relatou que o Conselho Estadual já havia acionado o Conselho Nacional de Justiça e o Conselho Nacional do Ministério Público, mas recebera como resposta que não haveria competência para intervir na atuação do Ministério Público estadual, o que classificou como grave. Ressaltou que o documento seria fundamental para fortalecer o debate no estado. Conselheira **Karina Hamada Zuge** levantou dúvida sobre a redação do item três, pois o texto indicava que o descumprimento desde 2000 fora apurado pelo Conselho Estadual de Saúde, quando, na verdade, também fora comprovado pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas do Estado. Solicitou que a redação refletisse corretamente esse conjunto de apurações. O consultor da COFIN, Francisco Funcia, explicou que o texto priorizara a ênfase ao Conselho Estadual por ser uma instância que vinha sendo ignorada pelo governo estadual, mas concordou em ajustar a redação para incluir referência a “outras instâncias de controle”. Conselheira **Rosângela Dornelles** retomou a palavra para sugerir que a recomendação também enfatizasse a dimensão deliberativa dos Conselhos de Saúde, tendo em vista que o governo estadual, segundo ela, não reconhecia adequadamente essa atribuição legal. A mesa concordou em revisar a redação nesse sentido. Antes da votação, conselheiro **Anselmo Dantas** sugeriu acrescentar o encaminhamento da recomendação aos Ministérios Públicos de Contas, destacando sua atribuição constitucional de fiscalização. Propôs ainda que a COFIN passasse a produzir periodicamente um relatório, com base no SIOPS, indicando quais estados cumpriam ou descumpriam o piso constitucional. A mesa acolheu as sugestões, ponderando que o encaminhamento deveria ser dirigido aos Ministérios Públicos estaduais como um todo para garantir abrangência nacional. Diante dos ajustes acordados, a mesa colocou a recomendação em votação. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com os adendos apresentados, a recomendação sobre a aplicação dos recursos mínimos constitucionais em Ação e Serviços Públicos de Saúde – ASPS.** Na sequência, procedeu-se à análise da recomendação relativa ao Projeto de Lei Orçamentária Anual de 2026 – PLOA-2026. O consultor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, realizou a leitura da parte das recomendações, visto que o documento foi enviado com antecedência. A saber: O CNS recomenda: ao Governo Federal e ao Congresso Nacional: 1) a ampliação do valor de R\$ 245,595 bilhões que consta na programação orçamentária das despesas ASPS no PLOA 2026 da União, tanto para incorporar o valor dos restos a pagar a serem cancelados até o final do exercício de 2025 (conforme determina a Lei Complementar nº 141/2012), como para compensar, pelo menos parcialmente, a retirada de recursos do SUS no valor estimado entre R\$ 65 bilhões e R\$ 70 bilhões no período 2018-2022 (conforme estudo publicado pelo IPEA); 2) o compromisso para a redução parcial do processo de subfinanciamento do SUS durante o ano de 2026, de modo a ampliar o valor de R\$ 245,595 bilhões que consta na programação orçamentária das despesas ASPS no PLOA 2026 da União, para viabilizar tanto o aumento da participação do gasto público em saúde de 41% para cerca de 70% do total (que é o padrão internacional conforme estudo publicado pelo IPEA), como o aumento da participação federal de 42% para 50% no gasto público total do SUS para contribuir com a ampliação do gasto público em saúde em pelo menos dois pontos percentuais do PIB (que constam nas diretrizes a propostas aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde); 3) ampliar os recursos



destinados para a APS no PLOA 2026, de modo a reduzir a desproporção ainda existente em relação aos recursos alocados para ações de média e alta complexidade; 4) ampliar os recursos para o financiamento do Piso da Enfermagem no PLOA 2026 (com monitoramento e transparência na execução pelos entes federados), bem como para Pesquisas em Ciência e Tecnologia, para o Complexo Econômico-Industrial da Saúde, para as ações de vigilância em saúde e para os investimentos do PAC do Ministério da Saúde; 5) ampliar os recursos do PLOA 2026 do Ministério da Saúde para contemplar diretrizes e propostas aprovadas (e ainda não contempladas nos exercícios anteriores) pelas 16ª e 17ª Conferências Nacionais de Saúde e pelas 4ª e 5ª Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora; 6) ampliar os recursos para o Conselho Nacional de Saúde no PLOA 2026, para contemplar especialmente os recursos necessários para a realização das etapas preparatórias da 18ª Conferência Nacional de Saúde; 7) submeter a execução da programação orçamentária de 2026, referente aos valores aprovados no PLOA 2026 para transferências fundo a fundo oriundas de emendas parlamentares do Congresso Nacional, tanto ao Conselho Nacional de Saúde, como aos conselhos de saúde das localidades de destino desses recursos, na medida que os critérios de transferência desses recursos precisam ser pactuados na CIT e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde nos termos da Lei Complementar nº 141/2012. Ao Ministério da Saúde: 8) produzir relatórios regulares sobre a judicialização e o respectivo impacto orçamentário e financeiro da assistência farmacêutica, cujo conteúdo deverá ser mais detalhado comparativamente ao que tem constado nos relatórios quadrimestrais de prestação de contas e no relatório anual de gestão que o Ministério da Saúde submete ao Conselho Nacional de Saúde; e 9) estabelecer processo de trabalho em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde para a realização de reuniões periódicas entre as Secretarias do Ministério da Saúde e as comissões intersetoriais desse Conselho durante o processo de elaboração das programações de despesas com ações e serviços públicos de saúde que integrarão o Projeto de Lei Orçamentária de 2027.” Não havendo manifestações ou pedidos de alteração, a mesa colocou o texto em votação. