

7 MINISTÉRIO DA SAÚDE
8 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
9

10 **ATA DA TRICENTÉSIMA SEPTUAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO**
11 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS**
12
13

14 Aos dez e onze dias do mês de dezembro de 2025, no Plenário do Conselho Nacional de
15 Saúde "Omilton Visconde", Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B,
16 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Septuagésima Terceira Reunião Ordinária do
17 CNS. Os objetivos da 373ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e
18 apreciar os itens do Expediente. **2)** Analisar e deliberar sobre a proposta da nova Política
19 Nacional de Regulação - PNR. **3)** Analisar, debater e deliberar sobre os informes e pareceres
20 referentes aos processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de
21 graduação da área da saúde apresentados pela Comissão Intersetorial de Relação de Trabalho
22 e Educação na Saúde - CIRTES. **4)** Examinar, debater e monitorar a implementação das
23 Diretrizes III e VI do Programa "Agora Tem Especialistas", instituído pela Portaria GM/MS nº
24 7.266, de 18 de junho de 2025. **5)** Participar e prestigiar a cerimônia de entrega da Comenda
25 Zilda Arns, em reconhecimento à trajetória da homenageada Maria Lúcia Santos Pereira Silva
26 (*in memoriam*). **6)** Analisar, discutir e deliberar sobre as proposições e demandas apresentadas
27 pela Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS. **7)** Analisar e
28 deliberar sobre os informes e encaminhamentos das Conferências de Saúde. **8)** Conhecer e
29 deliberar sobre as ações em alusão ao dezembro Vermelho, com foco na aproximação,
30 promoção, prevenção e proteção no combate ao HIV/AIDS e às ISTs. **9)** Analisar e debater os
31 resultados e desdobramentos da Conferência Global sobre Clima e Saúde - COP 30, com
32 ênfase nas implicações para as políticas públicas de saúde e meio ambiente. **10)** Analisar e
33 deliberar sobre os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as proposições das
34 Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas, bem como aprovar o
35 calendário das reuniões ordinárias do CNS para o ano de 2026. **MESA DE ABERTURA** -
36 conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana**
37 **Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. A Presidenta do CNS iniciou a sessão,
38 saudando todas as pessoas presentes e as que acompanham a reunião de forma virtual. Em
39 seguida, franqueou a palavra à conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, que
40 também fez uma saudação inicial ao Plenário do Conselho e aos internautas. **ITEM 1 –**
41 **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 373ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA**
42 **ATA DA 372ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Composição da mesa:* conselheira **Heliana**
43 **Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira**
44 **Leite**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, a mesa fez a leitura e colocou em apreciação a
45 pauta da 373ª Reunião Ordinária do CNS, enviada previamente. **Deliberação: a pauta da 373ª**
46 **Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, colocou em votação a
47 ata da 372ª Reunião Ordinária do CNS também enviada com antecedência. **Deliberação: a**
48 **ata da 372ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada com uma abstenção.** Segundo, a
49 mesa foi recomposta para o segundo item. **ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa**
50 **de ausências. Apresentação das novas nomeações de Conselheiros (as) Nacionais de**
51 **Saúde e dos(as) Coordenadores(as) Nacionais de Plenárias dos Conselhos de Saúde**
52 **presentes na Reunião. Datas representativas para a saúde no mês de dezembro.**
53 **Indicações. Relatório de atividades da Mesa Diretora - Coordenação: Gustavo Cabral,**
54 **Secretário Executivo Substituto do CNS; e conselheira Francisca Valda da Silva**, da Mesa
55 **Diretora do CNS. INFORMES - 1)** Informe sobre a atualização do boletim da Rede Feminista
56 **Nacional de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos sobre gravidez infantil no Brasil.**
57 **Apresentação:** conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** (Rede Feminista Nacional de
Saúde). Apresentou atualização do Boletim da Rede Feminista Nacional de Saúde sobre
Direitos Sexuais e Reprodutivos, com foco na gravidez infantil decorrente de estupro de
vulnerável. Alertou que, no Brasil, a cada 38 minutos uma criança se torna mãe, evidenciando
a gravidade do problema como questão de saúde pública, direitos humanos e equidade.
Destacou os recortes de gênero, raça e território, com maior incidência entre meninas negras e

58 nas regiões Norte e Nordeste. Ressaltou a existência de previsão legal para interrupção da
59 gravidez em casos de estupro e risco de vida, mas apontou falhas no acesso aos serviços do
60 SUS, ausência de profissionais capacitados e barreiras institucionais. Defendeu o
61 fortalecimento da rede de atenção, a capacitação sem juízo de valor e o compromisso político,
62 orçamentário e institucional para enfrentamento da violência sexual, lembrando a data de 10 de
63 dezembro, Dia Internacional dos Direitos Humanos. **2)** Informe sobre ações da RENAST e do
64 Fórum de Direitos Humanos da Saúde e manifestou preocupação com a conjuntura política
65 nacional e ataques a direitos sociais. *Apresentação: conselheira Carmem Santiago (CUT).*
66 Informou sobre a participação na Oficina Regional da RENAST, realizada em Recife, nos dias
67 18 e 19 de novembro, voltada à divulgação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho -
68 LDRT, com destaque para a atualização das doenças psicossociais. Relatou que as oficinas
69 regionais resultaram em planos de trabalho para ampliar o conhecimento da lista nos territórios.
70 Comunicou também a realização da última reunião de 2025 do Fórum de Direitos Humanos da
71 Saúde, sediada no Ceará, com eleição de nova coordenação e definição de plano de trabalho
72 para 2026-2027, incluindo a perspectiva de mobilizações em defesa do SUS. Por fim,
73 manifestou preocupação com a conjuntura política nacional, criticou acontecimentos recentes
74 no Congresso Nacional e expressou solidariedade ao deputado Glauber, defendendo
75 organização e mobilização das bases sociais. **3)** Informe sobre a participação na Conferência
76 Mundial de Saúde Pulmonar e Tuberculose - UNION 2025 em Copenhagen, Dinamarca.
77 *Apresentação: conselheiro Carlos Alberto Ebeling Duarte (ART TB BR).* Relatou participação
78 na UNION, realizada em Copenhague, entre 18 e 21 de novembro de 2025. Destacou o
79 contraste entre os avanços tecnológicos discutidos no evento e a realidade dos países de alta
80 carga da doença, marcados por pobreza, exclusão social, insegurança alimentar e racismo.
81 Ressaltou que, apesar da existência de prevenção, diagnóstico e tratamento, a tuberculose
82 persiste por falta de vontade política. Informou que o Brasil apresentou experiências como o
83 impacto do Programa Bolsa Família no enfrentamento da doença. Anunciou que a edição de
84 2026 da Union será realizada no Rio de Janeiro, defendendo o envolvimento ativo do CNS, do
85 Ministério da Saúde e do controle social para fortalecer a participação comunitária e avançar no
86 objetivo de eliminar a tuberculose até 2030. **4)** Informe sobre a tramitação do Projeto de Lei
87 nº 5.875 e campanha do Idec chamada “Remédio a preço justo”. *Apresentação: conselheira*
88 **Marina Paullelli (IDEC).** Apresentou dois informes. O primeiro tratou da tramitação do Projeto
89 de Lei nº 5.875/2013, que regulamenta a Rede Nacional de Dados em Saúde, manifestando
90 preocupação com dispositivos que autorizam o uso de dados pessoais de saúde para fins
91 comerciais, o que, segundo afirmou, contraria os princípios do SUS. Destacou recomendação
92 da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar para inclusão do CNS nas discussões do
93 projeto, alertando para a possibilidade de votação iminente. No segundo informe, atualizou a
94 campanha “Remédio a Preço Justo”, destacando pesquisas do IDEC que apontam variações
95 de até 600% nos preços de medicamentos entre o SUS e o varejo farmacêutico. Defendeu a
96 revisão das regras de precificação pela CMED e pela Anvisa e solicitou apoio para ampliar o
97 número de assinaturas da campanha. **5)** Informe sobre reunião da Comissão Intersetorial de
98 Saúde Mental – CISM com destaque para o debate sobre nota pública da Associação Brasileira
99 de Saúde Mental - ABRASME. *Apresentação: conselheiro José Vanilson Torres (MNPR).*
100 Relatou discussão ocorrida na Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM sobre nota
101 pública da ABRASME, que denuncia tentativa de intimidação judicial contra entidades da luta
102 antimanicomial em razão da campanha contra comunidades terapêuticas. Informou que a
103 CISM manifestou apoio à ABRASME, endossou a nota pública e solicitou apreciação do Pleno
104 do CNS para assinatura e ampla divulgação, além de recomendar convite à Advocacia-Geral
105 da União para explicações. Também relatou participação em audiência pública na Câmara dos
106 Deputados sobre violência contra a população em situação de rua, mencionando interrupções
107 decorrentes da conjuntura política, e repudiou iniciativas relacionadas à anistia dos atos de 8
108 de janeiro. **6)** Informe sobre a Lei nº 15.120/2025, que redefiniu a estrutura e a governança da
109 CONITEC e a publicação do Decreto nº 12.716/2025. *Apresentação: conselheira Priscila*
110 **Torres da Silva (Biored).** Informou sobre a Lei nº 15.120/2025 e o Decreto nº 12.712/2025, que
111 redefiniram a estrutura e a governança da CONITEC, ampliando sua composição para
112 dezessete assentos e garantindo cadeira com direito a voz e voto para organizações da
113 sociedade civil sem fins lucrativos. Explicou que a representação será rotativa, conforme a
114 temática em discussão, mediante chamada pública e critérios de qualificação técnica. Destacou
115 que, apesar das controvérsias do projeto, a mudança representa avanço na democratização da
116 avaliação de tecnologias em saúde. Informou ainda sobre a abertura de cursos do PROADI-
117 SUS para capacitação em Avaliação de Tecnologias em Saúde, incentivando conselheiras e

118 conselheiros a se qualificarem para a participação nesse espaço. 7) Informe sobre acerca da
119 nota apresentada pela Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo. **Apresentação:**
120 conselheiro **Derivan Brito da Silva** (COFFITO). Apresentou nota de repúdio da Frente
121 Estadual Antimanicomial de São Paulo, acolhida pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental.
122 Reafirmou a defesa do SUS, da reforma psiquiátrica brasileira, do controle social e de uma
123 política nacional de saúde mental construída de forma participativa. Repudiou interesses
124 privatistas e processos não pactuados com as instâncias de controle social. Solicitou
125 encaminhamento para que o CNS recomende ao Ministério da Saúde elucidação pública de
126 que a escala "Cuida SM" não integra a rotina oficial de trabalho do SUS, alertando para sua
127 divulgação indevida nas redes sociais sem validação do controle social. **JUSTIFICATIVA DE**
128 **AUSÊNCIAS** – Titular: Abrahão Nunes da Silva. Central de Movimentos Populares (CMP).
129 Usuário. Rodízio de titularidade. Titular: Agnelo Temrité Wadzatsé. Coordenação das
130 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB). Usuário. Agenda de trabalho. Titular:
131 Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos. Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais
132 Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG). Usuário. Rodízio de titularidade. Titular: Dilce
133 Abigail Rodrigues Pereira. União Brasileira de Mulheres (UBM). Usuário. Rodízio de titularidade.
134 Titular: João Donizete Scaboli. Força Sindical (FS). Usuário. Rodízio de titularidade. Titular:
135 Josaine de Sousa Palmieri Oliveira. Federação Nacional das APAES (FENAPAES). Usuário.
136 Rodízio de titularidade. Titular: Luiz Fernando Corrêa Silva. Federação Brasileira de Hospitais
137 (FBH). Prestadores de Serviços de Saúde. Agenda de trabalho. Titular: Marcia Cristina das
138 Dores Bandini. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Profissional de Saúde.
139 Agenda de trabalho. Titular: Priscila Torres da Silva. Biored Brasil. Usuário. Rodízio de
140 titularidade (participa na condição de integrante da Mesa Diretora do CNS para contribuir na
141 condução dos trabalhos). Titular: Raimundo Carlos Moreira Costa. Sindicato Nacional dos
142 Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT). Usuário.
143 Rodízio de titularidade. Titular: Renata Soares de Souza. Movimento Nacional das Cidadãs
144 Positivas (MNCP). Usuário. Rodízio de titularidade. Titular: Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda.
145 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Gestor. Participação 1º
146 Suplente. Titular: Thiago Soares Leitão. Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde
147 (RENAFRO). Usuário. Rodízio de titularidade. Titular: Vânia Lúcia Ferreira Leite. Conferência
148 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Usuário. Agenda de trabalho (ausência no 2º dia de
149 reunião e no seminário do dia 12 de dezembro). **APRESENTAÇÃO DAS NOVAS**
150 **NOMEAÇÕES DE CONSELHEIROS (AS) NACIONAIS DE SAÚDE E DOS (AS)**
151 **COORDENADORES (AS) NACIONAIS DE PLENÁRIAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE**
152 **PRESENTES NA REUNIÃO - II - ENTIDADES NACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE**
153 **SAÚDE, INCLUÍDA A COMUNIDADE CIENTÍFICA DA ÁREA DE SAÚDE.** 1º Suplente:
154 Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO) - Maria Alice Junqueira Caldas
155 (em substituição a Laís Alves de Souza Bonilha). Titular: Articulação dos Povos Indígenas
156 Região Sul (ARPIN-SUL): Claudemir Moreira Vaz (em substituição a Rildo Mendes).
157 **COORDENADORES DE PLENÁRIA:** Américo de Jesus Soares de Araújo – Maranhão –
158 Nordeste. Antonio Andrade de Souza – Amazonas – Norte. Claudemir Fernandes da Silva –
159 Roraima – Norte. Jamacyr Mendes Justino – Paraíba – Nordeste. Jefferson de Sousa Bulhosa
160 Júnior – Distrito Federal – Centro Oeste. Jose Nazareno Lima Tavares – Amapá – Norte.
161 Lindinere Jane Ferreira da Silva – Pernambuco – Nordeste. Mansour Cadais Filho – Espírito
162 Santo – Sudeste. Marcela Fardin Montenegro – Mato Grosso do Sul – Centro Oeste. Osmar de
163 Oliveira Cardoso – Piauí – Nordeste. Sueli Terezinha do Nascimento – Ceará – Nordeste.
164 Ubiracy Ferreira Suassuna – Sergipe – Nordeste. Valdir Paulino Pinheiro da Costa – Rio de
165 Janeiro – Sudeste. Wésia Nogueira de Sena – Rio Grande do Norte – Nordeste. **DATAS**
166 **REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE DEZEMBRO** – 1º/12 - Dia Internacional
167 de Luta contra a AIDS. 2/12 - Dia Pan-Americano de Saúde. 3/12 - Dia Internacional da Pessoa
168 com Deficiência. 6/12 – Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência contra
169 as Mulheres. 9/12 - Dia da Criança com Deficiência. 10/12 - Dia da Inclusão Social. 10/12 - Dia
170 Nacional e Internacional dos Direitos Humanos. 10/12- Dia Internacional dos Povos Indígenas.
171 12/12 - Dia Internacional da Saúde Universal. 13/12 - Dia Nacional da Pessoa com Deficiência
172 Visual. 14/12- Dia Nacional de Combate à Pobreza. 25/12 – Natal. 31/12 - Último dia do
173 ano/entrada para novo ano. **Solicitação de inclusão:** 9/12 – dia da pessoa fonoaudióloga.
174 **INDICAÇÕES - 1)** Convite para audiência pública para debater a importância da nomeação dos
175 profissionais aprovados para o cargo de Tecnologista do Ministério da Saúde, considerando a
176 relevância técnica dessas funções para o fortalecimento da capacidade institucional do SUS e
177 a execução de políticas estratégicas da saúde pública no país, no dia 18 de novembro de 2025,

178 em Brasília. *Indicação (referendar):* conselheiro João Pedro Santos da Silva (ANPG) (estava
179 em Brasília). **2)** Convite da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul da
180 Comissão de Saúde e Meio Ambiente para a audiência pública que debateu o tema Atrofia
181 Muscular Espinhal (AME), com foco na triagem neonatal e nas estratégias de cuidado integral
182 no RS e debate sobre a necessidade de implementação da Lei nº 14.154/2021, com a
183 realização do teste do pezinho ampliado pelo SUS, incluindo a triagem para imunodeficiências,
184 no dia 19 de novembro de 2025, no formato virtual. *Indicação (referendar):* conselheira Karina
185 Hamada Iamasaki Zuge (ADB) (Virtual e reside em POA). **3)** Convite do Conselho Estadual de
186 Saúde Paraná para participar da Oficina de Orçamento e Finanças, contribuindo com o debate
187 sobre financiamento e execução orçamentária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, no
188 dia 25 de novembro de 2025, em Curitiba. *Indicação (referendar):* conselheiro Mauri Bezerra
189 Filho (CNTSS), coordenador-adjunto da COFIN (custeio do CES/PR). **4)** Convite da Secretaria
190 de Informação e Saúde Digital para acompanhar o pré-lançamento do documentário “Tecendo
191 a Teoria Crítica da Saúde Digital”, no dia 26 de novembro de 2025. *Indicação (referendar):*
192 conselheira Shirley Marshal Diaz Morales (FNE), coordenadora da Câmara de Saúde Digital
193 (Virtual). **5)** Convite da ABEn Brasília para participar da cerimônia de posse da diretoria da
194 ABEn Nacional (Gestão 2025-2028), no dia 26 de novembro de 2025, durante o 75º Congresso
195 Brasileiro de Enfermagem - CBN, cujo tema central será “Enfermagem e os Desafios políticos,
196 ambientais e sanitários”, em Porto Alegre – RS. *Indicação (referendar):* conselheira Débora
197 Raymundo Melelli (FENAFAR) (Reside em POA). **6)** Convite da Sociedade Brasileira de
198 Fonoaudiologia - SBFa para representar o Conselho Nacional de Saúde na mesa de abertura
199 do 33º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia - CBFa, com o tema “Conekte-se. Inspire-se,
200 Transforme-se”, no dia 27 de novembro de 2025, em Santo Amaro/SP. *Indicação (referendar):*
201 conselheira Helenice Nakamura (CFFA) (Reside em São Paulo). **7)** Convite para Audiência
202 Pública com o objetivo de instruir o PL nº. 2.563/2021, que institui, em âmbito nacional, o julho
203 Neon como mês da saúde bucal, no dia 27 de novembro de 2025. *Indicação (referendar):*
204 conselheiro Anselmo Dantas (FIO), Coordenador da CISB, (Virtual). **8)** Convite do Cerimonial
205 do Gabinete do Ministro da Saúde para participar das atividades a serem realizadas na cidade
206 do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, dia 28 de novembro de 2025, às 11h30 e às
207 15:00 (Atividades estratégicas do Agora tem Especialistas). *Indicação (referendar):* conselheiro
208 Paulo Henrique Scrivano Garrido (ASFOC) (Reside no Rio). **9)** Convite da Associação Nacional
209 de Pós-graduandos (ANPG) para participar do 46º Conselho Nacional de Associações de Pós-
210 Graduandos - CONAP da ANPG, com o tema “Ciência, Trabalho e Soberania”, nos dias 28 e
211 30 de novembro de 2025, em Salvador. *Indicação (referendar):* conselheiro João Pedro Santos
212 da Silva (ANPG) (Estava na atividade). **10)** Convite do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas
213 em Nutrição e Saúde/USP, em parceria com o Ministério da Saúde, a Fiocruz Brasília, a
214 OPAS/OMS e o Centro de Excelência contra a Fome do Programa Mundial de Alimentos
215 (WFP), para acompanhar o lançamento oficial da série especial da revista científica *The*
216 *Lancet: “Alimentos Ultra processados e Saúde Humana”*, um marco global que reúne as mais
217 recentes evidências sobre os impactos dos alimentos ultra processados na saúde e nas
218 políticas públicas, no dia 3 de dezembro de 2025, no formato Virtual. *Indicação (referendar):*
219 conselheira Ruth Cavalcanti Guilherme (ASBRAN), coordenadora da CIAN (virtual). **11)** Convite
220 da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ para participar do Evento Central de
221 celebração do 75º aniversário da UERJ, dia 4 de dezembro de 2025, no Rio de Janeiro.
222 *Indicação (referendar):* Conselheiro Paulo Henrique Scrivano Garrido (ASFOC) (Reside no
223 Rio). **12)** Convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES e do
224 Departamento de Gestão e Provimento Profissional para o SUS - DEGEPS para participar
225 compondo a mesa de abertura do Seminário de Marco Intermediário das Pesquisas com
226 Resultados do Programa Mais Médicos, a ser realizado nos dias 4 e 5 de dezembro de 2025,
227 em Brasília-DF. *Indicação (referendar):* Conselheira Francisca Valda da Silva (ABEn) (Custéio
228 SGES). **13)** Convite do Presidente da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Mario Moreira, para
229 participar da solenidade de outorga do título de Pesquisadora Emérita a Nísia Trindade Lima,
230 no dia 9 de dezembro de 2025, na FIOCRUZ RJ. *Indicação (referendar):* conselheiro Paulo
231 Henrique Scrivano Garrido (ASFOC) (Reside no Rio). **14)** Convite do Fórum dos Presidentes
232 FP CONDISI para participar da 11ª Reunião Ordinária do Fórum de Presidentes de Conselhos
233 Distritais de Saúde Indígena, na manhã do dia 9 de dezembro de 2025, em Brasília. *Indicação*
234 *(referendar):* conselheira Vânia Leite, integrante da MD e coordenadora da CISI (Reside em
235 Brasília). **15)** Convite da Coordenação de Atenção à Saúde do Homem do Departamento de
236 Gestão do Cuidado Integral da Secretaria de Atenção Primária à Saúde -
237 COSAH/DGCI/SAPS/MS, em parceria com o Núcleo Feminista de pesquisas em Gênero e

238 Masculinidades da Universidade Federal de Pernambuco - GEMA/UFPE para participar do
239 Projeto Participação Social na Atenção à Saúde do Homem: Qualificação das instâncias de
240 controle social para fortalecimento da PNAISH no SUS, no dia 12 de dezembro de 2025, em
241 Manaus. *Indicação (referendar):* Conselheira Vânia Lúcia Leite, (CNBB), Integrante da MD e
242 coordenadora da CIASCV (custeio CNS). **16)** Convite do Conselho Estadual de Saúde de Mato
243 Grosso do Sul - CES/MS, por meio da Coordenação Estadual de Plenárias de Conselhos de
244 Saúde para participar da XIII Plenária Estadual de Conselhos de Saúde de Mato Grosso do
245 Sul, com o tema: "Construindo Participação, Cidadania e Controle Social", no dia 16 de
246 dezembro de 2025, em Campo Grande/ MS. *Indicação (referendar):* conselheiro Jacildo
247 Siqueira Pinho (CONTRAF) (Custeio CNS). **17)** Convite do Conselho Municipal de Saúde de
248 Vitória para participar da posse dos conselheiros e conselheiras locais de saúde de Vitória, no
249 dia 16 de dezembro de 2025, a partir das 16 horas, no Auditório da Prefeitura de Vitória.
250 *Indicação (Referendar):* Conselheiro Anselmo Dantas, coordenador da CISB (Reside em
251 Vitória). **18)** Convite do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI), para
252 participar da 6ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (6ª CONADIP), com o
253 tema: " Envelhecimento Multicultural e Democracia: Urgência por Equidade, Direitos e
254 Participação", de 16 a 19 de dezembro de 2025, (CICB) em Brasília/DF. Indicação
255 (Referendar): Presidente do Conselho, Fernanda Magano e Conselheira, Integrante da MD e
256 Coordenadora da CIASCV Vânia Lúcia Leite (CNBB) (Custeio CNS). **19)** Convite do Conselho
257 Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, no dia 18 de dezembro de 2025, para participar da
258 eleição da Coordenação de Plenária Nacional. A participação virtual do conselheiro não fere as
259 disposições da Resolução CNS nº 774/2024, permanecendo, em conformidade com as normas
260 que regem o processo de escolha de Coordenadores (as) de Plenária Nacional. *Indicação*
261 (*referendar*): Conselheiro Getúlio Vargas Júnior, coordenador da COFIN e Integrante da Mesa
262 Diretora (Virtual). **20)** Convite da Comissão Organizadora do 43º CIOSP – Congresso
263 Internacional de Odontologia de São Paulo, para participar do Projeto Saúde Coletiva, na
264 Primeira Mesa, com o tema central "A lei de Saúde Bucal no SUS – Oportunidades e Ameaças
265 no Horizonte", que ocorrerá no dia 29 de janeiro de 2026, em São Paulo. Indicação
266 (Referendar): Conselheiro, coordenador da CISB Anselmo Dantas (Custeio CNS). *Comissões*
267 *externas - 21)* Substituição de Indicação de representante do CNS no Subcomitê da Lei Geral
268 de Proteção de Dados do Comitê Gestor de Saúde Digital, da Sra. Ana Navarrete pela nova
269 representante Titular Shirley Marshal Diaz Morales, sem prejuízo da indicação da suplente
270 enviada anteriormente. *Indicação (referendar):* Titular: Shirley Marshal Diaz Morales (FNE).
271 Suplente: Débora Raymundo Melecchi (FENAFAR). **22)** Substituição de Indicação de
272 representante do CNS na Câmara de Saúde Suplementar - CAMSS/ANS, da Sra. Elda Coelho
273 pela Titular Helenice Yemi Nakamura sem prejuízo da indicação anterior na suplência.
274 *Indicação (referendar):* Titular: Helenice Yemi Nakamura - (CFFA). Suplente: Ana Lúcia Silva
275 Marçal Paduello - (SUPERANDO). **23)** Substituição de representante Sra. Altamira Simões por
276 Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa na Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde
277 da APS - ABRASCO, sem prejuízo da indicação anterior da conselheira Shirley Marshal Diaz
278 Morales. *Indicação (referendar):* Titular: Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa (ABRAZ).
279 Titular: Shirley Marshal Diaz Morales (FNE). **24)** Substituição de representante do CNS na
280 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, do Sr. Heleno Correa Filho pela
281 Conselheira Helenice Yemi Nakamura, e da Sra. Regina Bueno pela Conselheira Camila
282 Sarmento. *Indicação (Referendar):* Helenice Yemi Nakamura; e Camila de Lima Sarmento. **25)**
283 Convite para compor a Comissão Nacional de Residência em Área profissional da Saúde
284 (CNRMS/MEC). *Indicação (referendar):* Titular: Fernanda Lou Sans Magano (FENAPSI).
285 Suplente: João Pedro Santos da Silva (ANPG). Titular: Ricardo Burg Ceccim (REDE UNIDA).
286 Suplente: Victoria Matos Das Chagas Silva (UNE). Este ponto ficou em suspenso para retornar
287 posteriormente, pois o Pleno compreendeu que devem ser indicados conselheiros para
288 participar da Comissão. Foi solicitado, inclusive, que as indicações sejam debatidas nos fóruns
289 de segmento, para esta e outros espaços de representação. **26)** Convite do Conselho Nacional
290 de Justiça para integrar o Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde – FONAJUS. *Indicação*
291 (*referendar*): Priscila Torres da Silva (Biored Brasil). **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA MESA**
292 **DIRETORA** – O relatório foi disponibilizado, para conhecimento. Finalizando, a mesa anunciou
293 a participação de representantes de conselhos municipais de saúde. Além disso, registrou
294 pesar pelo falecimento da conselheira Sibele de Lima Lemos. Foi feito um minuto de silêncio
295 em memória. **ITEM 3 – APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO –**
296 **PNR** – Apresentação: Débora Spalding Verdi, Coordenadora-Geral de Regulação Assistencial
297 e Controle – DSDRAC/SAES/MS; e Juliana Francisco Lujan, Diretora do Departamento de

298 Regulação Assistencial e Controle – DRAC/SAES/MS. Coordenação: conselheira **Priscila**
299 **Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiros de**
300 **Lacerda**, da Mesa Diretora do CNS. A coordenação da mesa abriu os trabalhos com saudação
301 a todas as pessoas presentes e aos internautas. Conselheira **Priscila Torres da Silva**
302 destacou que o tema da Política Nacional de Regulação era de grande relevância para todos
303 os segmentos do Conselho, com especial impacto para o segmento de usuários. Ressaltou que
304 a regulação no SUS representava uma das maiores angústias vivenciadas pela população,
305 diante da ausência de visibilidade sobre a posição nas filas, da falta de previsibilidade dos
306 fluxos regulatórios e das dificuldades de compreensão dos critérios de acesso aos serviços,
307 tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Especializada. Afirmou que, por essas razões, o
308 debate sobre a PNR era estratégico para o SUS como um todo. Inclusive, informou que a
309 Política Nacional de Regulação já havia sido previamente apreciada pela Mesa Diretora do
310 CNS. Em seguida, apresentou as expositoras convidadas para o debate. Após as
311 apresentações, passou a palavra à diretora do DRAC/SAES/MS, **Juliana Francisco Lujan**,
312 para considerações iniciais. Começou saudando o Plenário do CNS e manifestando satisfação
313 por apresentar a revisão da Política Nacional de Regulação. Destacou que a proposta
314 incorporava conceitos amplamente esperados pelos gestores e pelo controle social, ao
315 reafirmar a Atenção Básica como ordenadora do sistema de saúde, definir atribuições claras
316 para os entes federativos e prever mecanismos de controle das filas assistenciais. Assinalou
317 que a Política respondia a demandas históricas relacionadas à organização do acesso e à
318 transparência dos processos regulatórios. Registrhou publicamente agradecimento à
319 coordenadora Débora Spalding Verdi e à equipe da Coordenadoria-Geral de Regulação
320 Assistencial e Controle, responsáveis pela elaboração da minuta da Política em conjunto com o
321 CONASS e o CONASEMS, no âmbito de um grupo de trabalho que classificou como ágil e
322 colaborativo. Por fim, informou que passaria a palavra à Coordenadora-Geral/DSDRAC/SAES/MS para a apresentação detalhada do conteúdo da proposta e colocou-
323-se, juntamente com a equipe do Ministério da Saúde, à disposição para maiores explicações
324 após a exposição. A Coordenadora-Geral/DSDRAC/SAES/MS, **Débora Spalding Verdi**, iniciou
325 sua apresentação realizando um resgate dos principais atos normativos relacionados à
326 regulação no âmbito do SUS. Explicou que a regulação compreendia dimensões distintas e
327 interligadas, abrangendo a regulação do Sistema, a regulação da atenção - relacionada à
328 organização das redes de atenção à saúde - e a regulação do acesso, reconhecida como o
329 principal ponto de debate e de maior sensibilidade para gestores, trabalhadores e usuários.
330 Informou que o marco normativo vigente ainda se baseava, em grande medida, na Portaria nº
331 1.559/2008, e que, ao longo dos anos, verificara-se uma lacuna na atualização de normas
332 específicas sobre regulação. Relatou que, a partir do início da gestão de 2023, foram adotadas
333 iniciativas voltadas a intervenções diretas no SUS, a exemplo do Programa Nacional de
334 Redução de Filas, com foco na ampliação das cirurgias eletivas, como resposta ao acúmulo de
335 demandas intensificado no período pandêmico. Destacou, entretanto, que tais iniciativas, de
336 caráter mais operacional, evidenciaram a necessidade de revisão estrutural da Política
337 Nacional de Regulação. Contextualizou que a publicação da Política Nacional de Atenção
338 Especializada, ainda em 2023, reforçou a necessidade de revisão da PNR, de modo a
339 promover maior integração das redes de atenção e consolidar o entendimento de que a
340 regulação se dava em toda a rede de saúde, e não apenas nas centrais de regulação.
341 Ressaltou que, embora as centrais desempenhassem papel relevante, a responsabilidade pelo
342 processo regulatório deveria ser compartilhada por todos os pontos de atenção. Mencionou
343 que a Política Nacional de Atenção Especializada - PNAES já incorporava diretrizes
344 importantes para a regulação, como o foco nas necessidades do usuário e a compreensão da
345 regulação como processo transversal à rede, o que reforçou a necessidade de atualização da
346 PNR. Acrescentou que, em 2024, o Programa Mais Acesso a Especialistas introduziu
347 mudanças significativas no cuidado ambulatorial especializado, área historicamente marcada
348 por lacunas normativas e fragmentação das orientações. Explicou que a incorporação dessas
349 mudanças no Programa Agora Tem Especialistas evidenciou que uma regulação fragmentada
350 seria incompatível com o modelo de cuidado integrado proposto. Destacou que a publicação do
351 modelo de informação da regulação assistencial representou avanço fundamental, uma vez
352 que, sem um conjunto estruturado de dados, não seria possível consolidar informações,
353 analisar fluxos e subsidiar decisões em âmbito federal, estadual e municipal. Informou que
354 esse modelo ainda se encontrava em processo de implantação, especialmente no que se
355 referia à integração dos dados de regulação. Ao abordar os desafios da regulação do acesso,
356 disse que as dificuldades observadas na trajetória do usuário na rede eram reflexo de
357

358 fragilidades estruturais da organização do sistema, como lacunas na contratualização de
359 serviços, na programação das ações de saúde e na distribuição da oferta assistencial.
360 Observou que, em muitas situações, a regulação era indevidamente responsabilizada pelas
361 filas, quando, na realidade, estas decorriam de insuficiências assistenciais e da
362 desorganização do cuidado em rede, sobretudo na atenção especializada. Assinalou que,
363 mesmo em territórios com oferta relativamente adequada, persistiam desafios na organização
364 regionalizada do cuidado, o que limitava a atuação da regulação. Destacou que iniciativas
365 como o Programa Agora Tem Especialistas buscavam enfrentar essas dificuldades ao integrar
366 prestadores privados à rede SUS sob um modelo de cuidado regulado e articulado. Ressaltou,
367 ainda, fragilidades no processo de cuidado na Atenção Primária à Saúde, especialmente no
368 uso insuficiente de protocolos de acesso, o que resultava em encaminhamentos pouco
369 qualificados e dificultava o trabalho regulatório. Explicou que esse cenário contribuía para o
370 aumento do volume e do tempo de espera nas filas, enfatizando que o principal problema não
371 era a existência da fila em si, mas o tempo excessivo de espera, capaz de comprometer a
372 saúde dos usuários. Apontou que a regulação, em alguns contextos, ainda era percebida — ou
373 praticada — como mecanismo de restrição de acesso, em razão da ausência de processos
374 bem definidos e de protocolos claros. Acrescentou que a fragilidade das informações sempre
375 foi um dos maiores entraves da regulação, destacando que, até recentemente, não havia um
376 conjunto de dados consolidado em base federal. Informou que esse cenário começava a ser
377 alterado com a publicação do modelo informacional e com a portaria que instituiu o envio
378 obrigatório dos dados de regulação à base federal, ainda em processo de consolidação.
379 Abordou também a dispersão dos sistemas de informação em uso no país, com registros
380 fragmentados e, por vezes, duplicados, o que dificultava a gestão das filas e a análise
381 integrada. Nesse contexto, detalhou as ações desenvolvidas no campo da informação,
382 destacando o histórico do SISREG, amplamente utilizado desde 2006, mas tecnologicamente
383 defasado e com limitações de capacidade. Explicou que, para superar essas limitações, foi
384 desenvolvido o SUS Regulação, disponibilizado no ano anterior, com vistas à substituição
385 gradual do SISREG. Mencionou a criação da ferramenta Captação de Filas, voltada a cenários
386 com baixa capacidade de informatização, permitindo ao menos o registro e envio dos dados de
387 demanda reprimida. Informou que a ferramenta vinha sendo utilizada em alguns estados e
388 municípios, com a expectativa de que funcionasse como etapa transitória até a adoção de
389 sistemas completos de regulação. Destacou ainda a integração dos sistemas próprios e de
390 terceiros à Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS, possibilitando o envio e a
391 consolidação dos dados de regulação em base nacional. Ressaltou que essa integração
392 permitiria, progressivamente, a disponibilização das informações para usuários, profissionais e
393 gestores, por meio do Meu SUS Digital Cidadão e de painéis específicos em desenvolvimento.
394 Informou que já era possível acessar alguns dados relacionados às ofertas de cuidado
395 integrado no âmbito do Programa Agora Tem Especialistas. Relatou que, embora o modelo
396 informacional tivesse sido publicado em 2023, a obrigatoriedade de envio dos dados somente
397 fora pactuada em março do ano seguinte, encontrando-se ainda em fase de consolidação
398 quanto aos prazos finais. Registrou que praticamente todos os estados e cerca de 96% dos
399 municípios já realizavam o envio de dados. Sobre a regulação no Agora Tem Especialistas –
400 componente ambulatorial, explicou que prevê a regulação e cuidado integrados, com foco no
401 usuário e na jornada mais adequada e oportuna, com base em protocolos de acesso
402 (identificação da OCI na APS ou na regulação). Além disso, define fila única para a etapa do
403 cuidado e tempos máximos de atendimento – 30 ou 60 dias. Além disso, navegação do
404 cuidado, por meio dos Núcleos de Apoio à Gestão e Núcleos de Gestão do Cuidado. E também
405 implementação progressiva de estratégias de qualificação da gestão das filas e de qualificação
406 do processo e fluxos regulatórios e desenvolvimento de estratégias de contato com o usuário,
407 com alertas e busca ativa para redução do absenteísmo e garantia da continuidade do cuidado.
408 Sobre os Sistemas de Regulação – Sisreg, explicou que o Ambulatorial estava em uso em
409 2.520 municípios (45%) e Hospitalar em 824 municípios (15%). Também apresentou panorama
410 preliminar indicando a integração de 92 sistemas à RNDS, com mais de 916 milhões de
411 solicitações registradas, sendo aproximadamente 42 milhões pendentes, o que representava o
412 retrato inicial das filas no país. Ressaltou, contudo, que os dados ainda estavam em processo
413 de qualificação, razão pela qual não se apresentavam análises detalhadas naquele momento.
414 Sobre o e-SUS regulação, explicou que o panorama geral de uso era 941 centrais em ambiente
415 de produção e 243 centrais ativas e operacionais. Em produção, mais de 1 milhão de
416 solicitações. Ao tratar do conteúdo da proposta de revisão da PNR, destacou como inovação a
417 definição explícita dos objetivos da regulação no SUS, inexistentes na normativa anterior.

418 Enumerou como objetivos promover o acesso equânime e resolutivo em tempo oportuno,
419 organizar fluxos assistenciais integrados com base em linhas de cuidado, promover eficiência
420 no uso dos recursos, coibir iniquidades sociais e regionais, e assegurar transparência no
421 processo regulatório. Explicou que a proposta de portaria possuía caráter amplo e
422 predominantemente orientador, com forte ênfase em diretrizes, cabendo a atos posteriores
423 detalhar aspectos operacionais, de financiamento e de organização territorial. Ressaltou
424 diretrizes voltadas ao cuidado integral, à centralidade das necessidades regionais da
425 população, à participação do usuário no processo de cuidado, à transparência dos critérios e
426 protocolos de acesso, à qualidade e segurança do paciente e ao fortalecimento da Atenção
427 Primária à Saúde como base do processo regulatório. Destacou, ainda, o reforço da
428 regionalização, da contratualização dos estabelecimentos de saúde e da definição clara do
429 papel de cada serviço na rede, sejam eles públicos, privados contratados ou filantrópicos.
430 Enfatizou a incorporação da saúde digital como eixo estruturante, tanto para a gestão da
431 informação quanto para o uso de ferramentas de telesaúde, e ressaltou a relevância da
432 governança interfederativa e da participação social no monitoramento da implementação da
433 política. Ao apresentar as principais mudanças em relação à normativa anterior, apontou como
434 central a redefinição do papel das centrais de regulação, que passaram a ser compreendidas
435 como observadoras qualificadas da rede, mas não como únicas responsáveis pelo processo
436 regulatório. Ressaltou que a regulação deveria ocorrer desde a Atenção Primária até a Atenção
437 Especializada, em diálogo permanente entre os pontos da rede. Destacou também a
438 flexibilização da vinculação administrativa das centrais de regulação, a inclusão do transporte
439 sanitário como elemento integrante do processo regulatório, o fortalecimento da gestão da
440 informação, a transparência, a formação permanente dos trabalhadores e a definição inicial de
441 indicadores de monitoramento. Explicou que a proposta previa a elaboração de um Plano
442 Operativo, a ser aprovado em até 180 dias após a publicação da portaria, construído de forma
443 conjunta entre Ministério da Saúde, CNS, CONASS e CONASEMS. Esse plano definiria ações
444 estratégicas, responsabilidades e prazos para a implementação da política. Citou, como
445 exemplos de ações já em curso ou previstas, a oferta de cursos de educação a distância em
446 regulação, a criação de repositório de protocolos de acesso, a elaboração de documentos
447 normativos sobre gestão de filas, a produção de manual de contratualização de serviços, a
448 ampliação das capacitações em SUS Regulação, o fortalecimento da interoperabilidade entre
449 sistemas e a disseminação dos dados de regulação para usuários, profissionais e gestores. Por
450 fim, reconheceu que a exposição se estendera além do tempo previsto, em razão da
451 complexidade e da abrangência do tema, e reiterou que a proposta buscava oferecer bases
452 estruturantes para a consolidação de uma regulação orientada pelo cuidado integral, pela
453 equidade, pela transparência e pelo fortalecimento do SUS. Após a exposição da Política
454 Nacional de Regulação, conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, representante do
455 CONASEMS, agradeceu a apresentação e destacou a complexidade e a amplitude do
456 processo de construção da política, ressaltando seu caráter tripartite. Afirmou que a regulação
457 deveria ser compreendida como estratégia estruturante do SUS, em consonância com a
458 Política Nacional de Atenção Especializada, permitindo que gestores municipais, estaduais e
459 federais reconhecessem com clareza suas responsabilidades. Defendeu que a política buscava
460 assegurar transparência, produção de informações qualificadas para a tomada de decisão e
461 organização estratégica do SUS, tanto para a gestão quanto para a participação social.
462 Ressaltou que a central de regulação constituía instrumento operacional de apoio ao
463 planejamento e à organização ascendente e participativa do Sistema. Relatou ter participado
464 da elaboração da minuta representando o CONASEMS e afirmou que a expectativa era de que
465 a política orientasse especialmente os municípios, favorecendo a identificação das
466 responsabilidades de cada ente e a superação da fragmentação existente entre sistemas de
467 regulação. Apontou que a inexistência de interoperabilidade e de coerência regional
468 comprometia a transparência e a organização do cuidado. Destacou que a implementação do
469 Plano Operativo, previsto como etapa subsequente à pactuação da portaria, seria fundamental
470 para dar materialidade à política, reconhecendo que sua efetivação exigiria articulação e
471 esforço significativo dos entes federativos. Enfatizou a transição de uma lógica de regulação
472 baseada em procedimentos para uma lógica centrada no cuidado, nas linhas de cuidado
473 integradas e na participação ativa dos usuários, inclusive com respeito à autonomia para
474 reagendar atendimentos quando necessário. Por fim, afirmou que a fila era fenômeno inerente
475 ao sistema, devendo o foco recair sobre o monitoramento do tempo de espera e da
476 oportunidade do atendimento. Na sequência, conselheira **Priscila Torres da Silva** destacou a
477 importância de abrir o debate ao coletivo do Plenário e ressaltou que a Mesa Diretora do CNS

478 identificara desafios centrais relacionados à necessidade de maior transparência no acesso
479 aos dados das filas e à integração das informações entre a Atenção Primária e a Atenção
480 Especializada. Apontou como um dos principais entraves a ausência de um sistema nacional
481 unificado de regulação e defendeu o desenvolvimento de estratégia nacional de monitoramento
482 e avaliação dos tempos de espera, com uso de ferramentas de saúde digital, como o Meu SUS
483 Digital. Classificou o tema como urgente e enfatizou a expectativa de que a política avançasse
484 na visibilidade das filas e na confiabilidade dos sistemas de regulação. Destacou que a Mesa
485 Diretora compreendia ser essencial ampliar o diálogo com o Plenário do Conselho antes da
486 pactuação da política, assegurando participação social plena. Relatou preocupações
487 recorrentes nos territórios, especialmente a angústia de usuários submetidos a longos períodos
488 de espera por diagnóstico ou procedimentos cirúrgicos. Alertou para riscos relacionados a
489 fraudes nos sistemas de regulação, à propriedade privada do código-fonte de sistemas
490 utilizados no SUS e ao crescimento da participação da rede contratada, o que poderia fragilizar
491 a gestão pública. Defendeu que a política deveria explicitar mecanismos de proteção aos
492 usuários e fortalecer o papel do controle social, reconhecendo o acúmulo histórico desse
493 segmento e a abertura do Departamento de Regulação Assistencial e Controle para um diálogo
494 contínuo e participativo. Após essa fala, foi aberta a palavra às pessoas conselheiras inscritas.
495 Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** iniciou sua intervenção cumprimentando os
496 expositores e afirmou que a política de regulação se apresentava em momento oportuno,
497 especialmente diante da ampliação da participação do setor privado em programas como o
498 Agora Tem Especialistas. Defendeu que a efetividade dessas iniciativas dependia de uma
499 regulação pública forte e estruturada. Destacou como diretrizes fundamentais a centralidade do
500 usuário no cuidado, o fortalecimento da Atenção Primária como ordenadora do Sistema, o
501 aumento da resolutividade e a articulação efetiva com a Atenção Especializada. Enfatizou a
502 necessidade de avançar na regionalização, com identificação de vazios assistenciais e
503 organização territorial orientada pelo princípio da integralidade. Ressaltou ainda a importância
504 da educação permanente e da formação de trabalhadores no SUS, bem como da melhoria da
505 infraestrutura e das condições de trabalho nas centrais de regulação. Alertou para a
506 fragmentação das filas e a multiplicidade de sistemas nos territórios, defendendo maior
507 participação do CNS na disseminação e defesa da política nos conselhos estaduais e
508 municipais de saúde. Conselheira **Eliane Junger Pelaez** afirmou que a regulação deveria ser
509 compreendida para além de máquinas, sistemas e números, sendo, sobretudo, uma questão
510 de direitos humanos e de cuidado com as pessoas. Destacou que tempos excessivos de
511 espera violavam o direito humano à saúde e impactavam profundamente a vida dos usuários e
512 de suas famílias. Defendeu que os processos de regulação considerassem as condições
513 concretas de vida das pessoas, inclusive a organização do cuidado familiar, a precarização do
514 trabalho, a situação de grupos específicos (mães solo, pessoas cuidadoras, pessoas em
515 situação de rua, pessoas privadas de liberdade) e o respeito a nome social, identidade religiosa
516 e diversidade social. Discordou do uso do termo “capacitação” e defendeu a abordagem da
517 educação permanente, com qualificação da escuta e da descrição clínica nos processos
518 regulatórios. Ressaltou que o setor privado contratado deveria se submeter às regras do SUS e
519 que os usuários não poderiam ser tratados como mercadoria. Defendeu ainda o
520 acompanhamento do processo regulatório pelos conselhos de saúde, com participação ativa
521 das entidades de usuários. Conselheiro **Luiz Aníbal Machado** manifestou indignação diante
522 das desigualdades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento, relatando situações em que
523 usuários tiveram acesso negado a medicamentos de alto custo e vieram a óbito. Criticou a
524 demora no diagnóstico e no atendimento, afirmando que tais situações desvalorizavam a vida
525 humana. Defendeu um SUS universal, com diagnóstico oportuno e respeito ao cidadão, e
526 destacou as dificuldades enfrentadas por trabalhadores adoecidos, especialmente diante da
527 falta de articulação entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência. Ressaltou a
528 necessidade de integração interministerial para proteção dos trabalhadores e melhoria das
529 condições de saúde e trabalho. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** reconheceu a
530 relevância do tema e avaliou positivamente os objetivos da Política apresentados, como
531 promoção do acesso, organização dos fluxos, enfrentamento das iniquidades e fortalecimento
532 da transparência, com centralidade no usuário. Relatou experiência no Estado de São Paulo,
533 onde a gestão da central de regulação por organizações sociais gerara distorções, com
534 encaminhamentos condicionados a metas contratuais, resultando em deslocamentos
535 excessivos de usuários. Considerou oportuno o debate e defendeu o papel do Ministério da
536 Saúde como coordenador do processo regulatório no SUS. Parabenizou a iniciativa de
537 apresentar a minuta ao Conselho antes de sua publicação, destacando-a como inovação em

538 relação a políticas anteriores. Sugeriu que o debate fosse aprofundado nas comissões
539 intersetoriais do CNS, especialmente naquelas relacionadas à atenção básica (CIASB) e ao
540 financiamento (COFIN), e solicitou maior detalhamento sobre as estratégias de financiamento
541 da Política, defendendo mais tempo e espaços institucionais para o aprimoramento da minuta.
542 Conselheiro **Moysés Toniolo de Souza** iniciou sua manifestação relatando situação veiculada
543 pela imprensa do Distrito Federal envolvendo uma mulher idosa que aguardava, havia mais de
544 um ano, a realização de cirurgia ginecológica, apesar de apresentar quadro clínico grave.
545 Utilizou o caso para ilustrar a realidade concreta enfrentada pelas pessoas usuárias do SUS e
546 afirmou que a regulação, nos moldes atuais, não vinha respondendo de forma adequada às
547 necessidades da população, resultando em sofrimento e óbitos evitáveis. Criticou a indefinição
548 de responsabilidades entre entes federativos e a adoção de iniciativas como vouchers em
549 saúde, que, segundo ele, aprofundavam a desorganização do sistema. Defendeu que a política
550 de regulação deveria incorporar indicadores adicionais, para além daqueles apresentados,
551 contemplando o mapeamento do que estava efetivamente pactuado em termos de consultas,
552 exames e procedimentos no âmbito municipal, inclusive na rede privada contratada.
553 Argumentou que a ausência desse mapeamento contribuía para a redução do acesso, o
554 aumento das filas e do tempo de espera. Questionou critérios que, na prática, resultavam na
555 exclusão de usuários e defendeu a necessidade de padronização nacional dos parâmetros
556 regulatórios. Destacou ainda a importância de indicadores que considerassem a demanda
557 reprimida, o tempo de espera e as determinações sociais que interferiam no acesso aos
558 serviços, alertando para práticas de uso político, partidário e eleitoral da regulação, sobretudo
559 em períodos pré-eleitorais. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** manifestou-se a partir
560 de sua experiência como médica ginecologista. Ressaltou que sangramento uterino em
561 mulheres com mais de 60 anos deveria ser tratado como suspeita de câncer até prova em
562 contrário, destacando que o prazo recomendado para diagnóstico era de até 30 dias. Enfatizou
563 que a regulação vinha sendo utilizada como instrumento político e econômico, capaz de definir
564 quem teria ou não acesso aos serviços, e criticou fortemente a terceirização da gestão e da
565 assistência, apontando que a lógica empresarial de redução de custos inviabilizava
566 procedimentos mais complexos e onerosos. Afirmou que a organização do serviço exigia
567 gestão pública efetiva, com capacidade de definir fluxos, estabelecer protocolos e garantir
568 retorno de informações aos profissionais e aos usuários. Criticou a fragmentação do cuidado,
569 com múltiplas consultas sem resolutividade, e defendeu a centralidade dos protocolos clínicos,
570 da formação e da educação permanente. Alertou para o avanço da mercantilização da saúde e
571 para o risco de perda da gestão pública do SUS, defendendo a adoção de instrumentos de
572 monitoramento, metas e sanções dirigidas aos gestores e prestadores que descumprissem
573 suas responsabilidades, sem penalizar os usuários. Conselheiro **Carlos Duarte da Arte**
574 afirmou que as questões centrais do debate já haviam sido amplamente abordadas por
575 intervenções anteriores. Ainda assim, reforçou que a regulação constituía uma das principais
576 atribuições da gestão estadual, especialmente no que se referia à organização da atenção
577 primária e da atenção especializada. Criticou o distanciamento entre o discurso de
578 fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e a prática observada nos territórios, marcada pela
579 privatização e pela atuação orientada por demanda, em detrimento da lógica da saúde pública.
580 Apontou que a fragilização da Atenção Primária comprometia todo o processo regulatório e
581 questionou a viabilidade de regular serviços secundários e terciários sem a correspondente
582 ampliação e qualificação da oferta. Defendeu que a coordenação da regulação deveria ser
583 fortalecida no nível federal, de modo a evitar programas de caráter eleitoreiro e fragmentado.
584 Ressaltou que a regulação deveria estar centrada exclusivamente nas necessidades das
585 pessoas usuárias, relatando experiência pessoal em que, por não atender a uma ligação
586 enquanto estava em viagem, retornara ao final da fila para obtenção de insumo farmacêutico, o
587 que exemplificava a inadequação dos critérios atualmente adotados. Conselheira **Rosa Maria**
588 **Anacleto** relatou sua experiência como usuária da Atenção Básica, afirmando que esse nível
589 de atenção, embora concebido como porta de entrada do sistema, frequentemente se convertia
590 em espaço de negação de direitos. Destacou as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no
591 acesso à atenção especializada, especialmente no contexto da Política Nacional de Atenção
592 Integral à Saúde da Mulher, em razão da morosidade e da ineficiência dos processos
593 regulatórios. Reconheceu a importância da proposta de portaria da PNR, desde que houvesse
594 condições reais de influência do controle social e de retomada da gestão pública do SUS
595 conforme os princípios da Lei nº 8.080. Criticou o uso político da saúde em determinados
596 estados, citando experiências em que programas de ampliação de acesso eram
597 instrumentalizados para fins eleitorais. Defendeu que a regulação deveria permitir maior