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade.** Antes de iniciar a apresentação do 2º RQPC, conselheira **Karina Hamada Zuge** retomou o debate sobre a recomendação do Rio Grande do Sul, questionando a ausência de menção ao Ministério da Saúde no que se referia ao eventual rompimento do pacto federativo tripartite. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** disse que o tema havia sido debatido na COFIN e que se concluíra que responsabilizar o Ministério da Saúde na recomendação poderia ser contraproducente, pois o órgão federal mantivera os repasses ao estado mesmo diante do descumprimento do piso, evitando colapso do sistema local. Argumentou que a recomendação deveria centrar-se na responsabilidade do Estado e na atuação do Ministério Público estadual, já mencionada no documento. O consultor da COFIN, **Francisco Funcia** acrescentou informações sobre o considerando que tratava dos recursos extraordinários repassados pela União ao Rio Grande do Sul após a tragédia climática, destacando que o texto já contextualizava a atuação federal. Conselheira **Rosângela Dornelles** complementou afirmando que o Estado costumava cortar repasses aos prestadores que não cumpriam metas, mas não aplicava a mesma lógica em relação às próprias responsabilidades, o que deveria ser registrado. Na continuidade da apreciação deste item, o consultor técnico **Francisco Funcia** iniciou a apresentação do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas (RQPC) de 2025 (2º quadrimestre) do Ministério da Saúde. Começou pela recapitulação da estrutura obrigatória do relatório, conforme previsto na Lei Complementar nº 141, destacando que o documento continha três partes essenciais: o montante e a fonte dos recursos aplicados no período; a oferta e a produção de serviços na rede assistencial, com a verificação das metas previstas e realizadas; e o conjunto das auditorias realizadas ou em andamento. Observou que, tradicionalmente, a análise quadrimestral concentrava maior atenção na execução orçamentária e financeira, uma vez que os indicadores assistenciais e resultados de auditorias dependiam do encerramento do exercício para consolidação mais precisa. Prosseguiu com a análise dos pisos constitucionais da saúde, apresentando série histórica de 2017 a 2025. Detalhou como, em anos marcados pela pandemia, especialmente 2020, a execução do piso dependera fortemente da incorporação dos gastos com COVID-19. Recordou que, à época, o Conselho deliberara que tais despesas deveriam ser consideradas adicionais ao piso, por se tratar de créditos extraordinários destinados à emergência sanitária. Em relação a 2023, explicou que o cenário jurídico fora complexo, devido à revogação da EC 95 e à falta de consenso interpretativo sobre a vigência retroativa ou não da EC 86, resultando em múltiplas possibilidades de cálculo do piso. Indicou que, para 2024, não houve divergências, a aplicação foi R\$ 1,4 bi acima do piso e, em 2025, o piso estava estimado em R\$ 231,9 bilhões, dos quais

R\$ 150,5 bilhões já haviam sido aplicados até agosto. Ao tratar da dotação orçamentária, registrou que o valor autorizado superava minimamente o piso exigido, em conformidade com a LC nº. 141. Entretanto, alertou que os restos a pagar cancelados do exercício anterior deveriam ser compensados como aplicação adicional em 2025. Explicou que, somados ao piso, esses valores elevavam a necessidade de execução nos últimos quatro meses do ano. Destacou ainda que havia R\$ 81,9 bilhões a serem aplicados entre setembro e dezembro para cumprimento da exigência legal. Na sequência, apresentou a consolidação da execução orçamentária com base na classificação adotada pelo CNS desde 2016, esclarecendo que, embora não houvesse resolução específica, a metodologia fora aprovada pelo Pleno do CNS. Mostrou que, no consolidado: a aplicação total do Ministério da Saúde, considerando ASPS e não-ASPS, fora classificada como adequada; a aplicação apenas em ASPS fora classificada como regular, ainda que próxima do limite para "adequado"; Pessoal com aplicação preocupante; aplicação regular em Outros Custeios e Capital; Programação Própria, execução adequada; execução inaceitável das emendas parlamentares (emendas individuais apresentaram execução acima do esperado; as emendas de bancada e de comissão registraram 0% de execução até 31 de agosto; o valor não executado (R\$ 13,3 bilhões) teria de ser liquidado integralmente até dezembro para evitar descumprimento do piso). Sublinhou que, dado o reduzido espaço da dotação acima do piso, a não execução das emendas poderia comprometer o cumprimento da aplicação mínima. Apresentou ainda o detalhamento da execução por unidades e blocos orçamentários. Entre os pontos principais, registrou que: inativos (R\$ 12,4 bi) representaram valor superior ao gasto com pessoal ativo, evidenciando a representatividade dessa despesa; a execução das ações classificadas como ASPS apresentou níveis regulares de empenho e liquidação; OCC, regular; e pessoal ativo foi adequado. Prosseguindo, apresentou a análise por unidade e bloco de despesa, iniciando pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS. Informou que, no âmbito do FNS, a maior parte dos grupos de despesa relativos a Ações e Serviços Públicos de Saúde havia sido classificada com execução adequada em termos de liquidação, incluindo pisos e blocos relevantes como Pioneiras Sociais, Atenção Primária à Saúde - APS, a Média e Alta Complexidade - MAC, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, atenção básica como um todo, a vigilância sanitária e outros componentes que compunham a transferência regular do SUS. Assinalou, contudo, que o nível de liquidação das Farmácias Populares fora classificado como preocupante, embora ainda não caracterizasse, naquele momento, um problema estrutural de execução. Na mesma análise do Fundo Nacional de Saúde, registrou despesas com classificação regular, como Incentivo Financeiro, Vigilância em Saúde, Saúde Indígena, Formação, Capacitação e Provimento de profissionais para a Atenção Primária, manutenção do contrato de gestão da ADAPS (Programa Médicos pelo Brasil), Instituto Nacional do Câncer, piso da enfermagem e Farmácia Básica - PAB. Indicou outras despesas classificadas como inadequadas, como o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO e a aquisição e distribuição de medicamentos estratégicos. Ressaltou ainda itens classificados como intolerável, incluindo medicamentos do componente especializado, aquisição e distribuição de medicamentos para HIV/Aids e hospitais próprios. No grupo do FNS, citou que os itens com classificação inaceitável foram: Instituto Nacional de Cardiologia, publicidade de utilidade pública, vacinas e vacinação, manutenção administrativa do Fundo, qualificação profissional do SUS, conjunto de "outros programas" de menor valor, programa sangue e hemoderivados, serviços de processamento de dados (DATASUS), reaparelhamento de unidades do SUS, emendas do FNS, ações de vigilância epidemiológica, atenção à saúde primária especializada, fomento à pesquisa, ciência e tecnologia e combate às carências nutricionais. Na sequência, abordou a situação da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Informou que, como unidade, a Fundação havia sido classificada com nível de empenho e liquidação inaceitável, mantendo a tradição de baixíssimo desempenho na execução orçamentária. Destacou que apenas as sentenças judiciais haviam sido executadas integralmente, atingindo 100% de liquidação, e os auxílios ao servidor haviam recebido classificação adequada. Assinalou, porém, que manutenção administrativa, outros programas, saneamento básico e demais ações ligadas à FUNASA e as emendas parlamentares vinculadas à Fundação haviam sido classificadas como inaceitáveis, demonstrando graves dificuldades na execução de políticas estruturantes. Sobre a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, relatou que, enquanto unidade, o nível de empenho havia sido considerado preocupante, mas a liquidação alcançara cerca de 67%, o que permitiria classificá-la como adequada. Informou que manutenção de unidades de pesquisa, vacinas e vacinação, manutenção administrativa e auxílios ao servidor haviam sido classificados como adequados. Destacou que estudos e pesquisas aparecem como regulares, enquanto outros

2758 programas foram considerados inadequados e dois componentes – modernização das  
2759 unidades de pesquisa e emendas da Fiocruz – receberam classificação inaceitável. Em relação  
2760 ao Grupo Hospitalar Conceição - GHC, registrou que, como unidade gestora, o nível de  
2761 empenho e de liquidação fora classificado como adequado, assim como o bloco de atenção  
2762 hospitalar e auxílios ao servidor. Assinalou, porém, que as sentenças judiciais haviam recebido  
2763 classificação inaceitável e observou que os investimentos do PAC e as emendas  
2764 parlamentares destinadas ao GHC apresentavam baixa execução, com empenho elevado, mas  
2765 praticamente nenhuma liquidação até o final do segundo quadrimestre. Seguindo, falou sobre  
2766 emendas parlamentares no consolidado do Ministério da Saúde, explicando que, com exceção  
2767 das emendas individuais, todas as demais haviam registrado níveis de execução muito baixos  
2768 ou nulos, o que explicava a classificação inaceitável da execução orçamentária e financeira das  
2769 emendas como um todo, tanto no empenho quanto na liquidação. Informou que, em 2024, as  
2770 emendas parlamentares haviam representado 11,35% do total das ações e serviços públicos  
2771 de saúde e que, em 2025, a dotação atualizada correspondia a 11,36% do orçamento do  
2772 Ministério da Saúde. No entanto, até o final de agosto de 2025, apenas 7,25% dessas  
2773 emendas haviam sido empenhadas e 5,41% liquidadas, com cerca de 26% do montante ainda  
2774 indisponível (crédito contingenciado), o que representava quase R\$ 10 bilhões não liberados  
2775 para empenho pela área econômica do governo. Na análise dos principais grupos de despesa  
2776 em ASPS, apresentou a lista das rubricas cuja liquidação acumulada superava R\$ 1 bilhão,  
2777 lembrando que esses itens respondiam por cerca de 87% de toda a despesa em ações e  
2778 serviços públicos de saúde do Ministério da Saúde. Entre tais grupos, citou Média e Alta  
2779 Complexidade, Piso de Atenção Primária, Emendas do FNS, Transferências a entes  
2780 federativos para pagamento de agentes comunitários de saúde, Medicamentos do Componente  