598 capacidade de monitoramento e fiscalização nos territórios, ainda que reconhecesse as
599 dificuldades impostas pela terceirização das Unidades Básicas de Saúde. Enfatizou que a
600 regulação poderia contribuir para a efetivação do princípio da universalidade e para a garantia
601 de acesso a populações que dependiam exclusivamente do SUS. Conselheiro **Anselmo**
602 **Dantas** iniciou sua intervenção saudando a mesa e as representantes do Ministério da Saúde,
603 resgatando princípios internacionais de regulação baseados na oferta do cuidado certo, para a
604 pessoa certa, no local e no tempo adequados, com segurança e qualidade. Destacou que a
605 proposta da PNR representava avanço ao deslocar o foco da simples autorização de
606 procedimentos para a gestão do cuidado e da clínica, colocando o usuário no centro da
607 navegação do sistema. Comparou a proposta brasileira a experiências internacionais, como o
608 sistema de saúde britânico, e destacou o desafio do gargalo digital, criticando a multiplicação
609 de sistemas locais e privados de regulação, que, segundo ele, comprometiam a equidade.
610 Ressaltou a importância de discutir o financiamento da política, defendendo maior
611 envolvimento da COFIN, e alertou para a insegurança gerada pela ausência de definições
612 claras sobre recursos. Abordou ainda os desafios da contratualização do setor complementar,
613 a necessidade de rigor no controle desses prestadores e a inclusão do transporte eletivo de
614 paciente como elemento essencial da regulação. Por fim, sugeriu ajustes técnicos na minuta,
615 incluindo correções de redação e cautela na definição de parâmetros nacionais de
616 absenteísmo, considerando as desigualdades territoriais. Conselheiro **Rafael Gomes Ditterich**
617 parabenizou a iniciativa de trazer o tema da regulação ao debate do CNS e afirmou que a
618 proposta evidenciava a complexidade conceitual da regulação, envolvendo tanto o acesso
619 quanto a gestão do cuidado e da clínica. Avaliou que a minuta apresentava lacunas no
620 tratamento da regulação da oferta de serviços e da contratualização, especialmente diante da
621 diversidade de modelos de gestão existentes nos estados e municípios. Questionou como se
622 daria a regulação em contextos onde contratos de gestão eram rígidos e pouco permeáveis à
623 participação do controle social. Defendeu a valorização da educação permanente, com maior
624 reconhecimento das universidades e redes-escola dos territórios, criticando modelos de
625 formação desvinculados da realidade local. Sugeriu que o Ministério da Saúde aprofundasse o
626 diagnóstico sobre a contratualização nos territórios e seus impactos sobre o acesso e a
627 regulação. Conselheira **Sarlene Moreira da Silva** manifestou preocupação com a ausência de
628 diretrizes específicas para povos indígenas na proposta da PNR. Relatou casos de indígenas
629 que aguardavam há mais de dez anos por procedimentos cirúrgicos e questionou se houve
630 pactuação específica no âmbito do CONASS e do CONASEMS sobre o tratamento das filas e
631 do acesso para populações que viviam em territórios remotos. Defendeu que a política
632 incorporasse as especificidades territoriais, culturais e interculturais, especialmente no acesso
633 à média e alta complexidade, e alertou para situações recorrentes de discriminação e
634 preconceito enfrentadas por povos indígenas e outras populações em situação de
635 vulnerabilidade. Conselheiro **Alciomar Antônio Marin**, iniciou sua manifestação
636 parabenizando o Ministério da Saúde, o CONASEMS e o CONASS pela apresentação da
637 proposta da Política Nacional de Regulação. Destacou que a regulação tinha início no âmbito
638 municipal, sendo este o ponto de partida do sistema, e ressaltou a complexidade da
639 organização da saúde em um país de dimensões continentais como o Brasil, marcado por
640 profundas diferenças regionais. Defendeu a importância de uma política regulatória nacional
641 capaz de orientar e disciplinar os entes federativos. Enfatizou a necessidade de diferenciar
642 conceitualmente fila e lista, destacando que a fila era um fenômeno inerente ao sistema,
643 enquanto a lista, organizada por prioridades clínicas, deveria ser o instrumento central do
644 processo regulatório, com o usuário no centro das decisões. Apontou como desafio relevante a
645 questão do absenteísmo, defendendo maior flexibilidade nos sistemas regulatórios para lidar
646 com faltas justificadas e situações cotidianas dos usuários, reconhecendo, contudo, a
647 dificuldade de normatizar esse aspecto. Ressaltou ainda a interoperabilidade dos sistemas de
648 informação como um dos principais gargalos da saúde no país, destacando que a falta de
649 integração entre municípios, estados e estabelecimentos de saúde comprometia a efetividade
650 da regulação e ampliava problemas como o absenteísmo e a desorganização do acesso. Por
651 fim, reafirmou o papel complementar do setor privado e filantrópico no SUS e colocou-se à
652 disposição para contribuir com dados e informações sobre a atuação hospitalar no sistema
653 público. Conselheira **Carmem Silvia Ferreira Santiago** iniciou sua fala parabenizando o
654 debate e afirmando que a apresentação da PNR inaugurava um novo capítulo no
655 enfrentamento de um dos principais gargalos do SUS. Relatou sua experiência no Estado do
656 Ceará, onde o tema da regulação era objeto de debates recorrentes. Reconheceu o avanço
657 conceitual da proposta, mas manifestou preocupações quanto à sua implementação,

658 especialmente diante da amplitude dos temas abordados no documento, como transporte
659 sanitário, comunicação, saúde digital, formação, educação permanente, governança,
660 monitoramento, avaliação e financiamento. Destacou que todas essas dimensões estavam
661 condicionadas à elaboração de um Plano Operativo, a ser pactuado no âmbito tripartite no
662 prazo de 180 dias, e alertou para a fragilidade de muitos municípios, que sequer dispunham de
663 planejamento estruturado. Defendeu que esse aspecto fosse aprofundado no debate, inclusive
664 nas comissões do CNS, conforme já sugerido em outras manifestações. A partir de sua
665 vivência como usuária do SUS, especialmente em municípios de pequeno porte, relatou
666 situações de perda de vidas associadas à inexistência ou fragilidade da regulação. Apontou
667 também conflitos entre diferentes modelos de regulação municipal e estadual, sobretudo em
668 grandes centros urbanos, o que impactava diretamente o acesso dos usuários. Questionou
669 explicações simplificadoras sobre o absenteísmo, defendendo a necessidade de identificar
670 falhas estruturais do sistema. Concluiu afirmando que, embora a política não resolvesse todas
671 as dificuldades, representava avanço importante para pessoas usuárias que dependiam
672 exclusivamente do SUS. Conselheira **Maria Thereza Almeida Antunes** manifestou-se
673 ressaltando a relevância do debate para as populações específicas, em especial as pessoas
674 com deficiência, incluindo pessoas com síndrome de Down, autismo e paralisia cerebral.
675 Relatou caso concreto envolvendo uma criança com autismo cujo retorno ambulatorial fora
676 agendado para data excessivamente distante, classificando a situação como inadmissível.
677 Destacou que se sentira contemplada pelas falas anteriores e defendeu que a política de
678 regulação incorporasse, de forma efetiva, o atendimento diferenciado e prioritário a essas
679 populações, reconhecendo a necessidade de avanços significativos no acesso e na
680 resolutividade do cuidado. Conselheiro **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda** manifestou
681 satisfação com a qualidade e convergência das contribuições apresentadas. Afirmou que havia
682 consenso entre gestores, trabalhadores, prestadores e usuários quanto à necessidade de um
683 sistema de regulação que assegurasse transparência, respeito às individualidades e
684 atendimento às necessidades específicas dos usuários do SUS. Relatou experiência como
685 usuário de sistema hospitalar que permitia ao paciente indicar datas e formas preferenciais de
686 atendimento, contrastando com a realidade do SUS, onde os agendamentos frequentemente
687 desconsideravam as condições de vida dos usuários, levando à penalização injusta por faltas.
688 Criticou a culpabilização dos usuários pelo absenteísmo e apontou que, em muitos contextos, o
689 acesso às vagas não estava sob controle direto da gestão pública, mas de prestadores,
690 trabalhadores ou intermediários. Relatou que, em Santa Catarina, a organização da regulação
691 avançara após intervenção do Ministério Público, e destacou que a proposta em debate
692 estabelecia diretrizes, não procedimentos operacionais detalhados. Defendeu a importância da
693 participação do CNS na construção e na implementação do Plano Operativo, alertando para o
694 risco de adiamentos em função do calendário eleitoral. Sugeriu que, mesmo com o
695 aprofundamento do debate nas comissões, o Conselho buscassem avançar de forma a não
696 perder a oportunidade política de consolidar a PNR. Conselheiro **André Luiz Bonifácio**
697 manifestou-se parabenizando o Plenário pela qualidade das contribuições e relatou sua
698 experiência como ex-gestor municipal de saúde. Afirmou que a implantação da regulação fora
699 decisiva para a organização do sistema e para a redução de práticas irregulares, chegando a
700 afirmar que a regulação o protegera de responsabilizações indevidas enquanto gestor.
701 Descreveu a experiência de implantação de uma central de marcação de consultas em
702 Campina Grande/PB, ressaltando a resistência inicial de prestadores e agentes políticos, mas
703 destacando os resultados positivos alcançados, como a redução de custos para os usuários, a
704 diminuição do absenteísmo e o controle de fraudes. Relatou a identificação de situações como
705 duplicidade de exames pagos, uso indevido de carimbos e encaminhamentos irregulares
706 realizados por profissionais, além da prática de favorecimento político no acesso a
707 procedimentos. Defendeu que a regulação, associada a uma Atenção Primária forte, permitiria
708 maior racionalidade, transparência e justiça no acesso aos serviços. Avaliou positivamente a
709 proposta da PNR, destacando o fortalecimento da Atenção Primária, a qualificação da relação
710 com o setor privado e filantrópico e a definição de diretrizes claras. Ressaltou que o elemento
711 central da política seria o Plano Operativo, que deveria ser construído de forma tripartite e com
712 participação efetiva do CNS, inclusive por meio de suas comissões. Por fim, defendeu que as
713 políticas aprovadas no âmbito do CNS Saúde fossem periodicamente reapresentadas ao
714 Plenário para monitoramento e avaliação, ressaltando que somente a implementação permitiria
715 verificar sua efetividade. Concluiu desejando êxito nos encaminhamentos e destacando a
716 importância de decisões colegiadas e articuladas. No retorno da mesa, conselheira **Priscila**
717 **Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, agradeceu as contribuições apresentadas e fez

718 alguns apontamentos antes das respostas das representantes do Ministério da Saúde e da
719 leitura dos encaminhamentos. Informou que os conselheiros haviam recebido, em 4 de
720 dezembro, a minuta da portaria da Política Nacional de Regulação. Considerando os debates
721 realizados tanto na Mesa Diretora quanto no Plenário do CNS, questionou formalmente o
722 Ministério da Saúde sobre a possibilidade de alteração do artigo 59, constante do capítulo VIII
723 da minuta, de modo a incluir explicitamente o controle social nas três esferas de participação
724 social, além das três esferas de gestão, na construção e no monitoramento do plano operativo.
725 Destacou que essa inclusão fortaleceria o papel dos conselhos municipais, estaduais e
726 nacional de saúde na fiscalização, no acompanhamento e na contribuição para a
727 implementação da política. Em seguida, devolveu a palavra às representantes do Ministério da
728 Saúde, para comentários. A diretora do DRAC/MS, **Juliana Francisco Lujan**, iniciou sua
729 manifestação afirmando que as intervenções dos conselheiros e conselheiras haviam sido
730 convergentes e qualificadas. Relatou que, ao longo das falas, identificara coerência entre as
731 contribuições do Plenário e as diretrizes já previstas na minuta da portaria, especialmente no
732 que se referia à transparência, à equidade, ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, da
733 participação social e à qualificação da gestão por meio do uso de dados e informações.
734 Reconheceu que a regulação constituía um dos maiores desafios do SUS, independentemente
735 do segmento de atuação, e destacou os esforços do Ministério da Saúde para ampliar a
736 disponibilidade de informações territoriais, por meio da RNDS e da oferta de sistemas de
737 regulação. Ressaltou que o Ministério vinha incentivando estados e municípios a utilizarem as
738 ferramentas de regulação disponíveis, ainda que em estágio inicial, com o objetivo de ampliar o
739 acesso à informação e fortalecer a gestão. Reconheceu a necessidade de avançar na definição
740 de indicadores mais robustos e unificados nacionalmente, capazes de oferecer leitura
741 padronizada e qualificada da realidade das filas e dos fluxos assistenciais. Destacou que, pela
742 primeira vez, uma portaria nacional de regulação incluía indicadores e que esse aspecto
743 deveria ser aprofundado de forma progressiva. Defendeu a pontuação célere da portaria na
744 Comissão Intergestores Tripartite, a fim de permitir o início da construção do plano operativo no
745 exercício seguinte, enfatizando que esse instrumento seria fundamental para orientar a
746 implementação concreta da política. Em relação à solicitação de inclusão do controle social no
747 artigo 59, manifestou concordância, afirmando que a participação do CNS conferia
748 legitimidade, força política e aderência territorial à política, reconhecendo o papel do controle
749 social na tradução das diretrizes normativas para a realidade dos serviços. A Coordenadora-
750 Geral/DSDRAC/SAES/MS, **Débora Spalding Verdi**, agradeceu a oportunidade de escuta e
751 diálogo, ressaltando que, além de gestora, também se reconhecia como usuária do SUS, o que
752 lhe permitia compreender os desafios cotidianos da regulação. Avaliou que o debate
753 evidenciara convergência de diagnósticos entre gestão e controle social e afirmou que o
754 processo em curso se mostrava promissor para o enfrentamento dos problemas históricos da
755 regulação. Colocou-se à disposição para a continuidade do diálogo em outros espaços e
756 momentos e desejou votos de encerramento positivo ao final do ano. Na sequência,
757 conselheiro **Rodrigo Cesar de Lacerda** fez considerações com o objetivo de responder a
758 alguns pontos levantados no plenário. Explicou que a Secretaria Especial de Saúde Indígena -
759 SESAI participara de forma permanente das discussões e que suas especificidades estavam
760 contempladas nos artigos 27 e 28 da minuta da portaria. Destacou que a proposta previa a
761 contratualização de todos os serviços, públicos e privados, incluindo a Atenção Primária à
762 Saúde, e ressaltou a importância da programação assistencial como instrumento central para
763 explicitar a oferta disponível em cada território, assegurando transparência e definição
764 específica das responsabilidades de cada ente federativo. Afirmou que, a partir da
765 programação, da contratualização e da regulação, seria possível identificar vazios
766 assistenciais, tempos de espera e desigualdades regionais, produzindo diagnóstico mais
767 preciso da realidade do país. Defendeu que o CNS se organizasse estrategicamente para
768 acompanhar a construção do plano operativo, sugerindo que as comissões do CNS se
769 debruçassem sobre a portaria após sua publicação, com vistas a formular contribuições
770 específicas para cada eixo da política. Alertou para a necessidade de evitar atrasos excessivos
771 na implementação e propôs a definição de ações de curto, médio e longo prazo, bem como o
772 estabelecimento de monitoramento periódico da política pelo CNS, em consonância com
773 sugestão apresentada durante o debate. Em seguida, conselheiro **André Luiz Bonifácio**
774 solicitou breve intervenção para complementar as discussões. Informou que estava sendo
775 preparado levantamento nacional sobre a situação dos relatórios de gestão no SUS, indicando
776 que cerca de 1.417 municípios não haviam apresentado relatórios entre 2020 e 2024, havendo
777 casos de até cinco anos sem prestação de contas. Anunciou que o estudo seria encaminhado

778 ao CNS, incluindo listas por estado, análises de reprovações e aprovações com ressalvas,
779 além da utilização de ferramentas de inteligência artificial para identificar as causas dessas
780 situações. Relatou ainda a construção de parceria com tribunais de contas, CONASS e
781 CONASEMS para elaboração de modelo de parecer e lançamento de curso nacional de
782 capacitação em prestação de contas para gestores municipais. Conselheiro **Mauri Bezerra**
783 **dos Santos** reforçou que o avanço na apreciação dos relatórios de gestão era condição para o
784 recebimento de emendas parlamentares, destacando que não bastava a simples apresentação
785 dos relatórios, sendo necessária sua apreciação pelo Pleno dos conselhos de saúde. Na
786 sequência, a conselheira **Priscila Torres da Silva** procedeu à leitura integral dos
787 encaminhamentos construídos ao longo do debate, registrando que a listagem extensa seria
788 posteriormente editada para consolidação e aprimoramento da redação. São eles: 1) garantir a
789 participação do CNS no plano operativo do DRAC/MS, assegurando a participação dos
790 segmentos de pessoas usuárias, trabalhadores da saúde e gestores e prestadores de serviço;
791 2) implementar o modelo de cuidado centrado na pessoa usuária, garantindo o atendimento
792 individualizado, participativo e o respeito à diversidade social e familiar, por meio da educação
793 permanente com conteúdos obrigatórios sobre nome social e populações em situação de
794 vulnerabilidade (em situação de rua, privadas de liberdade); 3) fortalecer o SUS, por meio de
795 forte regulação estatal, assegurando que o setor privado se adeque às regras públicas,
796 associado ao fortalecimento da atenção primária, como ordenadora do cuidado, e à
797 organização das centrais de regulação para eliminar filas múltiplas, aprimorando a qualidade
798 das descrições enviadas e fomentando grupos de pré-atendimento multiprofissional; 4) ampliar
799 e qualificar o engajamento do controle social por meio do fortalecimento prioritário dos
800 Conselhos de Saúde em todas as esferas (local ao nacional), direcionando o acompanhamento
801 para a identidade e as necessidades reais das pessoas usuárias para garantir a governança e
802 a fiscalização do Sistema; 5) desenvolver um sistema de informação único e transparente para
803 gerenciar as filas de consultas, exames e cirurgias em todos os níveis de atenção e em todos
804 os estados, permitindo o acompanhamento em tempo real (incluindo tempo médio de espera) e
805 acesso pela população; 6) tornar obrigatória a inclusão de indicadores que avaliem as
806 determinações sociais de saúde (como vulnerabilidade social e distância geográfica) no
807 algoritmo de regulação, garantindo que o acesso priorize não apenas a gravidade clínica, mas
808 também a equidade; 7) estabelecer rigoroso mecanismo de auditoria e fiscalização da
809 qualidade e do cumprimento de metas dos serviços contratados da iniciativa privada, com
810 penalidades claras para o não atendimento eficiente da demanda regulada; 8) retomar o
811 controle da atenção básica, com vistas a reduzir terceirização e garantir que protocolos e fluxos
812 sejam definidos exclusivamente pela gestão pública, impedindo a influência do lucro privado no
813 acesso; 9) retomar a gestão pública, com base em dados transparentes e protocolos
814 padronizados, utilizando instrumentos regulatórios rigorosos para evitar o favorecimento
815 político e a determinação do acesso pelo lucro privado no SUS, oferecendo o melhor serviço e
816 o atendimento às pessoas usuárias; 10) modificar a terminologia para “transporte eletivo do
817 Paciente SuS”; 11) alterar a matriz de gestão para que a condução normativa da regulação
818 seja centralizada no nível federal, com obrigação de definir e garantir o cumprimento de prazos
819 máximos para o atendimento (sugestão: 30 a 60 dias); 12) reorientar o paradigma da regulação
820 para ser centrado nas necessidades das pessoas usuárias (demanda), e não apenas na oferta,
821 com revisão urgente dos critérios de contrarreferência e da abordagem do transporte sanitário
822 para assegurar a integralidade e continuidade do cuidado; 13) aprimorar os critérios de
823 segurança e monitoramento no uso de tecnologias de regulação, garantindo que a
824 padronização nacional respeite as especificidades e realidades locais, em paralelo, realizar a
825 correção imediata de erros formais na portaria vigente (como o Artigo 9º) para garantir a
826 precisão e validade da norma; 14) reforçar a participação do CNS não apenas na organização,
827 mas também na comunicação institucional e direta com o Ministério da Saúde. Este canal deve
828 ser utilizado primariamente na defesa intransigente dos direitos das pessoas usuárias,
829 trabalhadoras e da representação social, assegurando que a perspectiva do controle social
830 esteja na mesa de negociação; 15) garantir o envolvimento direto do Conselho nas etapas
831 práticas e na operacionalização de todo o processo de implementação das novas
832 regulamentações, assegurando que as decisões técnicas se traduzam em melhorias concretas
833 e efetivas no fluxo do sistema de saúde; 16) monitorar e enfrentar problemas críticos dos povos
834 originários e comunidades tradicionais; 17) atuar de forma mais intensa e articulada em
835 territórios críticos (como Yanomami e Xavante), reconhecendo regiões que demandam
836 resposta emergencial; e 18) desenvolver estratégias para enfrentar falhas de atendimento e
837 situações de vulnerabilidade, garantindo responsabilização e melhoria da qualidade do serviço.

838 Concluída a leitura, foi sugerido ajuste de linguagem, com a inclusão de perspectiva racial e de
839 gênero, recomendando o uso de termos inclusivos em documento oficial do CNS. A mesa
840 acolheu as sugestões e informou que as correções seriam incorporadas. Após os ajustes, a
841 mesa consultou o Plenário do Conselho sobre a possibilidade de colocar a minuta da Política
842 Nacional de Regulação em regime de votação. Não havendo objeções, procedeu-se à votação.
843 **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a nova Política Nacional de Regulação – PNR,**
844 **com a proposta de inclusão do controle social nas três esferas.** Registrhou-se que a
845 proposta seguiria para pactuação tripartite, com a inclusão explícita do controle social nas três
846 esferas federativas. Finalizando, a mesa informou o horário de retomada da reunião no período
847 da tarde e agradeceu a participação de todos os conselheiros e conselheiras, declarando
848 encerrado o ponto de pauta. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras no
849 período da manhã: **Titulares - Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira
850 Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Anselmo**
851 **Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia Ferreira**
852 **Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos
853 Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cleide Cilene Farias Tavares**, Confederação
854 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Derivan Brito da**
855 **Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Fernanda Lou**
856 **Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Marcello Nunes**
857 **Pereira**, Conselho Federal de Nutrição (CFN); **Francisca Valda da Silva**, Associação
858 Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional
859 das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de
860 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas
861 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**,
862 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **José Vanilson Torres da Silva**,
863 Movimento Nacional População de Rua (MNPR); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação
864 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional
865 dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Aníbal Vieira**
866 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Thereza Almeida Antunes**,
867 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos**
868 **Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT
869 (CNTSS); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação
870 Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de**
871 **Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria**
872 **Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**,
873 Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação
874 Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional
875 dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia –
876 CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE); e **Walquiria**
877 **Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares
878 (ABRAZ). **Suplentes – Alciomar Antônio Marin**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH);
879 **André Luiz Bonifácio de Carvalho**, Ministério da Saúde (MS); **Andrea Cristina Pavei**
880 **Soares**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
881 (FEMAMA); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o
882 Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **César Carlos Wanderley Galiza**, Confederação
883 Nacional da Indústria (CNI); **Cleonice Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores (UGT);
884 **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de**
885 **Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice**
886 **Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em
887 Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Gelson Luiz de Albuquerque**, Conselho
888 Federal de Enfermagem (COFEN); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
889 Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos
890 Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); **José Oliveira da**
891 **Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **Marina Andueza Paullelli**, Instituto Brasileiro de
892 Defesa do Consumidor (IDEC); **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, Rede Nacional de
893 Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); **Odete Messa Torres**, Associação
894 Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Pérola Nazaré de Souza Ferreira**, Organização
895 Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Rafael Gomes Ditterich**, Conselho Federal de
896 Odontologia (CFO); **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Rede Nacional Feminista de Saúde,
897 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das