2781 Especializado, Piso da Enfermagem, Programa Médicos pelo Brasil, Farmácias Populares,  
2782 Incentivo Financeiro, Vigilância em Saúde, Vacinas e Vacinação, Reparelhamento de  
2783 Unidades do SUS, Farmácia Básica, Saúde Indígena e Qualificação Profissional do SUS.  
2784 Informou que, em termos de liquidação, MAC e Piso de Atenção Primária haviam sido  
2785 classificados como adequados, assim como as Transferências para Pagamento dos agentes  
2786 comunitários de saúde. Assinalou que piso da enfermagem, formação e capacitação, Médicos  
2787 pelo Brasil, incentivo financeiro, vigilância em saúde, Farmácia Básica e saúde indígena  
2788 haviam sido classificados como regulares. Destacou que emendas do Fundo Nacional de  
2789 Saúde, vacinas e vacinação, reapearelhamento de unidades do SUS e qualificação profissional  
2790 do SUS haviam sido considerados inaceitáveis. Apresentou, ainda, quadro com as dotações e  
2791 os valores indisponíveis (contingenciados) em diversos grupos de despesa, representando  
2792 67%. Explicou que, entre dotações que, somadas, representavam aproximadamente dois  
2793 terços do orçamento do Ministério da Saúde, havia ainda valores contingenciados que  
2794 totalizavam cerca de R\$ 10 bilhões. Entre os itens com indisponibilidade superior a 10% da  
2795 dotação, citou combate às carências nutricionais, fomento à pesquisa, ciência e tecnologia,  
2796 atenção à saúde primária especializada, ações de vigilância epidemiológica, reapearelhamento  
2797 de unidades do SUS, hospitais próprios, outros programas, manutenção administrativa,  
2798 qualificação profissional do SUS, programa sangue e hemoderivados, emendas do Fundo  
2799 Nacional de Saúde e o Instituto Nacional de Câncer - INCA. Ao tratar da execução  
2800 orçamentária e financeira por programa, informou que, no segundo quadrimestre de 2025, o  
2801 único programa que havia alcançado liquidação classificada como adequada fora o programa  
2802 de gestão e manutenção do Poder Executivo. Relatou que os programas de qualificação da  
2803 assistência farmacêutica, atenção especializada, atenção primária à saúde e saúde indígena  
2804 haviam recebido classificação regular. Em contrapartida, apontou que os programas de  
2805 pesquisa, desenvolvimento, inovação, produção, segurança alimentar e nutricional e combate à  
2806 fome, saneamento básico e outros encargos especiais haviam sido classificados como  
2807 inaceitáveis. Na análise dos hospitais próprios e institutos federais no Rio de Janeiro, assinalou  
2808 que os hospitais próprios apresentavam níveis de empenho e liquidação em torno de 51% e  
2809 45,67%, respectivamente, classificados como inadequados, ou, em alguns casos, intoleráveis  
2810 diante dos parâmetros adotados. Informou que o Instituto Nacional de Câncer havia alcançado  
2811 execução regular, enquanto o Instituto Nacional de Cardiologia e as emendas parlamentares  
2812 associadas a esses hospitais haviam sido classificados como inaceitáveis, em função da  
2813 ausência de execução relevante até o final do quadrimestre. Seguindo, passou à situação dos  
2814 restos a pagar, salientando que o relatório apresentava o montante inscrito e reinscrito para  
2815 pagamento durante o ano, o valor já pago e o percentual ainda pendente. Informou que o total  
2816 de restos a pagar inscritos e reinscritos atingira cerca de R\$ 36,3 bilhões, dos quais  
2817 aproximadamente R\$ 21,5 bilhões haviam sido pagos, restando em torno de R\$ 14,5 bilhões a

2818 pagar, o que correspondia a cerca de 40% do total, classificação considerada inaceitável.  
2819 Destacou que as secretarias com maiores saldos a pagar, em termos proporcionais, incluíam a  
2820 Secretaria de Atenção Especializada em Saúde, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, a  
2821 Secretaria de Informação e Saúde Digital e a FUNASA. Ao comparar a situação de restos a  
2822 pagar de 31 de agosto de 2025 com aquela de 31 de agosto de 2024, o consultor informou que  
2823 haviam sido inscritos e reinscritos cerca de R\$ 4 bilhões a mais, com cancelamento  
2824 ligeiramente menor (cerca de R\$ 193 milhões a menos). Assinalou que os pagamentos haviam  
2825 aumentado em torno de R\$ 460 milhões, o que resultara num saldo a pagar um pouco menor  
2826 (aproximadamente R\$ 810 milhões a menos), ainda que, em termos absolutos, os valores  
2827 continuassem elevados. Ressaltou que não havia saldo financeiro suficiente na conta do Fundo  
2828 Nacional de Saúde para cobrir integralmente os restos a pagar, mas lembrou que a União  
2829 operava sob o princípio do caixa único, de modo que os repasses à conta do fundo eram feitos  
2830 pela área econômica conforme a programação de pagamentos, situação distinta da realidade  
2831 de estados e municípios, que precisavam evidenciar saldos nas contas específicas. Na  
2832 sequência, apresentou os dados das transferências realizadas aos estados, Distrito Federal e  
2833 municípios no segundo quadrimestre de 2025, destacando a diferenciação entre modalidades  
2834 convenientes (classificações 30 e 40) e transferências fundo a fundo (classificações 31 e 41),  
2835 tanto para estados quanto para municípios. Reforçou que a legislação vigente estabelecia que  
2836 a maior parte das transferências deveria ocorrer na modalidade fundo a fundo, e informou que  
2837 os dados confirmavam esse cumprimento, com predominância das transferências automáticas  
2838 sobre os convênios. Indicou que o relatório trazia a distribuição dos valores por região e por  
2839 unidade federativa, permitindo análise detalhada por território. Na parte final da apresentação,  
2840 passou a comentar os resultados da Programação Anual de Saúde - PAS, no que se referia às  
2841 metas previstas e realizadas até o segundo quadrimestre. Explicou que o relatório apresentava  
2842 as faixas de cumprimento das metas em cinco intervalos: até 25%; de 25% a 50%; de 50% a  
2843 75%; de 75% a 100%; e acima de 100%. No Objetivo 1 – promover a ampliação e a  
2844 resolutividade das ações e serviços de Atenção Primária à Saúde de forma integrada e  
2845 planejada, informou que, das 19 metas, 14 encontravam-se nas faixas acima de 50% até 75%  
2846 e de 75% até 100%, o que foi considerado adequado para o momento do exercício, já que a  
2847 expectativa era que o alcance de 100% se consolidasse até o final do ano. No Objetivo 2 –  
2848 promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada, visando à qualificação  
2849 do acesso e à redução das desigualdades regionais, destacou situação semelhante: das 22  
2850 metas, 17 também se concentravam nas faixas acima de 50% até 75% e de 75% até 100%,  
2851 padrão que também podia ser considerado adequado para o segundo quadrimestre. Ao tratar  
2852 do Objetivo 3 – reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção  
2853 e controle, sinalizou maior preocupação. Informou que, embora houvesse concentração nas  
2854 faixas de 50% a 75% e de 75% a 100%, havia também proporção significativa de metas com  
2855 baixo cumprimento: cinco metas estavam até 25% e uma entre 25% e 50%, totalizando cinco  
2856 de 16 metas (cerca de um terço) em situação considerada baixa, o que chamava atenção do  
2857 ponto de vista do provável cumprimento ao final do exercício. No Objetivo 4 – fomentar a  
2858 produção do conhecimento científico, promovendo o acesso da população às tecnologias em  
2859 saúde de forma equitativa, igualitária, progressiva e sustentável, registrou que a maior parte  
2860 das metas se concentrava novamente nas faixas acima de 50% até 75% e de 75% até 100%,  
2861 quadro avaliado como aceitável naquele momento. Ao comentar o Objetivo 5 – promover ações  
2862 que garantissem e ampliassem o acesso da população a medicamentos e insumos  
2863 estratégicos com qualidade, segurança, eficácia e em tempo oportuno, promovendo o uso  
2864 racional, destacou que quase metade das metas (cerca de 45%) encontrava-se na faixa entre  
2865 50% e 75%, ainda sem alcançar patamares mais elevados, o que foi apontado como motivo de  
2866 preocupação. Sobre o Objetivo 6 – fortalecer a proteção, promoção e recuperação da saúde  
2867 indígena, informou que havia concentração de metas nas faixas de 50% a 75%, de 75% a  
2868 100% e acima de 100%, o que indicava ritmo de execução considerado aceitável para o  
2869 momento. No Objetivo 7 – aperfeiçoar a gestão do SUS, visando à garantia do acesso a bens e  
2870 serviços equitativos e de qualidade, apontou que havia forte concentração de metas nas faixas  
2871 de 75% a 100% e acima de 100%, sinalizando resultados globais satisfatórios no campo da  
2872 gestão até o segundo quadrimestre de 2025. Por fim, abordou o componente de auditorias.  
2873 Informou que, ao comparar o segundo quadrimestre de 2025 com o mesmo período de 2024,  
2874 havia sido observada uma redução de 52% no número de auditorias em determinado recorte  
2875 comparável, o único para o qual havia dados em ambos os períodos. Detalhou que, em alguns  
2876 objetos, como a atenção básica, a queda fora ainda mais acentuada, em torno de 82%,  
2877 enquanto, na gestão, o número de auditorias teria dobrado, porém sobre valores absolutos

2878 ainda pequenos. Destacou também que, fora do bloco de financiamento, havia ocorrido  
2879 redução de 14%. Apontou que, no quadro de classificação das auditorias, aproximadamente  
2880 76% dos resultados apresentaram não conformidades, o que reforçava a necessidade de  
2881 acompanhamento das recomendações e medidas corretivas. Encerrando a apresentação,  
2882 procedeu à leitura da minuta de recomendação ao Sr. Presidente da República para a adoção  
2883 de medidas corretivas urgentes até o final do exercício de 2025, que promovam a execução  
2884 orçamentária e financeira do Ministério da Saúde para a implementação de ações e serviços  
2885 públicos de saúde para cumprir as diretrizes para o estabelecimento das prioridades para 2025  
2886 aprovadas pela Resolução CNS nº 745, de 14 de março de 2024. O texto é o seguinte: "(...)  
2887 Considerando os dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012, em especial os artigos 14 e  
2888 24, e o disposto no Art. 41 da Lei Complementar nº 141/2012, do qual deriva a competência do  
2889 CNS para encaminhar as indicações de medidas corretivas decorrentes da análise do Relatório  
2890 de Prestação de Contas Quadrimestral do Ministério da Saúde (MS) ao Presidente da  
2891 República; considerando a análise do Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do 2º  
2892 Quadrimestre de 2025 realizada pela Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho  
2893 Nacional de Saúde (Cofin/CNS), que faz parte dessa Recomendação como Anexo;  
2894 considerando que a indisponibilidade orçamentária de aproximadamente R\$ 10 bilhões para as  
2895 despesas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS) apurada no final do 2º  
2896 quadrimestre/2025 resulta em valor orçamentário disponível para empenhos inferior à soma do  
2897 piso federal do SUS estimado em R\$ 231,8 bilhões com o valor da aplicação adicional a esse  
2898 piso que deve ocorrer como compensação dos restos a pagar cancelados em 2024 no valor de  
2899 R\$ 506 milhões (como determina a Lei Complementar 141/2012); considerando a reincidência  
2900 dos baixos níveis de liquidação, no segundo quadrimestre de 2025, de vários itens de  
2901 despesas que agrupam ações orçamentárias programadas para o atendimento do conjunto das  
2902 necessidades de saúde da população (a maioria dessas ocorrências tem se repetido desde o  
2903 1º quadrimestre/2016); considerando os elevados valores de saldos a pagar dos Restos a  
2904 Pagar até o final do 2º quadrimestre de 2025, especialmente os não processados, que  
2905 caracterizam despesas não liquidadas pelo Ministério da Saúde e, portanto, ainda não  
2906 efetivadas como ações e serviços públicos de saúde para o atendimento das necessidades da  
2907 população, e sem qualquer indicativo de planejamento no Relatório de Prestação de Contas do  
2908 2º quadrimestre de 2025 para execução dessas despesas no curto prazo (inclusive das mais  
2909 antigas, cujos empenhos são anteriores a 2024); considerando a insuficiência financeira das  
2910 contas bancárias vinculadas ao Ministério da Saúde em relação aos valores de Restos a Pagar  
2911 e dos empenhos a pagar no final do 2º Quadrimestre de 2025, situação que tem se repetido a  
2912 cada quadrimestre; e considerando a necessidade de aumentar as atividades de auditoria e  
2913 controle do Ministério da Saúde no 3º quadrimestre de 2025, bem como de adotar providências  
2914 de monitoramento dos recursos federais do SUS transferidos para os Estados, Distrito Federal  
2915 e Municípios de modo a reverter as não conformidades identificadas nessas ações de auditoria  
2916 realizadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Recomenda: ao Exmo. Sr.  