898 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; e **Thâmara Gonçalves dos Reis**,
899 Conselho Federal de Biologia (CFBIO). Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da
900 pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RELAÇÃO DE TRABALHO E**
901 **EDUCAÇÃO NA SAÚDE – CIRTES – Informes. Apresentações dos pareceres de**
902 **processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área**
903 **da saúde – Apresentação: conselheira Francisca Valda da Silva**, coordenadora da
904 CIRTES/CNS e integrante da Mesa Diretora do CNS. **Coordenação: conselheira Heliana**
905 **Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva**,
906 coordenadora da CIRTES/CNS, iniciou sua manifestação saudando todas as pessoas
907 presentes e internautas e contextualizando que, primeiramente, apresentaria informes da
908 Comissão. Ressaltou que a Comissão historicamente concentrara esforços na pauta da
909 educação em saúde, abrangendo a formação de nível superior, a formação técnica e
910 tecnológica, a pós-graduação, com destaque para as residências, e políticas estruturantes
911 como o Programa Mais Médicos. Destacou a relevância desse Programa como política de
912 Estado voltada à formação, provimento e fixação de profissionais de Medicina em áreas
913 remotas, de difícil acesso e em territórios em situação de vulnerabilidade. Recordou que o
914 Programa, criado em 2013, atravessara um período de desmonte entre 2015 e 2022, marcado
915 pela dispensa de médicos da cooperação internacional, pela retirada do eixo da formação e
916 pela redução do Programa à lógica exclusiva de provimento, sob a denominação Médicos pelo
917 Brasil. Informou que, a partir de 2023, o Programa fora retomado com ênfase na formação, na
918 abertura de novos editais e na valorização da regulação estatal da formação médica, ainda que
919 permanecessem desafios decorrentes da judicialização promovida pelo setor privado, contrária
920 aos processos regulatórios. Relatou como informe positivo a realização de seminário recente
921 que apresentou resultados de sete pesquisas relacionadas ao marco intermediário do
922 Programa Mais Médicos, evidenciando avanços e impactos positivos da política. Compartilhou
923 experiências que demonstraram o compromisso de profissionais que se deslocaram de regiões
924 do Sul e Sudeste para atuar em municípios extremamente isolados da Região Norte,
925 ressaltando o papel do SUS como instrumento de inclusão, democracia e garantia do direito à
926 saúde, mesmo em contextos de extrema precariedade de infraestrutura. Informou que o
927 Conselho vinha participando ativamente de grupos de trabalho interministeriais, envolvendo o
928 Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, inclusive em atividades vinculadas ao
929 Congresso da Abrasco, voltadas ao planejamento e dimensionamento da força de trabalho em
930 saúde. Destacou a validação de metodologia nacional para o dimensionamento da força de
931 trabalho do SUS, ressaltando a importância de o próprio sistema público assumir a produção
932 de dados demográficos das categorias profissionais, antes concentrada nos conselhos
933 profissionais. Nesse contexto, registrou o lançamento recente da demografia da Medicina e da
934 demografia da enfermagem, bem como os avanços no censo da enfermagem e na construção
935 de plataforma de cadastro nacional de especialistas. Destacou que essas iniciativas eram
936 fundamentais para a organização das linhas de cuidado, protocolos clínicos e diretrizes
937 terapêuticas, evitando a fragmentação da atenção básica como espaço isolado e garantindo a
938 articulação com a atenção especializada, a alta complexidade e os cuidados continuados.
939 Comunicou ainda que a CIRTES realizaria, em 18 de dezembro, sua última reunião do ano,
940 dedicada ao planejamento do triênio 2025–2027, já em fase avançada de elaboração, com
941 ampla participação dos membros da comissão e de suas câmaras técnicas, relativas à
942 formação técnica, à graduação e às residências. Acrescentou que o Conselho solicitara ao
943 Ministério da Saúde a apresentação de um plano decenal da força de trabalho no SUS, com
944 projeções futuras, reforçando a centralidade da política de trabalho e educação como condição
945 para a efetivação do sistema de saúde, para além do financiamento. Destacou que as
946 profissões da saúde não se encontravam em risco de extinção frente às transformações
947 tecnológicas, à saúde digital e à plataformização, enfatizando que o trabalho em saúde deveria
948 ocupar lugar central na agenda do governo, do Congresso Nacional, do Supremo Tribunal
949 Federal e do pacto interfederativo. Mencionou, ainda, o acúmulo de debates sobre a Política
950 Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança das Trabalhadoras e dos Trabalhadores do
951 SUS, bem como sobre carreira interfederativa. No âmbito do financiamento, registrou a
952 participação da CIRTES em seminário promovido pela Comissão Intersetorial de Orçamento e
953 Financiamento - COFIN, com a presença do Supremo Tribunal Federal, que tratou criticamente
954 do impacto das emendas parlamentares no financiamento do SUS. Alertou que tais emendas
955 retiravam recursos do sistema sem compromisso com os planos de saúde aprovados nos
956 conselhos, configurando grave ameaça ao planejamento e à gestão pública da saúde. Relatou,
957 ainda, a participação da CIRTES em debates sobre carreira no SUS, destacando

958 encaminhamentos políticos que seriam levados à Mesa Diretora do CNS, com vistas a
959 fortalecer a incidência política do controle social. Ressaltou que o SUS havia resistido a um
960 contexto econômico adverso, mas que o objetivo do controle social era avançar para um novo
961 patamar de fortalecimento do sistema, e não apenas garantir sua sobrevivência. Citou também
962 como avanço institucional o lançamento da Comissão Técnica de Registro Profissional do
963 Sanitarista durante o Congresso da Abrasco, com a criação de comitê de acompanhamento da
964 implementação dessa carreira, reconhecendo o papel histórico do CNS nesse processo.
965 Mencionou também avanços recentes na Política Nacional de Residências em Saúde, incluindo
966 a publicação de portarias relativas a auxílios e a consolidação de uma política nacional
967 integrada, superando a fragmentação entre residências médicas e multiprofissionais. Na
968 sequência, apresentou informe relativo aos pareceres de processos de autorização,
969 reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde, referentes ao período
970 de 8 a 30 de novembro de 2025. Informou que, em 22 dias de trabalho, foram analisados 21
971 processos, dos quais treze receberam parecer insatisfatório e oito foram considerados
972 satisfatórios com recomendações, não havendo processos classificados como plenamente
973 satisfatórios. Para conhecimento, fez uma explanação geral sobre os 21 processos analisados
974 pela Comissão: **1)** Número de Processos Analisados e ato regulatório: 15 de autorização, 0 de
975 autorização vinculada ao credenciamento e 6 de reconhecimento; **2)** Relação entre número de
976 processos analisados e Curso - Enfermagem: 7; Medicina: 2; Odontologia: 4; e Psicologia: 9; **3)**
977 Relação de cursos e tipo de ato regulatório: Enfermagem – seis de autorização e um de
978 reconhecimento; Medicina – dois de reconhecimento; Odontologia – quatro de autorização; e
979 Psicologia – cinco de autorização e três de reconhecimento; e **4)** Relação entre número de
980 processos analisados e parecer final: treze insatisfatórios e oito satisfatório com
981 recomendação. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** manifestou preocupação com o
982 crescimento do número de cursos insatisfatórios e com os riscos que essa realidade
983 representava para a segurança dos usuários do sistema de saúde. Ao concluir, a coordenadora
984 da CIRTES/CNS reforçou a importância da atuação do controle social na regulação da
985 formação em saúde, ressaltando que a qualidade da formação profissional impactava
986 diretamente a vida das pessoas atendidas no SUS. Agradeceu a oportunidade de apresentar
987 os informes e os pareceres ao Plenário do Conselho. Neste ponto não houve deliberação.
988 **ITEM 5 – ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA “AGORA TEM ESPECIALISTAS”** - Diretriz
989 III - fortalecimento e aperfeiçoamento da Atenção Especializada à Saúde promovendo a
990 articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Diretriz VI - Oferta
991 regionalizada e pactuada de serviços especializados, com planejamento em consonância
992 com o território, participação das instâncias intergestoras e uso ampliado da capacidade
993 instalada da rede SUS e complementar - Apresentação: **Marcos Jonathan Lino dos**
994 **Santos**, assessor técnico do Departamento de Estratégias para a Expansão e Qualificação da
995 Atenção Especializada - DEEQAE/SAES/MS. Coordenação: conselheira **Priscila Torres da**
996 **Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa
997 Diretora do CNS. Conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, iniciou
998 destacando a relevância estratégica do acompanhamento permanente do Programa Agora
999 Tem Especialistas, pauta recorrente das reuniões ordinárias do CNS desde junho. Ressaltou
1000 que o tema possuía centralidade especial para o segmento de usuários, em razão dos
1001 impactos diretos do programa sobre o acesso à Atenção Especializada à Saúde. Informou que
1002 o debate daquele ponto da pauta concentrava-se na Diretriz III, voltada ao fortalecimento e ao
1003 aperfeiçoamento da Atenção Especializada, com promoção da articulação entre os diferentes
1004 níveis de atenção, e na Diretriz VI, relativa à oferta regionalizada e pactuada de serviços
1005 especializados, com planejamento territorial, participação das instâncias intergestoras e uso
1006 ampliado da capacidade instalada da rede SUS e complementar. Após apresentar o convidado
1007 para este ponto de pauta abriu a palavra a ele para exposição. O assessor técnico **Marcos**
1008 **Jonathan Lino dos Santos** iniciou sua exposição saudando o Plenário, realizando
1009 autodescrição e agradecendo o convite ao Ministério da Saúde. Justificou a ausência de
1010 dirigentes do Departamento em razão de agendas externas em diferentes estados,
1011 relacionadas à divulgação e ao acompanhamento do Programa. Informou que sua
1012 apresentação tinha por objetivo atualizar o Conselho sobre o andamento do Programa Agora
1013 Tem Especialistas, com foco nos componentes vinculados às diretrizes em debate. Explicou
1014 que o Programa previa a prestação de serviços especializados pela União em caráter
1015 complementar a estados e municípios, de forma pactuada e regionalizada, estruturada em três
1016 modalidades. Detalhou que, na Modalidade 1, referente ao credenciamento universal de
1017 serviços privados para o SUS, haviam sido recebidas 188 propostas, das quais 64

1018 encontravam-se pré-aprovadas, aguardando a constituição de comissão específica para
1019 análise detalhada. Informou que nenhuma proposta ainda fora liberada para execução, em
1020 razão de trâmites internos, pactuações territoriais e limitações orçamentárias, embora o
1021 processo de recebimento e análise das propostas estivesse em curso. Na Modalidade 2,
1022 relacionada à utilização da capacidade ociosa instalada - OCI de estabelecimentos públicos e
1023 privados, informou que haviam sido recebidas 68 propostas, com 32 já aprovadas. Explicou
1024 que a execução dessa modalidade ocorria por meio de processos de contratação conduzidos
1025 pela AGSUS e pelo Grupo Hospitalar Conceição - GHC, com desenvolvimento de projeto piloto
1026 nas Regiões Norte e Sul. Apresentou exemplos de ações em curso, como cirurgias de catarata
1027 no Amazonas, cirurgias gerais e ginecológicas em Manacapuru, e procedimentos em
1028 municípios do Rio Grande do Sul, destacando a identificação de capacidade estrutural e a
1029 contratação de profissionais para viabilizar a execução. Sobre a Modalidade 3, referente às
1030 carretas de atendimento, informou que, até o dia anterior à reunião, haviam sido realizados
1031 35.568 procedimentos, beneficiando 14.295 pessoas em todo o país. Elucidou que as carretas
1032 operavam na lógica de oferta de cuidados integrados, com pacientes regulados pelos próprios
1033 municípios ou estados, atendendo exclusivamente pessoas já inseridas nas filas. Destacou
1034 ajustes realizados para garantir a continuidade do cuidado, especialmente em exames que
1035 demandavam biópsias e resultados posteriores, mencionando pactuações com hospitais de
1036 referência para assegurar a integralidade da assistência. Informou que havia 35 carretas em
1037 operação em 22 unidades federadas, com previsão de expansão para novos municípios e
1038 alcance de até 27 unidades federadas no início do ano seguinte, embora alguns municípios
1039 tivessem sido reprogramados para início em janeiro. Destacou casos em que filas haviam sido
1040 zeradas, como em mamografia e ultrassonografia em Ceilândia, Garanhuns e Humaitá,
1041 ressaltando que tais resultados refletiam a articulação entre União, estados e municípios e o
1042 cuidado com a qualidade dos serviços prestados. No componente de crédito financeiro e
1043 ressarcimento ao SUS, disse que haviam sido recebidas 148 propostas com análise técnica
1044 aprovada, envolvendo oferta inicial estimada de cerca de 40 mil procedimentos ambulatoriais e
1045 mais de 32 mil cirurgias. Explicou que a liberação efetiva dependia de análises documentais e
1046 fiscais, incluindo verificação junto à Receita Federal e à Procuradoria-Geral da Fazenda
1047 Nacional. Detalhou que os contratos eram formalizados por meio de termos de execução
1048 assinados por estado, município e prestador, após pactuação em Comissão Intergestores
1049 Bipartite - CIB, assegurando que a decisão sobre a contratação partia do território. Apresentou
1050 dados de contratos já firmados, totalizando cerca de R\$ 33 milhões em crédito financeiro, com
1051 previsão de realização de aproximadamente 25 mil procedimentos ambulatoriais e mais de 6
1052 mil cirurgias ao longo de um ano. Citou exemplos de estabelecimentos já habilitados e em
1053 execução em diferentes estados, bem como outros em fase final de contratação e publicação
1054 de portarias. Ressaltou que, em alguns casos, os procedimentos já poderiam ser realizados
1055 após assinatura dos contratos, mesmo antes da publicação formal, em razão da pactuação
1056 concluída. Detalhou ainda o acompanhamento das pactuações em CIB, informando que
1057 algumas propostas aprovadas aguardavam deliberação estadual, enquanto outras avançavam
1058 mais lentamente, exigindo diálogo contínuo nos territórios. Reforçou que a equipe do Ministério
1059 da Saúde realizava visitas técnicas e reuniões presenciais para escuta e alinhamento, visando
1060 garantir qualidade da oferta e redução efetiva do tempo de espera dos pacientes. No que se
1061 refere ao componente de ressarcimento ao SUS, informou que o Ministério mantinha diálogo
1062 permanente com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Citou propostas
1063 apresentadas por grandes grupos, como Hapvida e Unimed, em diferentes estágios de análise,
1064 pactuação e contratação, sempre condicionadas à aprovação nas instâncias intergestoras.
1065 Apresentou dados de evolução da execução do Programa, destacando crescimento de 14% na
1066 oferta de procedimentos ambulatoriais especializados em comparação a períodos anteriores e
1067 aumento significativo na realização de cirurgias, superando, entre janeiro e setembro, o volume
1068 total registrado em todo o ano de 2022. Relatou a publicação de portarias de unificação de
1069 valores para ampliar a flexibilidade do uso dos recursos e potencializar a redução das filas.
1070 Abordou ainda o eixo de provimento e informação, informando que 568 profissionais
1071 especialistas estavam em atividade no âmbito do programa. Destacou a ampliação prevista das
1072 residências em saúde a partir de 2026, com abertura de mil bolsas para profissionais de
1073 diversas categorias e três mil bolsas para medicina, priorizando territórios com maiores vazios
1074 assistenciais e estratégias de fixação profissional. Por fim, relatou a realização de mutirões
1075 nacionais, em parceria com a EBSERH, hospitais universitários e entidades filantrópicas, bem
1076 como mutirões específicos para populações indígenas, em articulação com a SESAI. Informou
1077 a realização de edições anteriores e anunciou novas ações programadas, inclusive com

1078 mobilização nacional de hospitais. Encerrou a exposição indicando a página eletrônica do
1079 Programa, com informações atualizadas, e colocou-se à disposição para elucidações ao
1080 Plenário. Concluída a exposição, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Odete**
1081 **Messa Torres** manifestou-se destacando, inicialmente, a relevância do diálogo contínuo entre
1082 o Ministério da Saúde e o CNS, avaliando que a aproximação institucional vinha contribuindo
1083 para o aprimoramento da política pública em discussão. Recordou que, no item anterior da
1084 pauta, relativo à CIRTES, fora celebrada a aprovação da Política Nacional de Residências em
1085 Saúde, mas ponderou que persistiam assimetrias importantes na distribuição das vagas.
1086 Apontou como preocupação central a desproporção entre o número de vagas destinadas à
1087 residência médica e aquelas voltadas às demais profissões da saúde, alertando para o risco de
1088 fragilização da interprofissionalidade e da multiprofissionalidade, princípios estruturantes do
1089 SUS. Defendeu o fortalecimento da valorização das residências multiprofissionais no âmbito do
1090 Programa, considerando as dificuldades de fixação de profissionais e a necessidade de
1091 integração efetiva das equipes de saúde. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** trouxe
1092 questionamento pontual relacionado ao uso da capacidade ociosa de estabelecimentos de
1093 saúde no Estado do Rio Grande do Sul, especificamente no município de Canoas. Relatou ter
1094 recebido nota pública do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul que apontava
1095 grave situação da atenção hospitalar local, incluindo restrição de atendimentos eletivos,
1096 fechamento de portas de urgência e emergência e atraso no pagamento de profissionais.
1097 Assim, perguntou os critérios utilizados pelo Programa para classificar o Hospital Universitário
1098 de Canoas como projeto piloto, considerando que, segundo informações do controle social
1099 estadual, a unidade não estaria conseguindo atender sequer a demanda regular do município e
1100 da região metropolitana, para a qual servia de referência. Solicitou explicações sobre os
1101 processos de avaliação adotados pelo Ministério da Saúde para credenciamento desses
1102 estabelecimentos no âmbito do programa. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** manifestou
1103 preocupação com as parcerias firmadas com grandes grupos privados da saúde, em especial
1104 com o grupo Hapvida. Relatou que, em diversos estados do Nordeste, o referido grupo
1105 enfrentava sérias dificuldades assistenciais, com estruturas insuficientes para atender seus
1106 próprios beneficiários. Alertou que a pactuação para atendimento de pessoas usuárias do SUS
1107 poderia agravar ainda mais a precariedade da assistência. Acrescentou preocupação
1108 específica com o Hospital Maranhense, apontando mudanças sucessivas de controle societário
1109 e a existência de elevado passivo trabalhista, especialmente relacionado ao período da
1110 pandemia de COVID-19. Defendeu que o Ministério da Saúde avaliasse criteriosamente a
1111 situação jurídica e financeira dos estabelecimentos antes da celebração de parcerias, a fim de
1112 evitar responsabilização subsidiária do poder público. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva**
1113 corroborou as críticas relativas ao grupo Hapvida, destacando denúncias recorrentes sobre
1114 precarização do trabalho, descumprimento de convenções coletivas e baixa qualidade
1115 assistencial. Questionou o processo decisório que resultara na pactuação desses prestadores,
1116 indagando se o tema fora devidamente discutido nas CIBs e sobretudo com os Conselhos
1117 Estaduais de Saúde. Ressaltou a ausência do controle social nos processos de pactuação
1118 territorial e defendeu a necessidade de envolvimento sistemático dos conselhos estaduais e
1119 municipais. Também solicitou maior detalhamento sobre o tipo de procedimentos realizados no
1120 âmbito do Programa, alertando para a necessidade de diferenciar procedimentos de baixa
1121 complexidade de cirurgias efetivamente resolutivas. Conselheiro **José Vanilson Torres da**
1122 **Silva** agradeceu a apresentação do Ministério da Saúde, mas expressou preocupação quanto
1123 à efetiva inclusão dos “públicos da equidade” no Programa *Agora Tem Especialistas*. Destacou
1124 que populações historicamente discriminadas, como pessoas em situação de rua, enfrentavam
1125 barreiras estruturais de acesso inclusive aos serviços de urgência e atenção básica, em razão
1126 de preconceito, racismo estrutural e apofobia. Questionou se o Ministério da Saúde previa a
1127 elaboração de recomendações ou notas técnicas específicas para garantir o acesso equitativo
1128 dessas populações ao Programa, de modo a assegurar que ninguém fosse deixado para trás.
1129 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** reconheceu a importância estratégica do Programa e
1130 manifestou preocupação com a qualidade das avaliações realizadas sobre a capacidade dos
1131 prestadores credenciados. Diante dos relatos apresentados no debate, questionou se o
1132 Ministério da Saúde dispunha de mecanismos de fiscalização contínua para verificar se os
1133 estabelecimentos parceiros possuíam condições reais de ofertar os serviços pactuados.
1134 Solicitou explicações sobre a situação das carretas de atendimento, relatando demanda
1135 reprimida em seu município, com usuários aguardando há mais de dois anos por consultas e
1136 procedimentos, inclusive com risco de agravamento irreversível de quadros clínicos.
1137 Conselheiro **Fernando Marcello Nunes Pereira** propôs reflexões sobre a articulação do

1138 Programa com os demais níveis de atenção à saúde, especialmente a atenção primária.
1139 Ressaltou que a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira
1140 produzia demandas crescentes por atenção especializada, exigindo integração entre promoção
1141 da saúde, prevenção e cuidado especializado. Questionou a realização de atendimentos em
1142 dias específicos, como sábados, considerando a realidade laboral da população e a ampliação
1143 de jornadas de trabalho. Defendeu maior equilíbrio na distribuição de vagas de residência entre
1144 as diferentes categorias profissionais e destacou a necessidade de articulação do Programa
1145 com concursos públicos e políticas de provimento. Solicitou ainda maior detalhamento sobre os
1146 planos de ação, mutirões e mobilizações anunciados, bem como a garantia de participação do
1147 controle social em todas as pontuações. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** parabenizou
1148 o Ministério da Saúde pela continuidade do acompanhamento do Programa e ressaltou a
1149 importância do comitê de monitoramento com participação do CNS. A partir das manifestações
1150 sobre parcerias com operadoras privadas, questionou o impacto financeiro efetivo do
1151 ressarcimento ao SUS, solicitando informações sobre os valores envolvidos nos procedimentos
1152 contratualizados. Comparou esses montantes com os elevados lucros das operadoras de
1153 planos de saúde e com o volume de dívidas dessas empresas junto ao SUS, defendendo maior
1154 transparéncia sobre a relação custo-benefício das parcerias estabelecidas. Conselheira **Pérola**
1155 **Nazaré de Souza Ferreira** solicitou informações específicas sobre a execução do Programa
1156 em hospitais de Belém, questionando se os procedimentos já haviam sido iniciados ou ainda
1157 estavam em fase de planejamento. Indagou se havia tabela pública de custos dos
1158 procedimentos realizados no âmbito do Programa, de modo a permitir o acompanhamento pelo
1159 controle social. Parabenizou o Ministério da Saúde pela inclusão de povos indígenas nas ações
1160 do Programa e sugeriu a ampliação do escopo para contemplar, de forma estruturada, pessoas
1161 com deficiência, mulheres com deficiência, mulheres trans e mulheres quilombolas, relatando
1162 situações de extrema exclusão vivenciadas em territórios remotos, como o arquipélago do
1163 Marajó. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** reconheceu avanços na execução do
1164 Programa, mas reforçou preocupações quanto à continuidade do cuidado e à articulação com a
1165 atenção básica e com os serviços de reabilitação. Alertou para a necessidade de explicar à
1166 população que o Programa não representava migração do SUS para planos de saúde privados,
1167 registrando que confusões desse tipo eram frequentes nos territórios. Questionou quais
1168 estratégias o Ministério da Saúde vinha adotando para dialogar com conselhos locais,
1169 municipais e estaduais sobre o Programa. Ressaltou ainda que, para além do cuidado médico,
1170 a iniciativa deveria contemplar a atuação das diversas outras profissões da saúde, reafirmando
1171 o caráter multiprofissional do SUS. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** iniciou sua
1172 manifestação ressaltando a importância do retorno apresentado pelo Ministério da Saúde e
1173 reconhecendo que a inclusão da saúde suplementar no Programa *Agora Tem Especialistas* era
1174 previsível, especialmente considerando que as operadoras com maior volume de dívidas junto
1175 ao SUS tendiam a ser as primeiras a aderir. Defendeu que, diante desse cenário, seria
1176 necessário adotar estratégias de mitigação de riscos, destacando como fundamental a
1177 presença permanente da ANS no processo de avaliação e acompanhamento do Programa.
1178 Questionou como o Ministério da Saúde monitoraria o ressarcimento das dívidas existentes
1179 sem que novas dívidas fossem simultaneamente geradas em decorrência do descumprimento
1180 da cobertura assistencial aos beneficiários dos planos de saúde. Alertou para o risco de
1181 formação de um ciclo contínuo de inadimplência, caso as operadoras deixassem de atender
1182 seus próprios usuários ao priorizar atendimentos vinculados ao programa. Destacou que os
1183 valores efetivamente reconhecidos pelas operadoras correspondiam apenas às dívidas
1184 transitadas em julgado, o que reduzia significativamente o montante recuperado pelo SUS.
1185 Manifestou preocupação ainda com o uso das carretas de atendimento, alertando que
1186 experiências anteriores de mutirões haviam sido marcadas por descontinuidade do cuidado,
1187 ausência de vínculo com a atenção primária à saúde e utilização com fins eleitorais. Defendeu
1188 que os resultados das carretas fossem avaliados não apenas pelo volume de procedimentos
1189 realizados, mas sobretudo pelo impacto nos indicadores de saúde e pela efetiva integração das
1190 redes de atenção. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS passasse a receber relatórios
1191 sistemáticos do comitê de acompanhamento do Programa, de modo a qualificar o debate e
1192 valorizar o papel da representação do Conselho indicada para esse monitoramento.
1193 Conselheira **Eliane Junger Pelaez** somou-se às críticas relativas à contratualização com
1194 planos privados, enfatizando os potenciais prejuízos à saúde da população. Em sua
1195 intervenção, concentrou-se especialmente na discussão sobre a oferta de cuidados integrados
1196 e a força de trabalho em saúde. Avaliou que a proposta de cuidados integrados representava o
1197 maior avanço do Programa, por articular exames, consultas, cirurgias, continuidade do cuidado

1198 e humanização da atenção. Contudo, alertou que essa abordagem exigia equipes
1199 multiprofissionais e interprofissionais estruturadas, com trabalhadores suficientes e
1200 devidamente vinculados aos serviços. Questionou a ausência de dados claros sobre a força de
1201 trabalho envolvida na execução do programa e ressaltou que a realização de mutirões poderia
1202 responder a demandas agudas, mas não resolveria o problema estrutural do crescimento
1203 contínuo das filas, impulsionado pelo envelhecimento populacional, pelo aumento da violência
1204 e pela complexificação das necessidades de saúde. Assim, defendeu que o Programa fosse
1205 utilizado como oportunidade para estruturar serviços permanentes, com enraizamento
1206 institucional, concursos públicos e fortalecimento da rede SUS. Solicitou informações
1207 específicas sobre a quantidade e o perfil dos profissionais envolvidos, incluindo médicos e
1208 demais categorias, e defendeu que essa análise incorporasse recortes de raça, gênero,
1209 deficiência e políticas afirmativas. Conselheiro **Alciomar Antônio Marin** manifestou apoio à
1210 iniciativa, avaliando como relevante e possível de aperfeiçoamento contínuo. Destacou que
1211 políticas dessa natureza deveriam ser flexíveis, adaptáveis e permanentemente avaliadas
1212 quanto aos resultados alcançados. Ressaltou a importância da prestação de contas por parte
1213 dos hospitais participantes, tanto às instâncias de controle quanto à sociedade. Em nome da
1214 Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, destacou que os hospitais
1215 filantrópicos representavam parcela expressiva da rede SUS, com mais de 170 mil leitos e
1216 cerca de 90% de sua produção destinada ao atendimento público. Defendeu que essas
1217 instituições eram parceiras históricas do SUS e que sua participação no Programa poderia
1218 contribuir significativamente para a ampliação do acesso, inclusive com a incorporação futura
1219 de novas especialidades. Conselheira **Marina Andueza Paulelli** reforçou as críticas já
1220 apresentadas acerca da adesão de grandes operadoras privadas ao programa. Destacou que
1221 uma das operadoras com maior participação no *Agora Tem Especialistas* figurava entre as
1222 mais reclamadas junto à ANS, ocupando posição de destaque no ranking de Notificações de
1223 Intermediação Preliminar - NIP. Acrescentou que dados do Conselho Nacional de Justiça sobre
1224 judicialização da saúde também apontavam essas operadoras como protagonistas em ações
1225 judiciais movidas por usuários em razão de falhas assistenciais. Assim, questionou quais
1226 mecanismos de fiscalização estavam sendo adotados pelo Ministério da Saúde para garantir a
1227 qualidade do atendimento prestado pelas operadoras no âmbito do Programa. Também
1228 indagou sobre a existência de canais específicos de comunicação e reclamação para os
1229 usuários atendidos e sobre as exigências impostas às operadoras para adesão e permanência
1230 no Programa, especialmente no enfrentamento de problemas históricos de acesso e qualidade.
1231 Conselheiro **Moyses Toniolo de Souza** analisou dados apresentados sobre a execução do
1232 programa na Bahia, destacando propostas inicialmente sem aprovação em CIB, mas que
1233 posteriormente seriam aprovadas *ad referendum*. Ressaltou que, além dos créditos financeiros
1234 vinculados ao *Agora Tem Especialistas*, persistiam nos estados outras resoluções de CIB
1235 voltadas à ampliação da média e alta complexidade, o que exigia análise integrada das
1236 diferentes fontes de financiamento e modelos assistenciais. Manifestou preocupação com a
1237 lógica dos mutirões e das carretas, reconhecendo sua capacidade de resolver demandas
1238 pontuais, mas questionando a sustentabilidade das ações nos territórios após a superação
1239 inicial das filas. Indagou como o Ministério da Saúde planejava lidar com os vazios
1240 assistenciais persistentes e com a geração contínua de novas demandas em municípios onde
1241 o Programa fosse implantado de forma mais estruturada, defendendo que a superação das
1242 filas deveria resultar em consolidação de serviços permanentes. Conselheiro **Derivan Brito da**
1243 **Silva** trouxe reflexão crítica sobre o conceito de cuidados integrados, defendendo que ele
1244 deveria extrapolar a centralidade das especialidades médicas e incorporar efetivamente a
1245 abordagem multiprofissional e interprofissional. Manifestou desconforto com a recorrente
1246 referência a “médicos e outras áreas profissionais”, afirmando que todas as profissões da
1247 saúde possuíam identidade própria e deveriam ser nomeadas explicitamente nas políticas
1248 públicas. Questionou o uso genérico do termo “terapias” nos dados apresentados, solicitando
1249 explicações sobre quais práticas e categorias profissionais estavam incluídas nessa
1250 denominação. Destacou a importância de compreender o cuidado pós-cirúrgico, a reabilitação
1251 e a vida das pessoas nos territórios após os procedimentos. Também solicitou detalhamento
1252 sobre a participação de estudantes no Programa, questionando suas áreas de formação,
1253 atribuições e locais de atuação, de modo a permitir análise qualificada das informações
1254 apresentadas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** retomou a palavra para reiterar
1255 preocupações relativas à execução do Programa no Rio Grande do Sul, citando
1256 especificamente a Fundação Universitária de Cardiologia, que se encontrava em recuperação
1257 judicial após colapso de unidades hospitalares no estado. Relatou o impacto da situação sobre