2917 Presidente da República a adoção de medidas corretivas urgentes até o final do exercício de  
2918 2025, que promovam a execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde para a  
2919 implementação de ações e serviços públicos de saúde para cumprir as diretrizes para o  
2920 estabelecimento das prioridades para 2025 aprovadas pela Resolução CNS nº 745, de 14 de  
2921 março de 2024 (disponível em <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2024/resolucao-no-745-de-14-de-marco-de-2024/view>): 1. viabilizar  
2922 junto à área econômica do governo federal a solução imediata da indisponibilidade  
2923 orçamentária de aproximadamente R\$ 10 bilhões para as despesas com ações e serviços  
2924 públicos de saúde, de modo a cumprir o que determina a Lei Complementar 141/2012 – a  
2925 disponibilidade orçamentária para empenhos no período de setembro a dezembro/2025  
2926 somada à despesa empenhada até 31 de agosto de 2025 deve corresponder a pelo menos ao  
2927 valor do piso federal do SUS para o exercício de 2025 somado ao valor da aplicação adicional  
2928 a esse piso que deve ocorrer como compensação dos restos a pagar cancelados em 2024. 2.  
2929 Executar imediatamente as despesas a serem realizadas para o desenvolvimento de ações e  
2930 serviços públicos de saúde para empenhar e/ou liquidar com celeridade para atender as  
2931 necessidades de saúde da população, especialmente daquelas cuja execução obteve a  
2932 classificação de “inadequado”, “intolerável” e/ou “inaceitável” pela avaliação realizada pelo  
2933 Conselho Nacional de Saúde e daquelas cujo grau de alcance das metas realizadas em  
2934 relação às previstas na Programação Anual de Saúde sejam inferiores a 75%. 3. Acelerar a  
2935 execução das despesas com ações e serviços públicos de saúde nos meses de novembro e  
2936 dezembro de 2025, inclusive das inscritas e reinscritas em restos a pagar, para atender com  
2937

eficiência e eficácia as necessidades de saúde da população. 4. Ampliar as ações de controle e auditoria realizadas pelo Denasus, bem como de monitoramento dos recursos federais do SUS transferidos para os Fundos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, com medidas que contribuam para a redução das não conformidades detectadas nas ações de auditoria realizadas. 5. Acelerar a execução financeira do saldo a pagar das despesas inscritas e reinscritas em restos a pagar no 3º quadrimestre/2025, especialmente das ações 8535 (Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde – Nacional), 8581 (Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal – Nacional) e 20K7 (Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde Bucal – Nacional) que integram o Fundo Nacional de Saúde, cuja soma de cerca de R\$ 8,4 bilhões correspondeu a 73,4% do valor total a pagar de Restos a Pagar do Fundo Nacional de Saúde (R\$ 11,4 bilhões). 6. Autorizar o Ministério da Saúde para cancelar em 2025 os Restos a Pagar (especialmente os não processados) referentes a empenhos de 2023 e anos anteriores, pela inviabilidade de execução destas despesas pelo tempo decorrido até o momento, os quais deverão ser compensados em 2026 como aplicação adicional ao mínimo daquele ano, nos termos do artigo 24, inciso II, parágrafo 2º da Lei Complementar nº 141/2012, ou exigir das secretarias do Ministério da Saúde a apresentação do plano de ação para execução imediata dessas despesas (com o devido cronograma até o final de 2025 e 2026) como condição de evitar esse cancelamento. Não havendo manifestações, a mesa colocou a minuta em votação.

**Deliberação: a recomendação ao Senhor Presidente da República para a adoção de medidas corretivas urgentes até o final do exercício de 2025 foi aprovada por unanimidade.** Finalizando, o coordenador da COFIN agradeceu os demais integrantes da mesa e a todos os conselheiros e conselheiras. Comunicou que no dia 3 de dezembro seria realizada oficina, com a participação dos integrantes da Mesa Diretora e de alguns coordenadores de comissões, com o objetivo de aprofundar a construção de um instrumento normativo do Conselho - resolução ou recomendação - voltado a analisar os impactos das emendas parlamentares no financiamento do SUS. Acrescentou que esse processo visa subsidiar a atuação institucional do CNS no Congresso Nacional ainda naquele ano, especialmente durante a apreciação da Lei Orçamentária Anual, cuja tramitação permaneceu paralisada e sem deliberação sobre o PLN. Por fim, disse que o evento seria possivelmente transmitido para possibilitar o acompanhamento pelas pessoas conselheiras que não compareceram presencialmente, e a orientação era que os coordenadores presentes compartilhassem, em seus estados, o debate sobre o impacto das emendas no financiamento do SUS.

**ITEM 10 - ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas - Coordenação:** conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. 1) Encaminhamento relativo ao item 6 da pauta - "Acompanhamento do Programa "Agora Tem Especialistas". Minuta de recomendação elaborada durante a reunião. No documento, o CNS recomenda ao Ministério da Saúde que inclua os serviços interprofissionais nas Ofertas de Cuidado Integrado - OCIs, do Programa Agora Tem Especialistas, relacionadas à Oncologia; e que amplie a oferta de serviços interprofissionais nas linhas de cuidado da Oncologia, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. O texto é o seguinte: "Recomendação nº xxx, de 05 de novembro de 2025. *Recomenda a inclusão do serviço interprofissional nas Ofertas de Cuidados Integrados (OCIs) – Programa Agora Tem especialistas – relacionados à oncologia e amplie a oferta de serviços interprofissionais nas linhas de cuidado da Oncologia, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.* A Presidenta do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando o disposto no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que determina a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; considerando que o Art. 197 do mesmo diploma estipula que as ações e serviços de saúde, mesmo quando prestados pela iniciativa privada, são de relevância pública, sendo sua regulamentação, fiscalização e controle de responsabilidade do Estado, bem como que a interferência governamental é necessária para garantir a prevalência do interesse social; considerando a Lei 8.080/1990 que em seu artigo 15, inciso XI, determina que a União, Estados, Municípios e Distrito Federal devem ser



responsáveis pela elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe que o CNS, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente e deliberativo, atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008); considerando a Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017, que estabelece que os Conselhos de Saúde têm a prerrogativa e a responsabilidade objetiva de estabelecer as diretrizes para a gestão e para a atenção à saúde em sua esfera de competência; considerando a Recomendação CNS Nº 035, de 23 de agosto de 2019, que recomenda à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) que considere o conceito de sistema universal de saúde em todas as suas pactuações; considerando que o CNS refutou o modelo biomédico ao aprovar a Recomendação Nº 005, de 25 de março, de 2022, que recomendou a suspensão da implantação do Programa Cuida Mais Brasil, e reafirma a importância das Equipes de Saúde da Família para a Atenção Primária em Saúde; considerando que a Resolução nº 719, de 17 de agosto de 2023, que dispõe sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, traz no bojo de propostas aprovadas a Garantia de que todas as pessoas tenham acesso à prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, reabilitação, tratamento mais adequado e em tempo hábil ao câncer, e sejam acompanhadas através de cuidados integrais, abrangentes e eficientes; considerando estudos da OCDE que afirmam que o câncer é a terceira causa de mortalidade no país, e que uma em cada oito mortes prematuras (antes dos 75 anos) (13%) será por câncer entre 2023 e 2050. O estudo também prevê que haverá cerca de 121.300 mortes prematuras por câncer a cada ano, e a expectativa média de vida da população será 1,4 anos menor do que se não houvesse câncer; considerando que entre as metas e ações relacionadas ao ODS 3 está assegurar que os países tenham planos nacionais de controle do câncer que incluam diagnóstico precoce, tratamento e cuidados paliativos, com acesso a tecnologias e medicamentos essenciais; considerando que a Lei Nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), estabelece a garantia do atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado compatível a cada nível de atenção e evolução da doença; considerando a Portaria GM/MS nº 6.591, de 4 de fevereiro de 2025, que institui a Rede Prevenção e Controle do Câncer (RPCC), e estabelece diretrizes para uma atenção integral, interprofissional e centrada no usuário em todos os pontos da rede de atenção à saúde; considerando a Lei Nº 15.233 de 07 de outubro de 2025, que institui o Programa Agora Tem Especialistas; dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A.; altera as Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), 8.958, de 20 de dezembro de 1994, 9.656, de 3 de junho de 1998, 12.732, de 22 de novembro de 2012, 12.871, de 22 de outubro de 2013, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019; e considerando a PORTARIA GM/MS Nº 7.046, DE 30.05.2025, que Institui o Comitê de Acompanhamento para implantação, implementação e operacionalização do Programa Agora tem Especialistas no âmbito do Ministério da Saúde. Recomenda ao Ministério da Saúde: que inclua os serviços interprofissionais nas Ofertas de Cuidado Integrado - OCIs, do Programa Agora Tem Especialistas, relacionadas à Oncologia; Que amplie a oferta de serviços interprofissionais nas linhas de cuidado da Oncologia, no âmbito da Atenção Primária à Saúde”. Concluída a leitura, foi aberta a palavra para considerações sobre a redação da minuta. Foi sugerido que o texto incluísse a explicitação das siglas mencionadas, como OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - e ODS 3 - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável número 3, da Organização das Nações Unidas. Também foi proposto que fossem registrados os dados e o período de referência do estudo citado, realizado em novembro de 2024, garantindo precisão técnica; e a inclusão expressa do termo “reabilitação” no trecho que tratava do ODS 3. Houve também sugestão para que a recomendação especificasse com maior clareza quais serviços seriam recomendados para a área de oncologia, de modo a evitar generalidades que pudessem comprometer a efetividade da orientação do Conselho. Na sequência, o debate avançou para a questão de listar ou não os serviços e especialidades necessárias para o cuidado oncológico. Parte das manifestações defendeu que uma lista poderia assegurar que serviços essenciais não fossem omitidos, especialmente no âmbito da Atenção Primária, onde determinadas categorias profissionais não

estão estruturadas. Argumentou-se que a ausência de especificação poderia manter lacunas históricas na oferta de detecção precoce e cuidado inicial. Outra parte expressou preocupação de que a elaboração de uma lista fechada pudesse tornar o texto restritivo, deixando de contemplar necessidades clínicas que variam conforme o território, o tipo de câncer ou a realidade das equipes. Apontou-se que um marco mais amplo garantiria flexibilidade e alinhamento com princípios da clínica ampliada, do projeto terapêutico singular e da integralidade do cuidado, evitando uma abordagem seletiva e incompatível com a Política Nacional de Atenção Básica e com modelos de cuidado centrados na pessoa. Foi lembrado que, em diferentes políticas - como a PNAB e a discussão sobre equipes multiprofissionais - há riscos de que listas fixas reforcem disputas corporativas ou exclusões involuntárias de profissionais essenciais. Defendeu-se, portanto, que a recomendação incorporasse uma redação que assegurasse a presença de profissionais especializados conforme as especificidades de cada área oncológica, sem detalhar nominalmente cada categoria no texto, mas garantindo que as equipes fossem interprofissionais, completas e ajustadas às necessidades reais dos usuários. Após a discussão, concluiu-se que era necessário decidir entre listar ou manter formulação abrangente. A seguir, houve outras manifestações que evoluíram para a proposta de aprovar a recomendação, com inclusão, no considerando, da abordagem interprofissional nas ofertas de cuidado integrado e a precisão técnica dos conceitos mencionados. **Deliberação: a recomendação foi aprovada, por unanimidade, com o adendo. O grupo concluiria a redação final, com os ajustes aprovados.