1258 trabalhadores e usuários e questionou os critérios adotados para a destinação de recursos
1259 financeiros a instituições em grave crise econômico-financeira. Alertou para a necessidade de
1260 análise criteriosa dos riscos assistenciais e trabalhistas associados às parcerias estabelecidas
1261 no âmbito do programa. Concluídas as falas, a palavra retornou ao convidado para respostas.
1262 O assessor técnico do DEEQAE/SAES/MS, **Marcos Jonathan Lino dos Santos**, agradeceu as
1263 contribuições e questionamentos apresentados e informou que havia registrado todos os
1264 pontos para respondê-los de forma sistemática. Inicialmente, abordou a questão da distribuição
1265 das vagas de residência multiprofissional, reconhecendo que o debate vinha sendo conduzido
1266 conjuntamente com a SGTES/MS. Explicou que a definição das bolsas e a abertura de novas
1267 vagas haviam sido orientadas por estudos e diagnósticos recentes, especialmente a cartografia
1268 da força de trabalho médica e a identificação dos vazios assistenciais. Reconheceu, contudo, a
1269 importância das demais categorias profissionais, como enfermeiros e nutricionistas, pediu
1270 desculpas pela forma como a informação fora apresentada e comprometeu-se a corrigir as
1271 apresentações futuras, de modo a explicitar melhor os perfis profissionais contemplados.
1272 Destacou a preocupação central do Ministério da Saúde com a continuidade do cuidado,
1273 informando que a equipe vinha realizando visitas técnicas a estados e municípios e dialogando
1274 com os territórios para enfrentar as fragilidades apontadas no debate. Ressaltou que, embora
1275 as carretas de atendimento fossem relevantes para a realização de procedimentos e
1276 diagnósticos, o foco principal do programa era garantir o retorno do usuário à Atenção Primária
1277 à Saúde e a vinculação permanente à rede de cuidados. Informou que havia articulação
1278 estruturada com a SAPS/MS, especialmente por meio da Coordenação de Redes, para
1279 construção de ferramentas e indicadores voltados à navegação do cuidado do paciente.
1280 Relatou avanços na integração dos sistemas de informação, destacando a expansão do
1281 Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC para a atenção ambulatorial especializada, a partir de
1282 experiências piloto bem-sucedidas em alguns municípios. Reconheceu que muitos
1283 estabelecimentos ainda utilizavam prontuários próprios, mas afirmou que o Ministério estava
1284 trabalhando para viabilizar a interoperabilidade dos sistemas, de modo a permitir que
1285 profissionais da atenção especializada tivessem acesso ao histórico do cuidado prestado na
1286 Atenção Primária e que o usuário mantivesse vínculo com sua equipe de referência. Enfatizou
1287 que essa integração exigia mudança cultural e reorganização do modelo de atenção. Nesse
1288 contexto, mencionou que a Política Nacional de Atenção Especializada buscava enfrentar o
1289 chamado “efeito velcro”, no qual o paciente permanecia retido na atenção especializada,
1290 defendendo o fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado. Explicou
1291 que, no caso das carretas, eram realizadas reuniões prévias com municípios, estados,
1292 prestadores e a AGSUS para estruturar a rede local antes da chegada dos atendimentos,
1293 assegurando que os diagnósticos realizados tivessem retaguarda assistencial e continuidade
1294 terapêutica, especialmente em áreas como oncologia, onde exames diagnósticos demandavam
1295 garantia de tratamento subsequente. Informou que, no âmbito das carretas, estavam sendo
1296 contratados profissionais específicos para realizar a navegação do cuidado, acompanhando os
1297 usuários após os exames e diagnósticos, orientando-os sobre o retorno à rede e acionando os
1298 municípios para busca ativa quando necessário, evitando a perda de seguimento dos
1299 pacientes. Ressaltou que o Programa vinha sendo continuamente ajustado, em permanente
1300 aperfeiçoamento, inclusive com a possibilidade de emissão de notas técnicas ou alterações
1301 normativas conforme as demandas identificadas nos territórios. No que se refere à equidade,
1302 Marcos afirmou que as contribuições do plenário seriam levadas à Diretoria e ao
1303 Departamento, reconhecendo a necessidade de direcionamentos mais explícitos para que
1304 estados e municípios adotassem olhares equânimes no processo regulatório. Ressaltou que,
1305 embora a regulação fosse executada nos territórios, o Ministério poderia reforçar orientações
1306 para assegurar o acesso de populações historicamente em situação de vulnerabilidade. Quanto
1307 ao componente de resarcimento ao SUS, explicou que a análise das propostas de
1308 prestadores e operadoras era realizada por meio de sistemas oficiais, a partir da matriz de
1309 oferta apresentada. Informou que essa matriz era avaliada com base no Cadastro Nacional de
1310 Estabelecimentos de Saúde - CNES, considerando profissionais, estrutura e capacidade
1311 instalada. Destacou que a pactuação territorial era fundamental, uma vez que as CIBs
1312 poderiam aprovar ou rejeitar propostas, inclusive *ad referendum*, com base no conhecimento
1313 da qualidade assistencial dos estabelecimentos. Relatou que já haviam ocorrido casos de
1314 reprovação de matrizes de oferta em razão de avaliações negativas feitas pelos próprios
1315 territórios. Elucidou que, no caso das carretas, todas as unidades passavam por vistoria prévia
1316 da vigilância sanitária municipal ou estadual antes do início das atividades, sendo autorizadas
1317 apenas após aprovação formal. Informou que, no estado do Pará, o serviço Cintia Charone,

1318 voltado à oftalmologia, já havia iniciado atendimentos por meio de crédito financeiro, enquanto
1319 a Beneficência Portuguesa encontrava-se em fase final de ajustes contratuais para início das
1320 atividades. Em relação aos dias de atendimento, explicou que os procedimentos realizados nos
1321 chamados "Dias D" e "Dias E" incluíam consultas, exames e cirurgias previamente regulados,
1322 com usuários já avaliados e com exames preparatórios concluídos, visando reduzir o
1323 absenteísmo. Informou que, além dos sábados, estavam previstas ações também aos
1324 domingos, em parceria com Santas Casas e hospitais filantrópicos, ampliando o acesso para
1325 populações que não conseguiam comparecer em dias úteis. Sobre os valores e o crédito
1326 financeiro, explicou que não havia repasse direto de recursos do Ministério da Saúde aos
1327 hospitais no componente de crédito financeiro, tratando-se de compensação de dívidas
1328 tributárias ou a vencer, por meio de cartas de crédito. Destacou que todos os procedimentos
1329 realizados eram registrados nos sistemas oficiais de informação ambulatorial e hospitalar do
1330 SUS, permitindo o cálculo dos valores conforme a tabela SUS e o monitoramento da execução
1331 dos contratos. Informou que as cirurgias eletivas elegíveis ao Programa estavam definidas em
1332 portaria específica, totalizando 1.279 procedimentos, sendo que cada hospital ofertava apenas
1333 aquelas compatíveis com sua expertise e capacidade técnica, dentro de tetos financeiros
1334 previamente estabelecidos. No tocante à força de trabalho, explicou que as OCIs eram
1335 registradas por categorias profissionais, conforme Classificação Brasileira de Ocupações -
1336 CBO, e que o modelo buscava superar a fragmentação do cuidado. Exemplificou que, em uma
1337 OCI de ortopedia, o paciente realizava consulta, exames e retorno em prazos definidos,
1338 geralmente até 60 dias, enquanto, em áreas como oncologia, os prazos eram mais curtos, em
1339 torno de 30 dias. Ressaltou que essa lógica exigia mudança no processo de encaminhamento
1340 da Atenção Primária, que passaria a direcionar os usuários diretamente para OCIs, e não para
1341 procedimentos isolados. Informou que a Secretaria de Atenção Primária à Saúde havia
1342 realizado amplo processo de diálogo nos estados para orientar essa mudança de lógica e que
1343 os ritmos de implementação variavam entre os municípios. Agradeceu a menção ao avanço
1344 das pactuações na Bahia, destacando que esse diálogo territorial era fundamental para o
1345 fortalecimento do programa. Explicou ainda que os estudantes mencionados na apresentação
1346 correspondiam a residentes, especialmente vinculados à EBSERH, que participavam das
1347 ações no âmbito dos mutirões e atendimentos, no contexto da formação em serviço. Afirmou
1348 que havia registrado encaminhamentos sugeridos pelo Plenário, incluindo o envio de relatórios
1349 da comissão de acompanhamento, e colocou-se à disposição para novos diálogos e
1350 explicações. Em resposta a questionamentos adicionais, explicou que, no caso de Canoas, a
1351 estratégia de utilização da capacidade ociosa baseava-se na infraestrutura disponível, com
1352 contratação de profissionais externos para execução dos procedimentos, mediante pactuação
1353 territorial. Comprometeu-se a verificar eventuais interrupções e a prestar retorno ao Conselho.
1354 Quanto ao Hospital Maranhense, informou que existia teto financeiro definido para execução
1355 das ações e que eventuais problemas trabalhistas e de qualidade deveriam ser sinalizados
1356 pelas CIBs, permitindo ao Ministério redirecionar as contratações para outros
1357 estabelecimentos, sempre com prioridade à segurança e ao respeito aos usuários. Por fim,
1358 elucidou que as demandas por carretas eram encaminhadas pelos municípios por meio de
1359 pactuação regional, resultando em cronograma nacional, no qual cada unidade permanecia em
1360 média 30 dias em cada território, atendendo progressivamente os municípios solicitantes.
1361 Encerradas as manifestações e o retorno da mesa, a coordenação conduziu a apresentação
1362 dos encaminhamentos relativos ao debate do Item 5. Conselheira **Priscila Torres da Silva**,
1363 inicialmente, informou que a Mesa Diretora do CNS vinha recebendo mensalmente relatórios
1364 da assessoria técnica do CNS referentes às reuniões do Comitê de Acompanhamento do
1365 Programa Agora Tem Especialistas, ressaltando a relevância desses documentos para o
1366 exercício do controle social. Comunicou que fora definido, no âmbito da Mesa Diretora do CNS,
1367 a proposta de encaminhar tais relatórios previamente aos conselheiros e conselheiras do Pleno
1368 do CNS, juntamente com os documentos preparatórios das reuniões ordinárias. Explicou que
1369 ela e o conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, como representantes da Mesa Diretora
1370 no Comitê de Acompanhamento, vinham apresentando mensalmente, naquele espaço, os
1371 encaminhamentos deliberados pelo Plenário do CNS, assegurando que as preocupações e
1372 contribuições do controle social fossem registradas de forma integral e qualificada. Destacou
1373 que esse procedimento buscava evitar a perda de densidade política e técnica das
1374 deliberações do Pleno do Conselho. Em diálogo com a solicitação da conselheira **Shirley**
1375 **Morales**, conselheira **Priscila Torres** reconheceu como pertinente a solicitação para que, além
1376 do envio dos relatórios escritos, houvesse espaço específico no Plenário do Conselho para a
1377 apresentação oral das impressões do CNS sobre as reuniões do Comitê de Acompanhamento,

1378 de modo concomitante às exposições da gestão. Informou que a Mesa Diretora debateria a
1379 organização desse novo formato em reunião interna, com a perspectiva de implementá-lo a
1380 partir de janeiro de 2026, garantindo maior visibilidade às preocupações do controle social e
1381 possibilitando a construção de encaminhamentos durante o próprio ponto de pauta. Registrhou
1382 ainda que, com a reunião em curso, o CNS havia concluído o debate sobre todas as diretrizes
1383 inicialmente previstas do Programa Agora Tem Especialistas. Informou que, para a reunião de
1384 janeiro, restariam apenas as últimas três diretrizes a serem apreciadas, e comunicou que o
1385 Secretário responsável pelo Programa anunciara, no âmbito do Comitê de Acompanhamento, a
1386 elaboração de uma análise de monitoramento das atividades do Programa, a ser apresentada
1387 ao Pleno no mês seguinte, com vistas a ampliar a transparência sobre a implementação geral
1388 da política. Destacou também que uma das principais novidades discutidas no Comitê de
1389 Acompanhamento naquele mês fora o avanço do componente de radioterapia, cuja análise
1390 estaria sendo realizada na Comissão Intergestores Tripartite, a partir de estudo nacional sobre
1391 a necessidade desse tipo de cuidado no país. Na sequência, passou à leitura sistematizada
1392 dos encaminhamentos apresentados pelo Plenário do Conselho: 1) solicitar ao Ministério da
1393 Saúde e à gestão do Programa "Agora tem Especialistas" informações sobre a situação e
1394 condição de atendimento dos hospitais credenciados no Programa; 2) solicitar ao Ministério da
1395 Saúde que indique os mecanismos que estão sendo utilizados para fortalecer a articulação do
1396 Programa com outros níveis de atenção, em especial com a APS e os territórios; 3) solicitar ao
1397 Ministério da Saúde que promova a distribuição das bolsas de residências multiprofissionais e
1398 médicas dentro do Programa, de forma mais equilibrada; 3) propor ao Ministério da Saúde e à
1399 gestão do Programa que indiquem mecanismos de ausculta social junto aos conselhos de
1400 saúde, para além da pontuação feita com as Comissões Intergestores Bipartites - CIBs; 4) solicitar
1401 ao Ministério da Saúde que indique, com mais evidência, no componente
1402 ressarcimento do Programa, os valores financeiros envolvidos no repasse às operadoras de
1403 saúde; 5) demandar ao Ministério da Saúde a indicação dos mecanismos de maior
1404 envolvimento para as PCDs dentro do Programa em uma política de equidade; 6) propor ao
1405 Ministério da Saúde e à gestão do Programa que seja realizada uma campanha de
1406 comunicação, envolvendo os conselhos de saúde, explicando que o "Programa Agora Tem
1407 Especialistas" não significa uma transferência do SUS para entes privados; 7) cobrar do
1408 Ministério da Saúde e da gestão do Programa o envolvimento da Agência Nacional de Saúde -
1409 ANS nos debates que envolvam o componente de ressarcimento do Programa; 8) convidar a
1410 ANS para tratar sobre os seus mecanismos para monitoramento da garantia de cumprimento
1411 das estratégias do Programa "Agora Tem Especialista" no âmbito da saúde suplementar,
1412 versando sobre as conformidades com normas da própria Agência; 9) disponibilizar os
1413 relatórios do Comitê de Acompanhamento do Programa às conselheiras e aos conselheiros do
1414 CNS, antes das reuniões plenárias, e garantir espaço nas reuniões do Conselho às pessoas
1415 conselheiras que participam do Comitê do Conselho para apresentação de informe sobre os
1416 debates naquele espaço; 10) indicar a força de trabalho envolvida nas OCIs do Programa; 11) solicitar
1417 ao Ministério da Saúde que indique os mecanismos efetivos de fiscalização e
1418 monitoramento das operadoras que aderiram ao Programa; e 12) propor que as questões do
1419 Programa sejam debatidas pelos CESs e CMSs, considerando que o Programa é
1420 implementado nos territórios. Não houve votação. Com esses encaminhamentos, a mesa
1421 agradeceu a presença do convidado e a participação do Pleno do Conselho e encerrou este
1422 ponto de pauta. **ITEM 6 – ENTREGA DA COMENDA ZILDA ARNS - Homenageada Maria**
1423 **Lúcia Santos Pereira Silva (in memoriam)** - Apresentação: **Maria Edivânia Batista de**
1424 **Souza**, coordenadora e presidente da Associação da Casa Marta e Maria. Coordenação:
1425 conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca**
1426 **Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, integrante
1427 da Mesa Diretora do CNS, retomou saudando os conselheiros, conselheiras, internautas e
1428 participantes, e informou que conduziria, em conjunto com a conselheira Francisca Valda da
1429 Silva, a mesa destinada à entrega da Comenda Zilda Arns. Registrhou tratar-se de homenagem
1430 póstuma à senhora Maria Lúcia Santos Pereira Silva, convidando para compor a mesa a
1431 senhora Maria Edivânia Batista de Souza, coordenadora e presidente da Associação da Casa
1432 Marta e Maria. Destacou que a Comenda Zilda Arns constituía uma das mais altas honrarias
1433 concedidas pelo Conselho Nacional de Saúde, destinada a reconhecer trajetórias marcadas
1434 pelo compromisso ético, social e político com a vida, a equidade e a justiça social. Ressaltou
1435 que a comenda carregava o nome de Zilda Arns Neumann, símbolo de solidariedade, cuidado
1436 humano e defesa incansável de um Sistema Único de Saúde público, universal, humanizado e
1437 orientado pelo bem comum. Enfatizou que a homenagem, concedida *in memoriam* a Maria

1438 Lúcia Santos Pereira Silva, reconhecia uma trajetória dedicada à defesa do SUS, das políticas
1439 públicas e dos direitos humanos, cujo legado permanecia vivo na memória coletiva e nas ações
1440 desenvolvidas a partir de sua atuação. Registrhou que Maria Lúcia fora uma mulher de coragem,
1441 sensibilidade social e profundo compromisso com a proteção da dignidade humana e com o
1442 acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade. Destacou que ela fora a primeira
1443 conselheira nacional de saúde vinda do movimento da população em situação de rua, no
1444 período de 2012 a 2015, e integrante da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher –
1445 CISMu/CNS entre 2015 e 2018. Ressaltou ainda sua atuação à frente da Associação Casa
1446 Marta e Maria, instituição voltada ao acolhimento, orientação e fortalecimento de mulheres em
1447 situação de violência, pobreza e injustiça social, caracterizando essa trajetória como marco de
1448 resistência, cuidado e transformação social. Na sequência, conselheira Francisca Valda da
1449 Silva, integrante da Mesa Diretora do CNS, manifestou-se ressaltando o caráter profundamente
1450 emotivo da homenagem, registrando sua convivência direta com Maria Lúcia durante os anos
1451 em que esta atuou no Conselho Nacional de Saúde. Recordou que, no período de 2012 a
1452 2015, Maria Lúcia contribuiu de forma decisiva para a inserção das pautas das mulheres,
1453 especialmente daquelas submetidas a múltiplas vulnerabilidades, destacando a
1454 interseccionalidade entre gênero, pobreza, situação de rua e outras formas de exclusão social.
1455 Rememorou que, na gestão seguinte do CNS, Maria Lúcia permaneceu atuante como
1456 integrante de comissões do plenário, em especial na Comissão Intersetorial de Saúde da
1457 Mulher, acompanhando a organização da 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres,
1458 realizada em 2017, após um intervalo de mais de três décadas desde a primeira conferência,
1459 ocorrida em 1986. Destacou que Maria Lúcia exerceu papel pedagógico e político relevante,
1460 sendo reconhecida como liderança firme, ativa e preparada, que jamais se rendeu ao
1461 machismo, à misoginia ou às estruturas de exploração social, mantendo postura ética, coragem
1462 política e compromisso com os direitos humanos. Ressaltou ainda a relação fraterna entre
1463 Maria Lúcia e Maria Edivânia Batista de Souza, enfatizando que ambas compartilharam
1464 trajetórias de luta no movimento da população em situação de rua, construindo vínculos que
1465 extrapolaram a amizade e se consolidaram como irmandade de vida, resistência e esperança.
1466 Ao final de sua manifestação, passou a palavra à convidada Maria Edivânia Batista de Souza,
1467 convidada para receber a comenda dedicada à Maria Lúcia. Em sua manifestação, Maria
1468 Edivânia Batista de Souza saudou o Plenário e afirmou ter recebido a homenagem com
1469 profunda emoção e alegria, em memória de Maria Lúcia Santos Pereira Silva. Destacou que a
1470 construção da memória de Maria Lúcia poderia assumir múltiplas perspectivas, conforme as
1471 experiências de convivência de cada pessoa presente, mas afirmou que seu relato se basearia
1472 em um vínculo iniciado antes mesmo de Maria Lúcia se consolidar como liderança reconhecida
1473 nacionalmente. Relatou que conheceu Maria Lúcia no início dos anos 2000, quando esta vivia
1474 em situação de rua em Salvador, no contexto de uma experiência comunitária desenvolvida a
1475 partir da reabertura da Igreja da Trindade, localizada na Cidade Baixa. Explicou que aquele
1476 espaço passou a acolher pessoas em situação de rua por meio da convivência, da escuta, do
1477 compartilhamento da vida cotidiana e da celebração comunitária, sem julgamento ou exclusão.
1478 Nesse contexto, Maria Lúcia teria iniciado um processo profundo de reconhecimento de sua
1479 própria dignidade, a partir da experiência do acolhimento e do afeto, que a impulsionou a
1480 desejar novos caminhos de vida. Descreveu que Maria Lúcia passou por processos voluntários
1481 de cuidado e recuperação, incluindo períodos em comunidades de apoio fora de Salvador, os
1482 quais foram fundamentais para sua reconstrução pessoal. Destacou que Maria Lúcia
1483 demonstrava perfil intenso, íntegro e convicto, características que posteriormente se refletiram
1484 em sua atuação política e social. Após esse período, Maria Lúcia retornou a Salvador decidida
1485 a retomar o contato com seu povo e a atuar diretamente na defesa dos direitos das pessoas
1486 em situação de rua, transformando sua vivência pessoal em potência coletiva. Relatou que, a
1487 partir dessa trajetória, Maria Lúcia assumiu papel central na organização do movimento da
1488 população em situação de rua, promovendo rodas de conversa nos espaços públicos,
1489 denunciando a invisibilidade social desse segmento e defendendo que políticas públicas não se
1490 limitassem à caridade, mas garantissem dignidade, direitos, visibilidade e cidadania plena.
1491 Ressaltou que Maria Lúcia afirmava de forma recorrente o princípio “nada sobre nós sem nós”,
1492 defendendo a escuta ativa e o protagonismo político das pessoas em situação de rua.
1493 Destacou que Maria Lúcia teve participação decisiva na construção do Movimento Nacional da
1494 População em Situação de Rua, influenciando lideranças em diversos estados e dialogando
1495 com instituições governamentais e da sociedade civil. Relatou que, apesar de enfrentar
1496 problemas de saúde decorrentes do período em que viveu nas ruas, Maria Lúcia manteve-se
1497 por 17 anos em sobriedade, condição que considerava fundamental para sua atuação ética e

1498 política, e que sustentou com rigor, coerência e responsabilidade coletiva. Ao final de sua fala,
1499 Maria Edivânia afirmou que a memória de Maria Lúcia permanecia viva nas lutas cotidianas do
1500 movimento, nas políticas públicas conquistadas e na vida das pessoas por ela impactadas.
1501 Enfatizou que a homenagem prestada pelo Conselho Nacional de Saúde representava
1502 reconhecimento justo e necessário a uma trajetória marcada pela coragem, pela solidariedade
1503 e pelo compromisso radical com a vida e a dignidade humana. A seguir, conselheiro **José**
1504 **Vanilson Torres**, representante do Movimento Nacional da População em Situação de Rua,
1505 iniciou sua manifestação agradecendo ao Pleno do Conselho pela escolha do nome de Maria
1506 Lúcia Santos Pereira Silva para a concessão da Comenda Zilda Arns. Destacou que, embora
1507 não tivesse participado da reunião que deliberou sobre a homenagem, reconheceu a decisão
1508 como justa e representativa não apenas de sua trajetória pessoal, mas da luta histórica da
1509 população em situação de rua no Brasil e em espaços internacionais, nos quais Maria Lúcia
1510 atuara, inclusive em fóruns vinculados à agenda do direito à cidade e ao habitat. Afirmou que a
1511 partida de Maria Lúcia, em 25 de abril de 2018, fora de difícil aceitação, ressaltando que novas
1512 informações compartilhadas durante a homenagem ampliaram sua compreensão sobre a
1513 trajetória anterior à militância política. Relatou que Maria Lúcia lhe confidenciara vivências
1514 marcadas por violência extrema, estratégias de sobrevivência nas ruas e enfrentamento
1515 cotidiano das opressões, incluindo o uso de álcool como mecanismo de proteção e o
1516 travestimento masculino como forma de evitar violência sexual. Destacou que o encontro entre
1517 ambos, ocorrido em Natal, em espaço público, fora determinante para sua própria reconstrução
1518 pessoal e política, afirmando que sua presença atual no CNS se devia diretamente à atuação e
1519 ao incentivo de Maria Lúcia. Caracterizou Maria Lúcia como força motriz, liderança ética e
1520 pedagógica, capaz de tensionar gestores e gestoras sem violência, mas com firmeza e
1521 verdade, sendo reconhecida inclusive por aqueles que inicialmente resistiam às suas
1522 denúncias. Manifestou que a grandeza de sua trajetória não poderia ser plenamente traduzida
1523 em palavras e, como forma de homenagem, recitou poema autoral que simbolizou o encontro
1524 entre ambos, a força da luta coletiva, a dimensão espiritual da perda e a permanência
1525 simbólica de Maria Lúcia na resistência cotidiana da população em situação de rua. Encerrou
1526 reafirmando que Maria Lúcia permanecia presente em cada luta, conquista e desafio do
1527 movimento, expressando posicionamento político explícito contra a violência, a injustiça e os
1528 golpes à democracia. Na sequência, conselheira **Ana Lúcia Paduello**, representante do
1529 segmento de usuários, manifestou-se profundamente emocionada, ressaltando a centralidade
1530 do abraço sem preconceito e do reconhecimento da humanidade das pessoas em situação de
1531 rua como elementos transformadores na trajetória de Maria Lúcia. Destacou que o
1532 reconhecimento de Maria Lúcia como ser humano pleno representava divisor de águas em sua
1533 vida, permitindo que ela revelasse sua capacidade, ética e liderança. Enfatizou que Maria Lúcia
1534 fora uma mulher negra que, ao ter oportunidade, demonstrou plenamente sua potência, sem
1535 jamais romper os vínculos com seu povo ou abandonar aqueles com quem construiu sua
1536 trajetória. Ressaltou que Maria Lúcia não cresceu sozinha, mas construiu coletivamente,
1537 afirmado que sua missão fora cumprida com rigor ético, coerência política e compromisso com
1538 os seus. Recordou reflexão atribuída a lideranças sociais sobre a invisibilidade das pessoas em
1539 situação de rua, que muitas vezes recebem ajudas, mas não têm seus nomes conhecidos, e
1540 destacou que Maria Lúcia rompeu com essa lógica ao afirmar identidade, nome, história e
1541 dignidade. Agradeceu a Maria Edivânia Batista de Souza e a José Vanilson por atravessarem
1542 sua própria vida com esse testemunho e afirmou que Maria Lúcia permanecia viva no interior
1543 do Conselho, por meio da memória, da palavra e da luta coletiva. Em seguida, conselheiro
1544 **Anselmo Dantas**, representante do segmento de trabalhadores da saúde, refletiu sobre o
1545 significado institucional da homenagem, afirmando que a “Casa da Democracia do SUS”, ao se
1546 referir ao Conselho, precisava avançar também como Casa da Memória do SUS, valorizando
1547 trajetórias de pessoas comuns que construíram o Sistema. Destacou que homenagear Maria
1548 Lúcia Santos Pereira Silva significava reconhecer a história de uma mulher negra, de nome
1549 popular e identidade profundamente brasileira, marcada por ancestralidade afrodescendente,
1550 indígena e popular, historicamente invisibilizada pelas estruturas sociais. Afirmou que falar de
1551 figuras acadêmicas ou luminares da saúde pública era importante, mas que reconhecer
1552 lideranças populares como Maria Lúcia representava ato político fundamental de reparação
1553 simbólica. Como forma de homenagem, recorreu à música popular brasileira, citando versos da
1554 canção “Maria, Maria”, de Milton Nascimento e Fernando Brant, para simbolizar a força, a
1555 resistência, a dor e a alegria que marcaram a trajetória de Maria Lúcia, destacando sua fé na
1556 vida, sua coragem e sua persistência diante das adversidades. Concluiu afirmando que Maria
1557 Lúcia representava a síntese da mulher que mistura sofrimento e esperança, luta e ternura,

1558 sendo expressão viva da resistência do povo brasileiro. Na sequência, a mesa registrou o
1559 encerramento das manifestações, ressaltando a emoção compartilhada no Plenário e
1560 afirmado que Maria Lúcia Santos Pereira Silva permanecia como referência ética, política e
1561 humana para o Conselho. Foi destacada a continuidade de seu legado por meio da atuação de
1562 Maria Edivânia Batista de Souza, à frente da Associação Casa Marta e Maria. Por fim, foi
1563 formalizada a entrega da Comenda Zilda Arns à memória de Maria Lúcia Santos Pereira Silva,
1564 celebrando sua história de vida e reafirmando o impacto duradouro de sua atuação em defesa
1565 da dignidade, da justiça social e do direito à saúde. Em seguida, foi feita homenagem à
1566 assessora técnica, Núbia Brelaz, que estava se aposentando e deixaria o Conselho. Após uma
1567 fala emocionada e agradecida da assessora, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião.
1568 Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: 1º tard **Titulares - Ana Lúcia da Silva**
1569 **Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças
1570 Raras – SUPERANDO; **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;
1571 **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir**
1572 **Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cleide Cilene Farias**
1573 **Tavares**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços
1574 (CNSaúde); **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva**,
1575 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Fernanda Lou Sans**
1576 **Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Marcello Nunes Pereira**,
1577 Conselho Federal de Nutrição (CFN); **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
1578 Enfermagem – ABEn; **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia
1579 (CFFa); **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento Nacional População de Rua (MNPR); **Luiz**
1580 **Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força
1581 Sindical - SINDNAPI); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores –
1582 NCST; **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome
1583 de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos
1584 Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Rafaela Bezerra Fernandes**,
1585 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar**
1586 **Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);
1587 **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth**
1588 **Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Sueli Terezinha Goi**
1589 **Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
1590 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho
1591 Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos
1592 Estudantes (UNE); e **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de
1593 Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). **Suplentes - Alciomar Antônio Marin**, Federação
1594 Brasileira de Hospitais (FBH); **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação Brasileira de
1595 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **César Carlos Wanderley**
1596 **Galiza**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de
1597 Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias
1598 Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos
1599 de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do
1600 Brasil; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde
1601 (CONASS); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **Marina Andueza**
1602 **Paullelli**, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); **Moyses Longuinho Toniolo de**
1603 **Souza**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); **Odete Messa**
1604 **Torres**, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Pérola Nazaré de Souza**
1605 **Ferreira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Rafael Gomes Ditterich**,
1606 Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das
1607 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Shirley Marshal Díaz Morales**,
1608 Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); e **Thâmara Gonçalves dos Reis**, Conselho
1609 Federal de Biologia (CFBIO). Retomando a sessão, a mesa foi composta o debate do primeiro
1610 ponto do segundo dia de reunião. **ITEM 7 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO**
1611 **E FINANCIAMENTO – COFIN - Entregas referentes ao seminário - Financiamento do SUS**
1612 **e as Emendas Parlamentares – Coordenação:** conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**,
1613 da Mesa Diretora do CNS e coordenador da COFIN/CNS; e conselheira **Francisca Valda da**
1614 **Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação:** conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**,
1615 coordenador adjunto da COFIN/CNS; e **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS.
1616 Iniciando, a mesa deu as boas-vindas às conselheiras, aos conselheiros e às pessoas que
1617 acompanhavam a reunião de forma virtual. Em seguida, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**

1618 Júnior, agradeceu as manifestações de solidariedade recebidas em razão de seu estado de
1619 saúde e realizou sua autodescrição. Informou que a pauta tratava da apresentação de três
1620 documentos elaborados a partir do Seminário “Financiamento do SUS e as Emendas
1621 Parlamentares”, realizado no dia 3 de dezembro de 2025, sendo uma moção, uma
1622 recomendação e uma resolução. Destacou que o seminário contou com ampla participação da
1623 Mesa Diretora do CNS, de coordenadores de comissões intersetoriais e de representantes
1624 históricos do debate sobre financiamento da saúde, ressaltando a relevância do evento para o
1625 acúmulo político e técnico do Conselho. Registrou que, durante o seminário, houve
1626 participação do Fundo Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, ocasião em que foi
1627 apresentada a evolução histórica das emendas parlamentares no orçamento da saúde, bem
1628 como os ajustes recentes pactuados entre o Executivo e o Supremo Tribunal Federal, no que
1629 se refere à transparência e ao controle desses recursos. Informou ainda que, no período da
1630 tarde, ocorreu mesa de grande densidade política, com a presença de representantes do STF,
1631 do Congresso Nacional e da Presidência do Conselho, possibilitando avanços na compreensão
1632 do estágio atual das emendas parlamentares e de seus impactos no financiamento do Sistema
1633 Único de Saúde. Ressaltou que o debate evidenciou o papel relevante desempenhado pelo
1634 ministro do STF, Flávio Dino, no sentido de reafirmar que as emendas parlamentares
1635 constituem prerrogativa constitucional, devendo ser respeitadas, mas sem violar outros
1636 princípios constitucionais, especialmente aqueles relacionados ao planejamento público, às
1637 redes de atenção e às pactuações sociais no âmbito do financiamento da saúde. Destacou,
1638 nesse sentido, a necessidade de que a destinação das emendas dialogue com as
1639 necessidades reais do SUS e com o planejamento das políticas públicas. Na sequência,
1640 informou que, em razão do curto intervalo entre a realização do seminário e a reunião da
1641 COFIN, os documentos foram elaborados nos dias subsequentes, não sendo possível
1642 encaminhá-los previamente. Contudo, explicou que se tratavam de documentos objetivos e que
1643 a leitura em Plenário não traria prejuízo ao debate ou ao processo deliberativo, razão pela qual
1644 solicitou a compreensão das conselheiras e dos conselheiros. Em seguida, conselheiro **Mauri**
1645 **Bezerra dos Santos**, coordenador adjunto da COFIN, realizou sua saudação inicial,
1646 destacando que o tema das emendas parlamentares no orçamento da saúde vinha sendo
1647 debatido pela Comissão há bastante tempo e que o seminário possibilitou consolidar o acúmulo
1648 histórico da COFIN sobre o assunto. Ressaltou que aquele momento representava uma etapa
1649 importante, na qual o Conselho se posicionaria formalmente, por meio dos três documentos
1650 apresentados, contribuindo para o fortalecimento do financiamento do SUS e para o debate
1651 público qualificado sobre o uso das emendas parlamentares. Na sequência, o assessor técnico
1652 da COFIN/CNS, **Francisco Funcia** iniciou sua intervenção, informando que procederia à leitura
1653 dos documentos, começando pela proposta de **moção**, conforme orientação da coordenação,
1654 destacando que os textos refletiam as discussões acumuladas no seminário e nas reuniões
1655 subsequentes da COFIN. O texto é o seguinte: Moção de aplauso nº.xxxxx. O Plenário do
1656 Conselho Nacional de Saúde, em sua xxxx Reunião Ordinária, realizada nos dias xxxxxxx, no
1657 uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei xxxxxxx e
1658 Considerando o crescimento da participação das despesas com ações e serviços públicos de
1659 saúde oriundas de emendas parlamentares no orçamento do Ministério da Saúde, que teve um
1660 crescimento real (acima da inflação) de aproximadamente 5 vezes no período 2014-2024
1661 (passou de cerca de R\$ 5,1 bilhões para 24,8 bilhões), conforme recente estudo publicado pelo
1662 IPEA (disponível em <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/e16d9e09-a0a8-401d828e-011f642ceebf>), considerando o trabalho que tem sido realizado pelo Ministro Flávio
1663 Dino, do Supremo Tribunal Federal, desde 2024, para estabelecer o processo de transparência
1664 e rastreabilidade para a realização de despesas federais oriundas de recursos de emendas
1665 parlamentares, o que amplia a capacidade de fiscalização do Conselho Nacional de Saúde em
1666 relação às emendas destinadas ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde,
1667 Considerando que, em recente decisão, o Ministro Flávio Dino estabeleceu os mesmos
1668 procedimentos aprovados para a execução dos recursos das emendas parlamentares federais
1669 sejam adotados também para as emendas parlamentares estaduais, distritais e municipais, o
1670 que fortalece os mecanismos de fiscalização por parte dos conselhos de saúde Vem a público:
1671 aplaudir o Ministro Flávio Dino, do Supremo Tribunal Federal, pelas importantes decisões
1672 adotadas para proporcionar a transparência quanto à destinação das emendas parlamentares
1673 no financiamento das políticas públicas em geral, e do Sistema Único de Saúde em especial.”
1674 Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação o documento. **Deliberação:**
1675 **aprovada, por unanimidade, moção de aplauso ao Ministro Flávio Dino, do Supremo**
1676 **Tribunal Federal, pelas importantes decisões adotadas para proporcionar a**

1678 **transparéncia quanto à destinação das emendas parlamentares no financiamento das**
1679 **políticas públicas em geral, e do SUS, em especial.** Continuando, o assessor técnico da
1680 COFIN/CNS procedeu à apresentação do segundo documento, recomendação decorrente do
1681 Seminário “Financiamento do SUS e as Emendas Parlamentares”. O texto é o seguinte: “O
1682 Conselho Nacional de Saúde (xxxxxx)... Considerando que o princípio constitucional
1683 estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (artigo 196), cujas ações e
1684 serviços são considerados de “relevância pública” (artigo 197); considerando que o processo
1685 de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá permanecer inalterado em
1686 2026, quer em razão do crescimento anual das despesas federais primárias limitado a 2,5% em
1687 termos reais fixado pelo novo arcabouço fiscal (Lei Complementar nº 200, de 2023), quer em
1688 razão do dispositivo da Emenda Constitucional nº 132, de 2024, que estabelece esse limite
1689 percentual se houver alterações das regras de cálculo dos pisos federais existentes para
1690 políticas setoriais; considerando que o processo de subfinanciamento do SUS tem sido
1691 agravado pelo crescimento de cerca de 5 vezes (em termos reais) do valor das despesas com
1692 ações e serviços públicos de saúde oriundas de emendas parlamentares no orçamento federal
1693 do SUS na última década (passou de R\$ 5,1 bilhões em 2014 para R\$ 24,8 bilhões em 2024 a
1694 preços constantes de 2024), o que correspondeu a um crescimento da participação das
1695 emendas de 3,1% para 11,4% no mesmo período (conforme estudo “Emendas parlamentares
1696 ao orçamento federal do Sistema Único de Saúde: 2014-2024” publicado pelo IPEA em
1697 setembro/2025, disponível em <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/e16d9e09-a0a8-401d828e-011f642ceebf>); considerando o disposto nos parágrafos 1º e 3º do artigo 17 da
1698 Lei Complementar nº 141, de 2012, que estabelece a necessidade de definição de critérios
1699 para transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde
1700 estaduais, do Distrito Federal e dos municípios segundo “metodologia pactuada na Comissão
1701 Intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde”, além da obrigação de
1702 “manter os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação
1703 informados sobre o montante de recursos previsto para transferência”, o que inclui os recursos
1704 oriundos das emendas parlamentares; considerando as recentes decisões do Supremo
1705 Tribunal Federal (STF) que buscam garantir e ampliar o processo de transparéncia da
1706 execução orçamentária e financeira das despesas oriundas das emendas parlamentares,
1707 especialmente na área da saúde; considerando que a qualidade do gasto público federal em
1708 geral, e da saúde em especial, depende da execução orçamentária e financeira de forma
1709 compatível com os instrumentos de planejamento (Plano Plurianual, Plano Nacional de Saúde,
1710 Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e Programação Anual de Saúde) e
1711 que tal compatibilidade não está plenamente garantida para as despesas oriundas das
1712 emendas parlamentares; considerando que as despesas de custeio com ações e serviços
1713 públicos de saúde são quase integralmente de caráter continuado, de tal forma que seu
1714 financiamento por meio de emendas parlamentares trazem um grau de incerteza e
1715 instabilidade quanto à manutenção dessas ações e serviços no médio e longo prazo, no
1716 contexto tanto da possibilidade de descontinuidade dos mandatos dos parlamentares pelo
1717 processo eleitoral realizado a cada quatro anos, como do desinteresse do parlamentar na
1718 continuidade da apresentação de emendas para a mesma finalidade. Recomenda: ao
1719 Congresso Nacional: revogar a Resolução nº 2/2025-CN que permite a aplicação de recursos
1720 de emendas parlamentares (exceto das emendas individuais) ao SUS para pagamento de
1721 pessoal da saúde, de modo a cumprir o disposto nos parágrafos 1º e 3º do artigo 17 da Lei
1722 Complementar nº 141, de 2012; regulamentar a utilização de recursos oriundos de emendas
1723 parlamentares para o financiamento das ações e serviços de custeio da saúde, de modo a
1724 tanto limitar essa utilização em 30% do valor total das emendas (desde que não ultrapasse a
1725 5% do valor total das ações e serviços públicos de saúde no Orçamento do Ministério da
1726 Saúde), como condicionar que as respectivas despesas estejam em consonância com as
1727 diretrizes aprovadas na Conferência Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Saúde e na
1728 Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde, respeitados os dispositivos expressos
1729 nos parágrafos 1º e 3º do artigo 17 da Lei Complementar nº 141, de 2012. Ao Tribunal de
1730 Contas da União: revogar a autorização expressa no Acórdão nº 2.458/2025-TCU que permite
1731 a aplicação de recursos de emendas parlamentares (exceto das emendas individuais) ao SUS
1732 para pagamento de pessoal da saúde, de modo a restabelecer a vedação anteriormente
1733 expressa no Acórdão nº 1.914/2024-TCU, e cumprir os dispostos nos parágrafos 1º e 3º do
1734 artigo 17 da Lei Complementar nº 141, de 2012. Ao Congresso Nacional, ao Tribunal de Contas
1735 da União e ao Ministério da Saúde: observar, nas próximas edições de normas
1736 regulamentadoras sobre a aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde, o
1737

1738 cumprimento do disposto nos parágrafos 1º e 3º do artigo 17 da Lei Complementar nº 141, de
1739 2012, quando se tratar das transferências realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde aos
1740 Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, inclusive dos recursos oriundos
1741 de emendas parlamentares, a saber: utilizar a “metodologia pactuada na Comissão
1742 Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde” e “manter os Conselhos
1743 de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante
1744 de recursos previsto para transferência.” Concluída a leitura, foi aberta a palavra para
1745 manifestações. Conselheiro **Anselmo Dantas**, ao revisar os aspectos legais do documento,
1746 manifestou-se destacando a importância de reforçar a fundamentação jurídica da
1747 recomendação, especialmente com a referência ao art. 36 da Lei nº 8.080/1990, que veda a
1748 transferência de recursos sem previsão nos planos de saúde. Avaliou que o fortalecimento do
1749 respaldo legal contribuiria para evitar interpretações equivocadas e garantir a observância das
1750 normas estruturantes do SUS, inclusive pelos órgãos de controle, como o TCU. Conselheiro
1751 **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador-adjunto da COFIN/CNS, avaliou que o debate
1752 representou um marco para o Conselho, ao enfrentar de forma direta o impacto das emendas
1753 parlamentares no financiamento do SUS. Destacou o crescimento expressivo das emendas
1754 impositivas nos últimos anos, ressaltando que tal dinâmica fragilizou o planejamento público e
1755 comprometeu o financiamento estruturante da saúde. Defendeu a recomendação como
1756 instrumento necessário de posicionamento político e institucional do CNS e ressaltou a
1757 relevância das recentes decisões do Supremo Tribunal Federal no enfrentamento das
1758 distorções identificadas. Conselheira **Carmem Silvia Ferreira Santiago** manifestou apoio à
1759 recomendação, destacando que, no âmbito municipal, as emendas parlamentares passaram a
1760 ser utilizadas como mecanismo de ajuste orçamentário, comprometendo o planejamento e a
1761 gestão do SUS. Alertou para o crescimento significativo dos valores envolvidos e para os riscos
1762 associados à utilização inadequada desses recursos. Por fim, reconheceu o importante
1763 trabalho desenvolvido pela COFIN na condução do debate sobre o orçamento e financiamento.
1764 Encerradas as manifestações, a mesa colocou em votação a recomendação, com o adendo
1765 sugerido ao texto. **Deliberação: aprovada, por maioria, quatro abstenções, a**
1766 **recomendação sobre emendas parlamentares, com o acréscimo sugerido ao texto.** A
1767 seguir, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, coordenador da COFIN/CNS, passou ao debate
1768 do terceiro documento. Antes, registrou reconhecimento público aos coordenadores de
1769 Plenária, destacando o encerramento de um ciclo institucional e a contribuição desses atores
1770 para a consolidação do controle social e do SUS em todo o território nacional. Ressaltou que,
1771 com a entrada em vigor de nova resolução a partir de janeiro de 2026, haveria continuidade do
1772 compromisso institucional, ainda que com alterações na composição das coordenações
1773 estaduais. Na sequência, contextualizou o encaminhamento do terceiro documento do item de
1774 pauta, informando que, a partir do debate realizado na COFIN e por proposição do conselheiro
1775 **André Luiz de Oliveira**, coordenador adjunto da Comissão, foi consensuada a elaboração de
1776 uma resolução, além da moção e da recomendação já apresentadas. Explicou que a opção
1777 pela resolução se fundamentou no caráter deliberativo do Conselho em relação às políticas do
1778 Ministério da Saúde e à construção do SUS, avaliando que, para o Ministério da Saúde e o
1779 Fundo Nacional de Saúde, seria mais efetivo um instrumento deliberativo do que uma
1780 recomendação dirigida a órgãos externos. Destacou que a proposta dialogou com as
1781 manifestações do Fundo Nacional de Saúde acerca dos novos mecanismos de disciplinamento
1782 das emendas parlamentares, tendo sido compreendida como medida de apoio institucional e
1783 de construção coletiva. Em seguida, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**
1784 procedeu à leitura da minuta de resolução. O texto é o seguinte: “Resolução xxxxxx. O
1785 Conselho Nacional de Saúde xxxxxx Considerando que O princípio constitucional estabelece
1786 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (artigo 196), cujas ações e serviços são
1787 considerados de “relevância pública” (artigo 197), O processo de subfinanciamento do SUS
1788 tem sido agravado pelo crescimento de cerca de 5 vezes (em termos reais) do valor das
1789 despesas com ações e serviços públicos de saúde oriundas de emendas parlamentares no
1790 orçamento federal do SUS na última década (passou de R\$ 5,1 bilhões em 2014 para R\$ 24,8
1791 bilhões em 2024 a preços constantes de 2024), o que correspondeu a um crescimento da
1792 participação das emendas de 3,1% para 11,4% no mesmo período (conforme estudo
1793 “Emendas parlamentares ao orçamento federal do Sistema Único de Saúde : 2014-2024”
1794 publicado pelo IPEA em setembro/2025, disponível em
1795 <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/e16d9e09-a0a8-401d828e-011f642ceebf>);
1796 considerando as recentes decisões do Supremo Tribunal Federal (STF) que buscam garantir e
1797 ampliar o processo de transparência da execução orçamentária e financeira das despesas

1798 oriundas das emendas parlamentares, especialmente na área da saúde, As despesas de
1799 custeio com ações e serviços públicos de saúde são quase integralmente de caráter
1800 continuado, de tal forma que seu financiamento por meio de emendas parlamentares trazem
1801 um grau de incerteza e instabilidade quanto à manutenção dessas ações e serviços no médio e
1802 longo prazo, no contexto tanto da possibilidade de descontinuidade dos mandatos dos
1803 parlamentares pelo processo eleitoral realizado a cada quatro anos, como do desinteresse do
1804 parlamentar na continuidade da apresentação de emendas para a mesma finalidade, As
1805 medidas recentemente adotadas pelo Ministério da Saúde, em especial pelo Fundo Nacional
1806 de Saúde, para o cumprimento das determinações do STF para a transparéncia da execução
1807 orçamentária e financeira das transferências fundo a fundo dos recursos oriundos das
1808 emendas parlamentares aos estados, Distrito Federal e municípios. Resolve: o Fundo Nacional
1809 de Saúde deve apresentar mensalmente ao Conselho Nacional de Saúde um relatório
1810 contendo as principais informações sobre as transferências financeiras fundo a fundo aos
1811 estados, Distrito Federal e municípios oriundas de emendas parlamentares, especialmente com
1812 a identificação do ente da federação, dos beneficiários, do parlamentar, do valor, do objeto, da
1813 subfunção, do grupo de natureza de despesa, do programa e da ação orçamentária, bem como
1814 consolidar essas informações em anexo específico dos relatórios quadrimestrais de prestação
1815 de contas e do relatório anual de gestão do Ministério da Saúde, que são os instrumentos de
1816 prestação de contas estabelecidos pelo artigo 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012."
1817 Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** sugeriu o fortalecimento dos considerandos da
1818 resolução, com a inclusão de dispositivos da Lei nº 8.080/1990, em especial aqueles
1819 relacionados à vinculação do financiamento aos instrumentos de planejamento do SUS,
1820 proposta que foi acolhida para ajuste do texto. Na sequência, conselheiro **Anselmo Dantas**
1821 avaliou que os considerandos da recomendação apresentavam robustez técnica e poderiam
1822 ser parcialmente incorporados à resolução, de modo a fortalecer a coerência entre os
1823 instrumentos aprovados. Conselheira **Sueli Goi Barrios** manifestou reconhecimento ao
1824 trabalho da COFIN e ressaltou a relevância do tema para os processos de formação de
1825 conselheiros e lideranças sociais em todo o país, destacando equívocos recorrentes nos
1826 territórios quanto ao papel das emendas parlamentares. Alertou para o risco de utilização das
1827 emendas como substituição do aporte regular de recursos próprios pelos entes federativos e
1828 defendeu a ampla divulgação dos documentos aprovados, bem como o apoio institucional às
1829 iniciativas do ministro do STF, **Flávio Dino**, enfatizando a necessidade de o Conselho
1830 fortalecer sua atuação política e jurídica. Não havendo novas inscrições, a mesa colocou em
1831 votação a resolução. **Deliberação: aprovada, por maioria, com as sugestões apresentadas,**
1832 **três abstenções, a resolução direcionada ao Fundo Nacional de Saúde.** Na sequência,
1833 conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** informou encaminhamentos adicionais, incluindo a
1834 constituição de grupo de trabalho jurídico no âmbito da COFIN, com participação da Mesa
1835 Diretora e da equipe técnica, para aprofundar o diálogo com o Supremo Tribunal Federal,
1836 avaliar a possibilidade de ingresso do CNS como *amicus curiae* em ações em curso e analisar
1837 a viabilidade de proposição de ação direta de inconstitucionalidade relacionada ao tema das
1838 emendas parlamentares. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador-adjunto da
1839 COFIN/CNS, afirmou que o debate realizado não se encerrava com a aprovação dos
1840 instrumentos deliberados naquele ponto de pauta. Destacou que, a partir do seminário
1841 promovido pela COFIN, foram identificados diferentes caminhos jurídicos e institucionais para o
1842 enfrentamento das distorções associadas às emendas parlamentares, entre eles a
1843 possibilidade de atuação do Conselho como *amicus curiae* nas ações diretas de
1844 inconstitucionalidade em tramitação no Supremo Tribunal Federal. Ressaltou que também
1845 seriam avaliados outros instrumentos normativos, como a Resolução nº 2 do Congresso
1846 Nacional, que autorizava o pagamento de despesas com pessoal por meio de emendas
1847 parlamentares. Enfatizou que o Conselho continuaria atuando de forma articulada com sua
1848 assessoria jurídica e com a COFIN, considerando que parcela expressiva do orçamento da
1849 saúde (R\$ 26 bilhões) encontrava-se comprometida por recursos alocados sem gestão direta
1850 do SUS, o que exigia providências contínuas e acompanhamento sistemático. O assessor
1851 técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, complementou as informações apresentadas,
1852 ressaltando a dimensão do crescimento das emendas parlamentares no orçamento da saúde.
1853 Informou que, em 2013, último ano anterior à vigência das emendas impositivas, a média das
1854 despesas do Ministério da Saúde financiadas por emendas era de aproximadamente R\$ 1
1855 bilhão em valores nominais, enquanto atualmente esse montante alcançava cerca de R\$ 26
1856 bilhões. Avaliou que tal crescimento evidenciava o peso adquirido pelas emendas
1857 parlamentares na execução orçamentária da saúde. Destacou que o debate não se colocava