** 2) Moção de repúdio ao Projeto de Decreto Legislativo – PDL nº 3/2025, que susta decisão do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente - CONANDA sobre acesso de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual ao aborto, aprovado na Câmara dos Deputados. O texto é o seguinte: “Moção de repúdio ao Projeto de Decreto Legislativo nº 3/2025, que busca sustar a Resolução CONANDA nº 258/2024 e restringe direitos fundamentais de meninas e mulheres vítimas de violência sexual. O Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Septuagésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de novembro de 2025, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que o Projeto de Decreto Legislativo nº 3/2025, apresentado na Câmara dos Deputados, configurou afronta direta aos direitos constitucionais das mulheres, meninas e crianças, especialmente no que se refere às garantias previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990) e reafirmadas pela Resolução nº 258, de 23 de dezembro de 2024, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, que dispõe sobre a garantia do acesso aos direitos em saúde das crianças vítimas de violência sexual; considerando que o referido projeto perpetua a reprodução da pedofilia e da cultura do estupro, uma vez que, entre 2013 e 2023, foram registrados mais de 232 mil nascimentos de mães com até 14 anos de idade, faixa etária inferior ao limite de consentimento sexual previsto na legislação brasileira, caracterizando gestações infantis decorrentes de estupro de vulnerável; considerando que o Conselho Nacional de Saúde já se manifestou publicamente, em deliberações anteriores, sobre o entendimento de que “criança não é mãe, estupro não é pai”, e de que a saúde é um direito do povo e um dever do Estado, com repúdio ao rompimento dos direitos das mulheres e das crianças. Assim, o plenário do Conselho Nacional de Saúde, no uso de suas competências regimentais e diante da gravidade do conteúdo do PDL nº 3/2025, manifesta seu mais profundo repúdio à aprovação do Projeto, entendendo que retira os direitos de meninas e mulheres vítimas de violência sexual à realização do aborto legal e restringe a capacidade do governo federal em realizar campanhas de conscientização contra o casamento entre crianças e adultos”. Aberta a palavra, não houve sugestões ao texto. Assim, a mesa procedeu à votação. **Deliberação: a moção de repúdio foi aprovada por maioria, com uma abstenção com declaração de voto da conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite.** A conselheira declarou que reconhecia a diversidade de opiniões sobre o tema, mas declarou sua abstenção na votação por conta dos princípios e das orientações da CNBB, entidade que representava no CNS. 3) Indicações para a Instância Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – INAE. *Segmento dos Usuários (Forsus)*. Titulares: Ana Lúcia Marçal Paduello; Rosângela Dornelles; José Vanilson Torres da Silva; e Jacildo Siqueira. Suplentes: Lenise Aparecida Martins Garcia; Vitoria Matos das Chagas Silva; Gilson Silva; e Luiz Aníbal Vieira Machado. *Segmento dos Trabalhadores (Fentas)*. Titulares: Márcia Bandini; e Francisca Valda da Silva. Suplentes:



3118 Elaine Junger Pelaez; e Marisa Palacios da Cunha e Melo. **Deliberação: as indicações**  
 3119 **foram apresentadas por unanimidade. ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a  
 3120 mesa encerrou os trabalhos da 372ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes as  
 3121 seguintes pessoas conselheiras na tarde do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Agnelo**  
 3122 **Temrité Wadzatsé**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira  
 3123 (COIAB); **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Antonio**  
 3124 **Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e  
 3125 Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos  
 3126 Trabalhadores – CUT; **Cleide Cilene Farias Tavares**, Confederação Nacional de Saúde,  
 3127 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério  
 3128 da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia  
 3129 Ocupacional (COFFITO); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –  
 3130 FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio**  
 3131 **Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM);  
 3132 **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras  
 3133 Feministas (REDE CANDACES BR); **Josaine de Sousa Palmieri Oliveira**, Federação  
 3134 Nacional das APAES (FENAPAES); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos  
 3135 Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos  
 3136 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI; **Luiz Fernando Corrêa**  
 3137 **Silva**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**,  
 3138 Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**,  
 3139 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Rafaela**  
 3140 **Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
 3141 (ABEPSS); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Vânia**  
 3142 **Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro**  
 3143 **da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União  
 3144 Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação  
 3145 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno**  
 3146 **de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços  
 3147 (CNSaúde); **Camila Francisco de Lima**, Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS);  
 3148 **Camila de Lima Sarmento**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação  
 3149 Popular em Saúde (ANEPS); **Eder Pereira Filho**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras  
 3150 do Brasil - CTB/CGTB; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS);  
 3151 **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-  
 3152 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Gilson Silva**, Força  
 3153 Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de  
 3154 Saúde (CONASS); **Jonas Matos da Silva**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,  
 3155 Serviços e Turismo (CNC); **Karina Hamada Iamasaki Zuge**, Aliança Distrofia Brasil (ADB);  
 3156 **Maicon Ricardo Nunes Martins**, Movimento Negro Unificado (MNU); **Maria Cecília Jorge**  
 3157 **Branco Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças  
 3158 Graves, Raras e Deficiências (AFAG); **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde  
 3159 (MS); **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e  
 3160 Pescoço (ACBG Brasil); **Michele Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL);  
 3161 **Rafael Gomes Ditterich**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Rosângela Dornelles**,  
 3162 Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação  
 3163 Vida e Justiça; **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE);  
 3164 **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFRO; e  
 3165 **Wallace Justino de Araújo Silva Apurinã**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul  
 3166 (ARPIN-SUL).