1858 contra a existência das emendas, previstas constitucionalmente, mas defendia a necessidade
1859 de regulamentação, especialmente quanto à compatibilidade dessas despesas com os planos
1860 de saúde, as diretrizes aprovadas pelo CNS e o princípio constitucional da participação da
1861 comunidade no SUS, conforme previsto nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990. Conselheiro
1862 **Getúlio Vargas de Moura**, coordenador da COFIN/CNS, ponderou que, embora as emendas
1863 parlamentares tenham contribuído, em períodos recentes, para o alcance do piso constitucional
1864 da saúde e para o financiamento de políticas como o piso da enfermagem, qualquer
1865 encaminhamento deveria considerar a complexidade do cenário. Afirmou que o objetivo do
1866 Conselho não era a supressão das emendas, mas a defesa de um orçamento da saúde
1867 pactuado, dialogado e orientado pelos instrumentos de planejamento do SUS. Conselheira
1868 **Rosaura de Oliveira Rodrigues** manifestou-se destacando a importância de afirmar o controle
1869 social como eixo central do debate sobre as emendas parlamentares. Alertou para a ausência
1870 de controle social sobre a execução desses recursos e defendeu que o Conselho utilizasse
1871 todos os instrumentos legais disponíveis, sem perder prazos, para intervir no debate jurídico
1872 em curso no Supremo Tribunal Federal. Reforçou a necessidade de ampla divulgação das
1873 resoluções e recomendações aprovadas pelo CNS, de modo a informar a sociedade sobre os
1874 impactos das emendas parlamentares no financiamento da saúde e fortalecer o processo
1875 democrático. Conselheira **Walquiria Cristina Alves Barbosa** parabenizou a COFIN pela
1876 iniciativa do seminário nacional sobre financiamento do SUS e emendas parlamentares,
1877 relatando que o evento contribuiu significativamente para sua compreensão do tema. Defendeu
1878 o fortalecimento do papel do controle social no acompanhamento da execução das emendas
1879 na área da saúde e a necessidade de maior articulação dos conselheiros e conselheiras com
1880 os parlamentares nos territórios, visando alinhar a destinação dos recursos aos planos de
1881 saúde e às prioridades do SUS. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** manifestou preocupação
1882 com a crescente dependência das emendas parlamentares para o cumprimento do piso
1883 constitucional da saúde, avaliando que tal dinâmica gerava instabilidade e incerteza para a
1884 política pública, especialmente nos municípios de menor porte. Criticou a utilização de
1885 emendas para o pagamento de despesas com pessoal e para o financiamento de serviços sem
1886 caráter permanente, destacando os impactos negativos sobre a valorização do trabalho no
1887 SUS, a defesa de carreiras estáveis e a continuidade das políticas públicas. Defendeu que o
1888 Conselho reforçasse, em seus posicionamentos, a necessidade de um financiamento baseado
1889 nas necessidades da população e em decisões coletivas, evitando práticas clientelistas e a
1890 personalização da política pública. Encerrando o debate, conselheiro **Getúlio Vargas de**
1891 **Moura Júnior** registrou que o seminário da COFIN permanecia disponível nos canais de
1892 comunicação do Conselho e informou que havia entendimento com a Mesa Diretora quanto à
1893 continuidade do debate e à ampla divulgação dos documentos aprovados. Explicou que os
1894 prazos jurídicos seriam observados, inclusive considerando o recesso do Judiciário, e que
1895 eventuais decisões sobre a atuação do CNS como *amicus curiae* poderiam ser avaliadas nas
1896 reuniões subsequentes. Destacou, ainda, o início do diálogo conjunto entre a COFIN e a
1897 CIRTES sobre a carreira do SUS e anunciou que a comissão aprofundaria, nas próximas
1898 reuniões, o debate sobre o financiamento do Programa Agora Tem Especialistas, com vistas à
1899 qualificação do acompanhamento e da prestação de contas ao Plenário. Por fim, conselheira
1900 **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, avaliou que o debate realizado foi
1901 estratégico e estruturante para o futuro do SUS. Destacou o papel qualificado da COFIN e de
1902 seus integrantes na condução do tema e reafirmou a centralidade do controle social na
1903 vigilância cívica, na transparência e na provocação dos órgãos de controle. Ressaltou que o
1904 financiamento da saúde envolve investimento, custeio e pessoal, exigindo atuação articulada
1905 do controle social junto aos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Encerradas as
1906 manifestações, a coordenação declarou concluído o debate do Item 7 e convidou a
1907 coordenação do próximo item da pauta. **ITEM 8 – ALUSÃO AO MÊS “DEZEMBRO**
1908 **VERMELHO” DE ENFRENTAMENTO DA AIDS E OUTRAS ISTS - Inovações tecnológicas e**
1909 **tratamentos para o HIV, renovando o quadro de TARV no Brasil. Apresentação: Arthur**
1910 **Kalichman**, coordenador geral Departamento de HIV/Aids, Tubercolose, Hepatites Virais e
1911 Infecções Sexualmente Transmissíveis - DATHI/SVSA/MS; conselheiro **Moyses Longuinho**
1912 **Toniolo de Souza**, representante da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS -
1913 RNP+BRASIL e coordenador da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com
1914 Patologias – CIASPP/CNS; e **Susana van der Ploeg**, Coordenadora de Grupo de Trabalho
1915 sobre Propriedade Intelectual - GTPI da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) –
1916 *virtual*. Coordenação: conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e
1917 conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Priscila Torres**

1918 da Silva, integrante da Mesa Diretora do CN, iniciou o debate e, de imediato, procedeu à
1919 composição da mesa. Contextualizou o Item 8 como ponto de pauta alusivo ao mês Dezembro
1920 Vermelho, período dedicado à conscientização, prevenção e enfrentamento do HIV/Aids e das
1921 demais infecções sexualmente transmissíveis. Destacou que se tratava de momento simbólico
1922 e estratégico para reforçar a importância da informação qualificada, do acesso ao diagnóstico
1923 precoce, da ampliação da testagem e, sobretudo, da garantia da terapia antirretroviral a todas
1924 as pessoas que dela necessitassem. Ressaltou que o enfrentamento ao HIV/Aids exigia
1925 também o combate permanente ao estigma e à discriminação, ainda presentes como barreiras
1926 concretas ao acesso à saúde integral e ao exercício pleno de direitos. Enfatizou que o debate
1927 sobre HIV e DSTs deveria ser compreendido como discussão sobre políticas públicas efetivas,
1928 cuidado em rede, direitos humanos e compromisso com a vida. Reafirmou que nenhum avanço
1929 tecnológico ou normativo se sustentaria sem a participação social, a escuta ativa e o
1930 protagonismo das pessoas vivendo com HIV e DSTs. Ao abrir o diálogo, conclamou o plenário
1931 a construir coletivamente reflexões, questionamentos e estratégias de fortalecimento das ações
1932 existentes, bem como daquelas ainda necessárias à consolidação da resposta nacional à
1933 epidemia. Destacou o Dezembro Vermelho como chamado à responsabilidade e à
1934 solidariedade social, com vistas a transformar informação em ação e assegurar que o cuidado
1935 alcançasse todas as pessoas, sem deixar ninguém para trás. A seguir, passou a palavra ao
1936 conselheiro **Moyses Toniolo de Souza**, representante da RNP+BRASIL e coordenador da
1937 CIASPP/CNS, que iniciou sua manifestação saudando o Plenário do Conselho e
1938 contextualizando sua fala a partir da realização do 10º Encontro Nacional da RNP+Brasil,
1939 ocorrido recentemente em Vitória, no Espírito Santo, marco que celebrou os 30 anos de
1940 existência do movimento no país. Informou que o encontro teve como eixo central a reflexão
1941 sobre a história política do movimento como estratégia para projetar o futuro do enfrentamento
1942 à epidemia. Declarou viver com HIV/Aids há aproximadamente 29 anos e estar em tratamento
1943 antirretroviral efetivo há 26 anos, ressaltando que essa condição somente fora possível em
1944 razão da política pública brasileira, garantida pela Lei nº 9.313/1996, que assegurou o acesso
1945 universal e gratuito à terapia antirretroviral pelo SUS. Destacou que, desde 2010, alcançara a
1946 condição de indetectabilidade viral, com carga viral inferior a 50 cópias, o que, conforme
1947 consensos da Organização Mundial da Saúde e diretrizes adotadas no Brasil, significava
1948 transmissão zero do HIV. Relatou viver há dez anos em relação sorodiscordante, sem
1949 transmissão ao parceiro, e ressaltou que, atualmente, pessoas vivendo com HIV podiam
1950 constituir famílias e exercer maternidade e paternidade sem risco de transmissão vertical,
1951 evidenciando os avanços proporcionados pelo tratamento. Enfatizou que o tratamento
1952 antirretroviral configurava não apenas estratégia terapêutica, mas também importante
1953 ferramenta de prevenção, devendo ser amplamente reconhecida e divulgada pela sociedade.
1954 Prestou homenagem a lideranças e conselheiros que antecederam sua atuação no CNS,
1955 destacando o papel histórico de representantes do movimento social no controle social da
1956 saúde. Agradeceu às organizações da sociedade civil, redes, movimentos sociais e coletivos
1957 estaduais e nacionais que, desde o início da epidemia, pressionaram o Estado brasileiro por
1958 respostas efetivas, contribuindo para a construção das políticas públicas e para a
1959 institucionalização do Programa Nacional de HIV/Aids e ISTs. Ressaltou que os desafios
1960 contemporâneos incluíam a ampliação do diagnóstico oportuno, reconhecendo resistências
1961 sociais e individuais à testagem, e alertou que o atraso no diagnóstico comprometeria o acesso
1962 precoce ao tratamento e a redução da transmissão comunitária. Defendeu a necessidade de
1963 avançar na incorporação de novas tecnologias de prevenção e tratamento, citando a profilaxia
1964 pré-exposição injetável à base de cabotegravir, ainda não incorporada ao SUS em razão do
1965 elevado custo, bem como terapias inovadoras em desenvolvimento internacional, cujos preços
1966 atuais inviabilizariam sua adoção no sistema público brasileiro. Destacou que a incorporação
1967 dessas tecnologias seria estratégica para a eliminação de novas infecções, especialmente
1968 entre mulheres e outros grupos historicamente vulnerabilizados, ressaltando a importância de
1969 análise epidemiológica qualificada e de decisões orientadas pelo interesse público e pela
1970 equidade. Ao concluir, agradeceu à Mesa Diretora do CNS por acolherem a pauta do
1971 Dezembro Vermelho no âmbito do Plenário e reafirmou o compromisso do movimento social
1972 com o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil. A seguir, a mesa agradeceu a
1973 intervenção do conselheiro Moyses Toniolo e prosseguiu, franqueando a palavra à convidada
1974 **Susana van der Ploeg**, advogada da ABIA e coordenadora do GTPI, que participaria de forma
1975 virtual, para dar continuidade às exposições previstas no Item 8. Iniciou sua exposição
1976 agradecendo à Mesa Diretora e ao Plenário do Conselho pelo convite, registrando a honra de
1977 participar do debate. Informou que se manifestara em nome da ABIA e do GTPI, espaço de

1978 articulação existente há mais de duas décadas, dedicado à análise das barreiras impostas pela
1979 propriedade intelectual ao acesso universal a medicamentos, especialmente no contexto
1980 brasileiro. Explicou que as organizações integrantes do GTPI não recebiam financiamento da
1981 indústria farmacêutica, como estratégia deliberada para evitar conflitos de interesse e
1982 assegurar autonomia crítica na análise da atuação de grandes multinacionais farmacêuticas,
1983 bem como de empresas privadas nacionais. Afirmou que essa independência permitia
1984 denunciar práticas abusivas de mercado que restringiam o acesso a tecnologias essenciais em
1985 saúde. Ao contextualizar o cenário global do enfrentamento ao HIV, destacou a gravidade do
1986 atual processo de desfinanciamento internacional, em especial nos Estados Unidos, com
1987 impactos diretos sobre programas de cooperação e ajuda humanitária, como o PEPFAR.
1988 Assinalou que cortes orçamentários e instabilidades institucionais vinham afetando de forma
1989 desproporcional populações historicamente em situação de vulnerabilidade, como mulheres,
1990 crianças, pessoas negras e migrantes, além de comprometerem agendas estratégicas de
1991 ciência e saúde pública. Ressaltou que esse cenário se agravara com o avanço de políticas
1992 conservadoras e moralistas, marcadas por supremacismo racial, que enfraqueciam direitos e
1993 ampliavam desigualdades. Apresentou dados globais e nacionais sobre o HIV, informando que,
1994 no mundo, aproximadamente 40 milhões de pessoas viviam com HIV, das quais cerca de 10
1995 milhões ainda não tinham acesso ao tratamento, registrando-se cerca de 630 mil mortes anuais
1996 e 1,3 milhão de novas infecções em 2023. No Brasil, apesar do acesso universal à terapia
1997 antirretroviral, apontou a persistência de números elevados de novas infecções e óbitos,
1998 ressaltando mudanças metodológicas recentes nos boletins epidemiológicos, mas afirmando
1999 que, mesmo com essas revisões, os dados permaneciam alarmantes para um país com política
2000 pública consolidada de acesso ao tratamento (36 mil novos casos). Destacou que, embora o
2001 tratamento eficaz reduzisse a transmissão do HIV a zero em pessoas com carga viral
2002 indetectável, o estigma e a discriminação continuavam a funcionar como barreiras estruturais
2003 ao diagnóstico, ao cuidado e à prevenção. Passou então a analisar as inovações tecnológicas
2004 recentemente incorporadas ou em processo de incorporação no Brasil, chamando atenção
2005 para o alto custo de medicamentos como o fostemsavir, destinado a pessoas com
2006 multirresistência, cujo preço mensal considerou abusivo, apesar de sua relevância terapêutica.
2007 Citou também a incorporação do bictegravir em esquemas específicos e mencionou os
2008 esforços para certificação da eliminação da transmissão vertical, ponderando, contudo, que
2009 fragilidades persistiam no acompanhamento pré-natal, tanto na rede pública quanto na privada.
2010 Ao abordar o orçamento do Departamento de HIV/Aids, Tubercolose, Hepatites Virais e ISTs,
2011 informou que a maior parte dos recursos estava concentrada na aquisição de medicamentos, o
2012 que, segundo afirmou, tornava ainda mais relevante o debate sobre preços, sustentabilidade e
2013 uso racional dos recursos públicos (do total de R\$ 3,4 bilhões, R\$ 2,7 bi são destinados a
2014 medicamentos). Inseriu essa análise no contexto de retrocessos recentes, como desmonte no
2015 sistema de ética em pesquisa e impactos negativos sobre direitos sexuais e reprodutivos,
2016 especialmente de meninas e mulheres. Analisou o cenário das pesquisas em HIV, destacando
2017 que, embora houvesse avanços científicos relevantes, como o desenvolvimento de regimes de
2018 longa duração, vacinas experimentais e anticorpos amplamente neutralizantes, o financiamento
2019 dessas pesquisas vinha sofrendo reduções significativas, com consequências de longo prazo.
2020 Ressaltou que, no campo da prevenção, as estratégias de profilaxia pré-exposição (PrEP) de
2021 longa duração apresentavam os avanços mais acelerados, citando o cabotegravir injetável e o
2022 lenacapavir, ambos com elevada eficácia, mas submetidos a regimes de monopólio patentário
2023 e preços proibitivos. Detalhou os mecanismos de ação desses medicamentos, seus regimes de
2024 aplicação e os estudos clínicos realizados, inclusive no Brasil, ressaltando, entretanto, que o
2025 país fora sistematicamente excluído das licenças voluntárias que permitiriam o acesso a
2026 versões genéricas de menor custo, apesar de ter contribuído com ensaios clínicos. Denunciou
2027 essa exclusão como violação ao princípio do compartilhamento de benefícios e como prática
2028 que penalizava o SUS e as comunidades participantes das pesquisas. Analisou criticamente o
2029 sistema de patentes, apresentando o caso do lenacapavir, cujas patentes concedidas no Brasil
2030 garantiriam monopólio prolongado até 2037, contrastando essa situação com experiências de
2031 outros países, como a Argentina, que rejeitaram pedidos de patente por ausência de novidade
2032 e atividade inventiva. Apontou que, enquanto estudos internacionais indicavam a possibilidade
2033 de produção do medicamento a custos extremamente reduzidos, o Brasil permanecia impedido
2034 de acessar essas alternativas, o que comprometia estratégias de enfrentamento da epidemia.
2035 Também destacou o impacto do fim da cooperação internacional e da ajuda humanitária sobre
2036 o aumento projetado de novas infecções, especialmente em regiões como a América Latina,
2037 que, paradoxalmente, fora excluída das licenças voluntárias para acesso a medicamentos

2038 genéricos. Afirmou que tais exclusões revelavam critérios econômicos e geopolíticos que
2039 aprofundavam desigualdades regionais e globais. Ao tratar do caso do dolutegravir,
2040 medicamento central na primeira linha de tratamento no Brasil, denunciou a manutenção de
2041 preços elevados em razão do monopólio patentário e de contratos sigilosos de transferência de
2042 tecnologia, que, segundo afirmou, não resultaram na produção local efetiva do insumo.
2043 Comparou os preços praticados no Brasil com os menores preços internacionais, evidenciando
2044 discrepâncias significativas que comprometiam a sustentabilidade da política de acesso
2045 universal aos antirretrovirais. Resgatou a trajetória histórica da resposta brasileira à epidemia
2046 de HIV/Aids, destacando o papel dos laboratórios públicos, das universidades e do uso de
2047 instrumentos como o licenciamento compulsório para enfrentar práticas abusivas e garantir
2048 acesso universal ao tratamento. Defendeu que essa experiência demonstrava a centralidade
2049 da decisão política para superar barreiras de mercado e assegurar o direito à saúde. Ao
2050 concluir, afirmou que o principal obstáculo ao enfrentamento do HIV/Aids não era científico nem
2051 tecnológico, mas político. Defendeu a necessidade de priorizar a saúde pública sobre os lucros,
2052 enfrentar monopólios, utilizar as flexibilidades legais existentes, ampliar a transparência
2053 contratual e garantir a centralidade das comunidades afetadas nos processos decisórios.
2054 Reafirmou que o povo brasileiro não poderia ser tratado como mero campo de testes para a
2055 indústria farmacêutica e que o compartilhamento de benefícios deveria ser princípio
2056 estruturante das políticas de inovação em saúde. Por fim, colocou-se à disposição do Plenário
2057 para esclarecimentos e debates. Na sequência, expôs o coordenador-geral da área de
2058 Vigilância do HIV/Aids no Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções
2059 Sexualmente Transmissíveis/DATHI/SVSA/MS, **Arthur Kalichman**, iniciou sua manifestação
2060 saudando o Plenário e agradecendo a oportunidade de participar da reunião do Conselho.
2061 Informou que representava o diretor do DATHI, Draurio Barreira, que não pôde comparecer em
2062 razão de compromissos previamente agendados, e registrou a presença de integrantes da
2063 equipe técnica do Departamento, responsáveis pelas áreas de medicamentos, logística e
2064 monitoramento. Agradeceu as exposições anteriores, destacando que a fala de Susana Ploeg
2065 havia contextualizado de forma precisa o cenário internacional e facilitado a compreensão dos
2066 desafios enfrentados pelo Brasil no campo do HIV/Aids. Esclareceu que optara por não
2067 apresentar detalhadamente os dados em formato de slides, priorizando o diálogo a partir dos
2068 principais pontos analíticos e epidemiológicos. Explicou que o Brasil havia aprimorado, no
2069 período recente, a metodologia de produção do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, a partir da
2070 integração de diferentes sistemas nacionais de informação. Detalhou que, além do Sistema de
2071 Informação de Agravos de Notificação -SINAN, passaram a ser utilizados de forma articulada o
2072 Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - SICLOM, o Sistema de Controle de Exames
2073 Laboratoriais - SISCEL e o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, permitindo maior
2074 precisão na análise do diagnóstico, do acompanhamento clínico, da adesão ao tratamento e da
2075 mortalidade associada ao HIV/Aids. Ressaltou que essa vinculação de bases de dados,
2076 anteriormente aplicada apenas aos casos de Aids, fora estendida também aos registros de
2077 HIV, constituindo inovação tecnológica relevante no monitoramento da epidemia. Enfatizou que
2078 o tratamento antirretroviral eficaz resultava na indetectabilidade da carga viral e, consequentemente, na não transmissão do HIV, reiterando que esse dado científico
2079 consolidado representava componente central da estratégia de prevenção combinada.
2080 Contudo, ponderou que a prevenção não deveria ser entendida como responsabilidade
2081 exclusiva da pessoa em tratamento, sendo indispensável a manutenção de múltiplas
2082 estratégias preventivas. Ao analisar o cenário internacional, alertou para os impactos negativos
2083 do desfinanciamento de políticas globais de enfrentamento da Aids, especialmente em
2084 decorrência de decisões do governo dos Estados Unidos que resultaram no enfraquecimento
2085 de programas de cooperação internacional. Destacou que tais medidas haviam afetado de
2086 forma significativa países da África, da América Central e da América do Sul, bem como a
2087 produção científica mundial, inclusive no Brasil, em razão do corte de financiamentos para
2088 pesquisas relacionadas a HIV, diversidade sexual e identidade de gênero. Ressaltou que,
2089 embora o SUS garantisse sustentabilidade à política nacional de tratamento, o país sofrera
2090 impactos relevantes na área de pesquisa e inovação. Apresentou dados consolidados da
2091 epidemia no Brasil, informando que, desde o início da epidemia, aproximadamente 1,67 milhão
2092 de pessoas haviam sido registradas como vivendo ou tendo vivido com HIV/Aids no país.
2093 Indicou que, nos últimos anos, a média anual de notificações girara em torno de 68 mil casos
2094 de HIV ou Aids. Destacou como dado positivo a redução dos casos de Aids, que apresentaram
2095 queda aproximada de 2% em relação ao ano anterior, sinalizando maior acesso ao diagnóstico
2096 e ao tratamento oportuno. Ressaltou, ainda, a expressiva redução da mortalidade, com queda
2097

2098 de 13% no último ano analisado, alcançando o menor patamar dos últimos 30 anos, resultado
2099 diretamente associado à ampliação do acesso ao tratamento pelo SUS. Salientou que, apesar
2100 dos avanços, o Brasil permanecia marcado por profundas desigualdades regionais e sociais, o
2101 que se refletia nos indicadores da epidemia. Observou que, historicamente, as regiões Norte e
2102 Nordeste apresentaram maiores taxas de mortalidade, mas registraram redução significativa
2103 nos últimos dois anos. Ressaltou também a redução recente da mortalidade entre pessoas
2104 negras, pardas e pretas, reconhecendo esse resultado como avanço relevante na perspectiva
2105 da equidade racial e dos direitos humanos. Informou como conquista histórica a eliminação da
2106 transmissão vertical do HIV no Brasil, alcançada a partir da ampliação do diagnóstico precoce e
2107 do acesso universal aos antirretrovirais. Esclareceu que a eliminação, nos termos da saúde
2108 pública, correspondia à redução da transmissão vertical para níveis inferiores a 2%, e que o
2109 país se encontrava em processo de validação dessa conquista junto à Organização Mundial da
2110 Saúde. No campo da incorporação tecnológica, relatou a recente inclusão de novos
2111 medicamentos no SUS, destacando o fostemsavir, destinado a pessoas com múltiplas falhas
2112 terapêuticas, cuja incorporação se justificara pelo princípio da equidade, apesar do elevado
2113 custo. Mencionou também a incorporação do bictegravir em esquemas terapêuticos
2114 específicos, ressaltando que essa tecnologia permitiria ampliar opções para pessoas com
2115 contraindicações ao uso de outras formulações, além de gerar economia ao Sistema no médio
2116 prazo. Ao abordar os medicamentos de longa duração, explicou que tecnologias como o
2117 cabotegravir e o lenacapavir representavam inovações promissoras tanto para tratamento
2118 quanto para prevenção, mas enfrentavam barreiras significativas relacionadas a preços
2119 elevados e regimes de monopólio patentário. Informou que o lenacapavir ainda não possuía
2120 registro na Anvisa, inviabilizando sua avaliação pela CONITEC, e que o cabotegravir, embora
2121 registrado, não fora incorporado em razão de custos incompatíveis com os critérios de custo-
2122 efetividade. Ressaltou que o Ministério da Saúde permanecia em negociação com as empresas
2123 detentoras das tecnologias, reconhecendo seu potencial estratégico para a resposta brasileira
2124 à epidemia. Destacou a expansão da profilaxia pré-exposição oral (PrEP) no Brasil, informando
2125 que cerca de 150 mil pessoas encontravam-se em uso ativo dessa estratégia, com mais de 300
2126 mil usuários desde sua institucionalização como política pública. Ressaltou evidências de
2127 impacto positivo da PrEP na redução de novas infecções, especialmente em municípios com
2128 maior cobertura preventiva, a partir de indicadores que relacionavam o número de pessoas em
2129 PrEP ao número de novos diagnósticos. Ressaltou, contudo, que persistiam importantes
2130 desigualdades no acesso à PrEP e ao tratamento, com maior concentração entre pessoas
2131 brancas, de maior escolaridade e pertencentes a determinados segmentos populacionais,
2132 enquanto pessoas negras, trans, travestis, de baixa renda e escolaridade permaneciam sub-
2133 representadas. Afirmou que essas desigualdades decorriam de barreiras estruturais, como
2134 estigma, discriminação, pobreza e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Ao concluir,
2135 afirmou que, embora a inovação tecnológica fosse fundamental, os principais obstáculos ao
2136 enfrentamento do HIV/Aids permaneciam de natureza social, política e econômica. Defendeu
2137 que o combate às iniquidades, ao preconceito e às barreiras impostas pelos preços e patentes
2138 era tão essencial quanto a incorporação de novas tecnologias. Reafirmou a saúde como direito
2139 humano fundamental e colocou-se à disposição do Plenário para os debates subsequentes.
2140 Encerradas as exposições, a coordenação da mesa abriu para as manifestações dos
2141 conselheiros e das conselheiras. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello** iniciou sua
2142 manifestação parabenizando as exposições realizadas e ressaltando a trajetória histórica do
2143 movimento de HIV/AIDS como referência para outros movimentos de patologias,
2144 especialmente no que se refere à força do controle social. Destacou que os avanços
2145 alcançados pelo Brasil decorreram diretamente da mobilização social em um contexto marcado
2146 por machismo, racismo e homofobia. Alertou que situações semelhantes à vivenciada com o
2147 lenacapavir tenderiam a se repetir com outras tecnologias, advertindo que o país corria o risco
2148 de ser utilizado como campo de pesquisa sem posterior acesso aos medicamentos, o que
2149 poderia ampliar a judicialização da saúde e gerar passivos assistenciais relevantes para o
2150 SUS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** destacou a excelência das exposições e
2151 contextualizou sua fala a partir de sua vivência pessoal e militante, ressaltando que vivia com
2152 HIV por mais de três décadas, tendo enfrentado períodos sem acesso a medicamentos.
2153 Enfatizou que a decisão do Brasil de implementar o acesso universal aos antirretrovirais, em
2154 1996, fora determinante para a redução da transmissão e para o reconhecimento internacional
2155 do país. Ressaltou que a indetectabilidade viral somente era alcançada mediante acesso
2156 regular ao tratamento, adesão e qualidade de vida, defendendo que o principal objetivo das
2157 novas tecnologias deveria ser a melhoria das condições de vida das pessoas vivendo com HIV.

2158 Alertou que, sem um Sistema Único de Saúde robusto e comprometido com a equidade, não
2159 seria possível enfrentar a epidemia, destacando que o principal obstáculo ao controle do
2160 HIV/Aids permanecia de natureza política. Conselheira **Marina Andueza Pauelleli** parabenizou
2161 as exposições e registrou com satisfação a participação do IDEC no Grupo de Trabalho sobre
2162 Propriedade Intelectual – GTPI, com total independência. Complementou as análises
2163 apresentadas ao abordar a regulação de preços de medicamentos no Brasil, destacando
2164 fragilidades do atual modelo de definição de preços-teto. Para ilustrar a problemática,
2165 apresentou dados de pesquisa realizada e divulgada pelo IDEC em 2023, referente ao impacto
2166 das compras públicas de medicamentos. Utilizou como exemplo o medicamento dolutegravir,
2167 informando que, nas aquisições realizadas pelo governo em 2022, cada unidade havia sido
2168 adquirida pelo valor de R\$ 123, enquanto o preço teto vigente alcançava R\$ 274,76. Avaliou
2169 que esse descompasso evidenciava que o modelo regulatório então vigente não impedia
2170 aumentos e variações abusivas de preços, gerando impactos tanto para o SUS quanto para o
2171 consumidor final. Por fim, defendeu a necessidade de avanço na regulação de preços de
2172 medicamentos, de modo a assegurar maior proteção ao SUS e aos usuários que adquiriam
2173 esses produtos nas farmácias. Destacou que as análises, argumentos e pesquisas sobre o
2174 tema integravam a campanha “Remédios a Preço Justo”, já apresentada em intervenções
2175 anteriores, e concluiu agradecendo a oportunidade de manifestação. Conselheira **Rosaura de**
2176 **Oliveira Rodrigues** trouxe reflexão de caráter crítico sobre a medicina moderna, evocando
2177 conceitos de biopolítica e medicalização, ao afirmar que a produção científica e tecnológica em
2178 saúde se articulava a relações de poder e interesses econômicos. Ressaltou que o
2179 enfrentamento do HIV/Aids deveria ser compreendido no contexto das disputas entre a vida e a
2180 lógica do mercado, recordando o histórico da epidemia no Brasil e os avanços conquistados
2181 com o SUS, a ciência e a mobilização social. Agradeceu as exposições e defendeu a
2182 necessidade de apropriação dos dados apresentados pelo controle social, com vistas à
2183 formulação de leis, políticas públicas e estratégias de defesa da vida, articulando o debate com
2184 outras agendas, como a ética em pesquisa e o papel da CONEP. Conselheiro **Haroldo de**
2185 **Carvalho Pontes** parabenizou as apresentações, destacando sua qualidade técnica e o
2186 impacto emocional das falas. Ressaltou que, mais do que um desafio científico ou tecnológico,
2187 o enfrentamento do HIV/Aids configurava um problema político, social e cultural. Enfatizou que
2188 o preconceito estrutural da sociedade brasileira constituía barreira central ao cuidado e à
2189 prevenção, manifestando solidariedade às lideranças históricas do movimento e reconhecendo
2190 a luta travada ao longo das décadas contra o estigma e a discriminação. Conselheira
2191 **Veridiana Ribeiro da Silva** compartilhou sua experiência profissional como farmacêutica e
2192 integrante de equipes multiprofissionais desde os primeiros anos da epidemia, relatando as
2193 dificuldades iniciais de acesso aos antirretrovirais e os critérios excludentes baseados em
2194 exames laboratoriais inacessíveis à população mais carente. Destacou que a luta pelo acesso
2195 ao tratamento sempre esteve associada à dimensão social do cuidado. Alertou que, passadas
2196 quatro décadas, persistiam problemas estruturais relacionados ao acesso, aos preços abusivos
2197 e à dependência da indústria farmacêutica. Criticou a possibilidade de o país assumir papel de
2198 “cobaia” em pesquisas clínicas, sobretudo diante das mudanças na legislação de ética em
2199 pesquisa, o que poderia resultar em judicialização e exclusão futura de participantes de
2200 estudos clínicos. Manifestou solidariedade às lideranças do movimento e reafirmou o
2201 compromisso coletivo com a luta. Conselheira **Francisca Valva da Silva** agradeceu as
2202 exposições e contextualizou historicamente o enfrentamento do HIV/Aids no Brasil, destacando
2203 o papel decisivo do movimento social na reforma sanitária, na 8ª Conferência Nacional de
2204 Saúde e na consolidação do controle social. Recordou a criação da CONEP e a Lei dos
2205 Genéricos como marcos fundamentais das conquistas alcançadas. Alertou para o contexto
2206 atual de avanço do negacionismo, da extrema direita e de políticas de morte, ressaltando o
2207 risco representado por normativas que fragilizavam o controle social na ética em pesquisa.
2208 Defendeu a continuidade da mobilização social e afirmou que o controle social não chegara até
2209 aquele momento para retroceder, reafirmando a centralidade da defesa da vida frente aos
2210 interesses econômicos. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS
2211 Nacional de Saúde, saudou as pessoas expositoras, salientando o esforço da Mesa Diretora do
2212 CNS para viabilizar a inclusão do tema na pauta. Reafirmou a importância da ética em
2213 pesquisa no âmbito do controle social, com especial atenção ao diálogo com a juventude, e
2214 reconheceu a indetectabilidade como uma conquista sanitária, alertando, contudo, para o risco
2215 de interpretação equivocada que poderia gerar a falsa percepção de dispensa do cuidado
2216 contínuo. Defendeu o fortalecimento das estratégias de prevenção e parabenizou a gestão
2217 pelas iniciativas adotadas. Ressaltou a atuação histórica do Conselho Federal de Psicologia na

2218 construção de referências técnicas para a atuação profissional nos programas de IST, HIV e
2219 AIDS, defendendo a presença de profissionais da Psicologia nas equipes de saúde e alertando
2220 para a redução desses profissionais em diversas regiões. Destacou a centralidade do cuidado
2221 em saúde mental, defendendo o diálogo com CONASS, CONASEMS e o Ministério da Saúde
2222 para fortalecer a atenção integral às pessoas vivendo com HIV e AIDS. Conselheiro **Carlos**
2223 **Alberto Duarte** interveio novamente a fim de alertar para a persistência do preconceito e da
2224 discriminação contra pessoas vivendo com HIV e AIDS, enfatizando que nem todas
2225 alcançavam a condição de intransmissibilidade e que tais pessoas não poderiam ser
2226 culpabilizadas por dificuldades na adesão ao tratamento, as quais envolviam determinantes
2227 sociais relevantes. Defendeu que a abordagem do conceito de "indetectável igual a
2228 intransmissível" fosse feita de forma responsável, a fim de evitar o reforço de estigmas,
2229 discursos coercitivos e violações de direitos. Conselheira **Cleonice Caetano de Souza**
2230 ressaltou que o estigma e a discriminação permaneciam como fatores centrais de afastamento
2231 das pessoas dos serviços de saúde, do tratamento e da própria vida social. Disse que o
2232 HIV/Aids ainda constituía tema tabu no ambiente de trabalho e no movimento sindical.
2233 Ressaltou que o preconceito no mercado de trabalho afastava pessoas vivendo com HIV/Aids
2234 de oportunidades e direitos, defendendo a inclusão do tema nas negociações coletivas e nas
2235 agendas sindicais. Afirmou que o movimento sindical possuía papel estratégico na
2236 disseminação de informações, na redução do estigma e na defesa do direito à vida e à
2237 dignidade das pessoas afetadas. Conselheiro **Anselmo Dantas** também saudou todas as
2238 pessoas expositoras e relatou experiências de discriminação enfrentadas por pessoas vivendo
2239 com HIV/Aids no atendimento odontológico, ressaltando a necessidade de acionamento de
2240 códigos de ética profissional para garantir o cuidado. Destacou o papel histórico do Brasil como
2241 referência internacional no enfrentamento da epidemia e reafirmou a saúde como direito
2242 humano fundamental. Defendeu que a luta por financiamento adequado das políticas de
2243 HIV/Aids representava não apenas a defesa da vida, mas também a promoção da justiça social
2244 e do respeito à dignidade humana. Concluído o debate, a mesa retornou a palavra à mesa para
2245 considerações. A convidada **Susana van der Ploeg** agradeceu novamente o convite e
2246 manifestou reconhecimento às intervenções do Plenário do Conselho. Destacou como
2247 relevante a contribuição apresentada pela conselheira Marina Paullelli, do IDEC, acerca da
2248 Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED, enfatizando que o controle de
2249 preços constituía instrumento essencial de proteção da saúde pública. Recordou que, no
2250 processo de incorporação de tecnologias como o bictegravir no SUS, a empresa detentora da
2251 patente oferecera descontos significativos em relação ao preço teto da CMED, o que, embora
2252 aparecesse economia para o SUS, revelava distorções estruturais na composição de preços
2253 no Brasil. Afirmou que o controle de preços não deveria ser compreendido como mecanismo de
2254 estímulo à inovação, a qual dependia fundamentalmente de financiamento público, acordos
2255 justos e transparência. Concluiu reafirmando a necessidade de defesa permanente do SUS, da
2256 justiça social, da democracia e da solidariedade como princípios políticos estruturantes. Em
2257 seguida, o expositor **Arthur Kalichman** agradeceu ao Conselho por pautar o tema no contexto
2258 do Dezembro Vermelho e reconheceu a articulação do conselheiro Moyses Longuinho Toniolo
2259 de Souza para a inclusão do ponto na agenda. Ressaltou que o debate sobre HIV/Aids
2260 permanecia central por articular dimensões fundamentais da vida social, como justiça social,
2261 direito à saúde e direitos humanos. Destacou que a epidemia de HIV/Aids evidenciara, desde
2262 os anos 1980, a relação entre desenvolvimento tecnológico, acesso a medicamentos, patentes
2263 e direito à vida, além de expor de forma contundente o preconceito, o racismo, o machismo e a
2264 discriminação estrutural. Refletiu que, embora o medo da morte associada ao HIV tivesse sido
2265 reduzido com os avanços terapêuticos, persistia o medo "reputacional" e o estigma social,
2266 ainda presentes como barreiras profundas à testagem, ao diagnóstico e ao cuidado. Enfatizou
2267 que o enfrentamento da epidemia exigia não apenas justiça social do ponto de vista
2268 socioeconômico, mas também avanço ético e humanitário no reconhecimento da diversidade,
2269 das identidades e das formas de viver. Ressaltou que, apesar do sofrimento histórico
2270 associado ao HIV/Aids, a trajetória da epidemia também revelara a força da resiliência, da luta
2271 coletiva e da possibilidade de construção de uma humanidade mais justa e solidária. Concluiu
2272 afirmando que a luta permanecia em curso e que o compromisso coletivo deveria ser mantido.
2273 Na sequência, conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, nas considerações finais,
2274 destacando que o debate ocorreu em momento estratégico de mudança de tendências
2275 epidemiológicas. Alertou que a lógica historicamente adotada de categorização de "grupos
2276 mais vulneráveis" precisava ser constantemente revisitada, informando que, a partir de 2022,
2277 observava-se crescimento da incidência de HIV entre pessoas heterossexuais, especialmente

homens com 40 anos ou mais. Ressaltou a necessidade de ampliar o debate público e as estratégias de prevenção para esse segmento populacional. Destacou ainda que, entre as mulheres, a incidência do HIV atingia de forma desproporcional mulheres pretas e pardas, evidenciando vulnerabilidades atravessadas por desigualdades raciais e de gênero. Defendeu que as tecnologias de prevenção precisavam chegar a essas populações, lembrando que o movimento LGBTQIAPN+ historicamente dera respostas importantes à epidemia, sendo necessária agora a corresponsabilização de toda a sociedade. No campo da pesquisa, afirmou que, diante das recentes mudanças no marco da ética em pesquisa no Brasil, tornava-se imprescindível reafirmar o princípio de que não deveria haver decisões sobre populações pesquisadas sem sua participação direta, ressaltando que os avanços científicos eram testados em corpos humanos e que os participantes não poderiam ser tratados como “objetos de mercado”. Denunciou práticas da indústria farmacêutica que priorizavam estratégias de *marketing* em detrimento do real custo de desenvolvimento tecnológico e afirmou que vidas humanas não possuíam preço. Alertou que o Brasil, por possuir o SUS e ampla capacidade de recrutamento, tornara-se campo privilegiado de pesquisas clínicas, o que exigia vigilância permanente do controle social para assegurar compartilhamento de benefícios e acesso às tecnologias desenvolvidas. Concluiu agradecendo à Presidência, à Mesa Diretora, à Secretaria-Executiva do CNS e a todos os conselheiros e conselheiras pelo apoio à incidência política necessária ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, reafirmando que a erradicação da Aids como problema de saúde pública era tecnicamente possível e dependia de decisão política, solidariedade e compromisso com a dignidade humana. **Na sequência, a coordenação procedeu à leitura dos encaminhamentos que surgiram no debate:** 1) **organizar estudos técnicos de viabilidade para incorporação de tecnologias antirretrovirais e de prevenção como medicamento de interesse público para o SUS, iniciando o processo de transferências tecnológicas pela via de licenciamentos voluntários e compulsórios, a exemplo do efavirenz (utilização do mecanismo da “Lei de Patentes”);** 2) **ampliar a participação e diálogo com as organizações da sociedade civil para tratar das determinações sociais que vulnerabilizam populações como LGBT, em situação de rua, encarcerada, profissionais do sexo, mulheres, com vistas a ampliar estratégias que reduzam a incidência nessas populações;** 3) **garantir o compromisso das gestões estaduais e municipais para execução das verbas de incentivo fundo a fundo de prevenção das ISTs, AIDS, HV, HTLV e TB enquanto meta do Estado brasileiro de erradicar as epidemias até 2030, salvando vidas e promovendo dignidade, cumprindo o dever constitucional de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população brasileira;** 4) **rever na CMED os critérios de precificação de medicamentos incorporados no SUS pela atualização da regulação brasileira;** 5) **apropriar-se dos dados enquanto controle social para organizar movimentos e participar dos debates;** 6) **defender a importância dos profissionais psicólogos nas equipes multiprofissionais que cuidam de pessoas vivendo com HIV Aids;** 7) **lutar contra o estigma dentro dos serviços das categorias profissionais, ampliando campanhas de educação;** e 8) **remeter as propostas apresentadas pela Coordenadora do GTPI à Mesa Diretora do CNS, com vistas à definição de estratégias que assegurem a participação/incidência do controle social nesse debate.** Por fim, a coordenação registrou manifestação do conselheiro **Vanilson Torres**, solicitando a inclusão explícita das profissionais e dos profissionais do sexo entre os segmentos contemplados nos encaminhamentos, explicando que tal inclusão já fora considerada na redação relativa à ampliação do diálogo social. Feito esse registro, a mesa agradeceu a participação das pessoas convidadas e, em razão do horário avançado, declarou encerrados os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião, orientando sobre a retomada da reunião no período da tarde. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras neste período: **Titulares - Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cleide Cilene Farias Tavares**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Marcello Nunes Pereira**, Conselho Federal de Nutrição (CFN); **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**,

2338 Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede
2339 Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do**
2340 **Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **José Vanilson**
2341 **Torres da Silva**, Movimento Nacional População de Rua (MNPR); **Lucimary Santos Pinto**,
2342 Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Alberto Catanoso**,
2343 Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI);
2344 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Thereza**
2345 **Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD);
2346 **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade
2347 Social da CUT (CNTSS); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rafaela Bezerra Fernandes**,
2348 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar**
2349 **Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);
2350 **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth**
2351 **Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Sueli Terezinha Goi**
2352 **Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); **Veridiana Ribeiro da Silva**,
2353 Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos
2354 Estudantes (UNE); e **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de
2355 Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). *Suplentes* – **Alciomar Antônio Marin**, Federação
2356 Brasileira de Hospitais (FBH); **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação Brasileira de
2357 Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Carlos Alberto Ebeling**
2358 **Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR;
2359 **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **César Carlos**
2360 **Wanderley Galiza**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Cleonice Caetano Souza**,
2361 União Geral dos Trabalhadores (UGT); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço
2362 Social (CFESS); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais
2363 de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de
2364 Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil;
2365 **Fausto Soriano Estrela Neto**, Ministério da Saúde (MS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**,
2366 Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo de Siqueira Pinho**,
2367 Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil
2368 (CONTRAF); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **Lenise Aparecida**
2369 **Martins Garcia**, Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); **Marina Andueza Paillelli**, Instituto Brasileiro
2370 de Defesa do Consumidor (IDEC); **Moyses Longuinho Toniolo de Souza**, Rede Nacional de
2371 Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL); **Odete Messa Torres**, Associação
2372 Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Pérola Nazaré de Souza Ferreira**, Organização
2373 Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Rafael Gomes Ditterich**, Conselho Federal de
2374 Odontologia (CFO); e **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Rede Nacional Feminista de Saúde,
2375 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS). **ITEM 9 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 18^a**
2376 **Conferência Nacional de Saúde – Composição da mesa**: conselheira **Fernanda Lou Sans**
2377 **Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, da Mesa
2378 Diretora do CNS. A Presidenta do Conselho iniciou, informando o Plenário acerca do estágio
2379 de construção do documento final referente à 5^a Conferência Nacional de Saúde do
2380 Trabalhador e da Trabalhadora – 5^a CNSTT, registrando a expectativa de que o documento
2381 pudesse ser apresentado no início do primeiro semestre, entre fevereiro e março, ressaltando,
2382 contudo, que ainda se encontrava em processo de consolidação. Informou que, diante de
2383 reiteradas demandas externas pelo relatório final, a Mesa Diretora do CNS considerou
2384 pertinente antecipar explicações por meio daquele informe. Sobre a 18^a Conferência Nacional
2385 de Saúde, recordou que a convocatória fora realizada em setembro e que o calendário
2386 estabelecido previa, no primeiro semestre de 2026, a realização das etapas municipais e
2387 regionais, enfatizando a importância de que os municípios realizassem efetivamente suas
2388 conferências municipais, especialmente aqueles que historicamente optavam apenas por
2389 etapas macrorregionais. Informou que haveria, posteriormente, um intervalo correspondente ao
2390 período eleitoral, seguido, no início de 2027, pela realização das etapas estaduais, com
2391 previsão de conclusão até abril, de modo a permitir que a relatoria nacional trabalhasse com o
2392 material consolidado proveniente dos estados. Registrhou que a etapa nacional estava prevista
2393 para ocorrer em junho de 2027. Ressaltou que a metodologia vinha sendo construída desde a
2394 17^a Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de assegurar que os trabalhos fossem
2395 concluídos em tempo hábil para incidir nos instrumentos de planejamento e orçamento público,
2396 tais como a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, a Lei Orçamentária Anual - LOA e o Plano
2397 Plurianual - PPA, de modo a fortalecer a defesa do piso constitucional da saúde e da pauta

2398 sanitária no Congresso Nacional. Relembrou o tema da 18ª Conferência Nacional de Saúde
2399 "Brasil dos brasileiros e brasileiras: cuidar do povo é cuidar do Brasil. SUS e soberania
2400 nacional" e informou que, a partir daquele momento, seria iniciada a montagem da Comissão
2401 Organizadora Nacional para o próximo mandato do CNS, que se iniciaria em janeiro. Explicou
2402 que o calendário das reuniões subsequentes seria aprovado naquela reunião e adiantou a
2403 previsão de realização de reunião do pleno na última semana de janeiro, com vistas à
2404 organização institucional e orçamentária, permitindo também o planejamento das agendas
2405 pessoais dos conselheiros e conselheiras. Orientou que os fóruns dos diferentes segmentos
2406 discutissem internamente e apresentassem os nomes para compor a Comissão Organizadora
2407 Nacional, destacando que, na sequência, seriam constituídos os desdobramentos dessa
2408 comissão, incluindo coordenações específicas, como as comissões de infraestrutura,
2409 mobilização, saúde e relatoria, além da Secretaria-Geral e das comissões temáticas que
2410 atuariam ao longo do primeiro semestre de 2026. Enfatizou que a participação nas comissões
2411 exigiria dedicação efetiva ao trabalho, não se tratando apenas de espaço de visibilidade ou
2412 representação formal. Informou que a Mesa Diretora, em conjunto com a Secretaria-Executiva
2413 do CNS, iniciaria também o debate sobre os eixos temáticos, a metodologia e os formatos mais
2414 adequados para a realização da conferência. Destacou que experiências bem-sucedidas, como
2415 as conferências livres e as atividades autogestionadas, seriam mantidas, mas que seriam
2416 revistos os critérios de eleição de delegados, de modo a preservar o rito formal das
2417 conferências territoriais e assegurar a representação das bases. Alertou para a necessidade de
2418 evitar que as conferências livres se sobrepuxessem às etapas formais de eleição, preservando
2419 o equilíbrio entre inovação participativa e legitimidade representativa. Ressaltou ainda a
2420 necessidade de avançar na construção de metodologias que priorizassem a concisão, o
2421 pragmatismo e a definição de prioridades estratégicas para o SUS. Observou que conferências
2422 com centenas de propostas dificultavam o acompanhamento e a implementação das
2423 resoluções, enquanto experiências anteriores, com número mais reduzido de deliberações,
2424 apresentaram maior impacto prático. Destacou que essa reflexão vinha sendo aprofundada em
2425 processos formativos realizados em parceria com a Fiocruz e a Universidade Federal de Mato
2426 Grosso, enfatizando a importância de não apenas realizar a conferência, mas também
2427 acompanhar a implementação de suas resoluções. Reconheceu que esse acompanhamento
2428 representaria desafio relevante, mas afirmou que o CNS vinha trabalhando para alcançar maior
2429 pertinência social, amplo envolvimento popular e, simultaneamente, maior efetividade política,
2430 sempre em consonância com os princípios do SUS. Também informou sobre a realização de
2431 um seminário em comemoração aos 35 anos do SUS, em alusão à Lei Orgânica da Saúde,
2432 ressaltando também os marcos históricos dos 37 anos da Constituição Federal e a
2433 aproximação dos 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a serem celebrados no ano
2434 seguinte. Destacou que essas reflexões contribuiriam diretamente para a construção da 18ª
2435 Conferência Nacional de Saúde. Anunciou ainda o lançamento da campanha "A importância do
2436 SUS na sua vida", concebida como uma websérie documental composta por vídeos curtos com
2437 depoimentos de pessoas usuárias, trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde. Informou
2438 que os primeiros depoimentos seriam apresentados a partir do seminário comemorativo e que
2439 a proposta era ampliar a coleta de relatos até a realização da 18ª Conferência, constituindo um
2440 mosaico de vozes que evidenciasse o SUS como política pública viva, construída
2441 coletivamente e presente no cuidado, na cura, no trabalho e na defesa de direitos. Explicou que
2442 os depoimentos seriam preferencialmente gravados com apoio da assessoria de comunicação
2443 do CNS, a fim de garantir qualidade técnica e tratamento equânime do material. Conselheira
2444 **Helenice Yeme Nakamura** manifestou-se parabenizando a iniciativa da campanha e sugeriu a
2445 criação de materiais de divulgação, como buttons e adesivos, bem como a realização de uma
2446 exposição de depoimentos, indicando o Museu da Pessoa como espaço virtual de referência
2447 para a construção de memória oral. Detalhou que o Museu possuía amplo acervo de histórias
2448 de vida, e seria uma ótima estratégia para difusão do conteúdo. Conselheira **Elaine Junger**
2449 **Pelaez** parabenizou a campanha e destacou a importância de valorizar o SUS não apenas em
2450 contextos de crise, mas no cotidiano das pessoas. Sugeriu a utilização de perguntas
2451 disparadoras nos depoimentos, como elementos motivadores das narrativas, e solicitou
2452 explicação sobre a origem dos vídeos, se provenientes de acervos anteriores ou de novas
2453 gravações. Manifestou preocupação com a representatividade dos depoimentos, defendendo a
2454 inclusão de pessoas usuárias da base social, movimentos de vítimas da COVID-19, pessoas
2455 em situação de orfandade, população negra, pessoas com deficiência, trabalhadores e
2456 gestores comprometidos com a gestão democrática, bem como a articulação da campanha
2457 com a linha histórica das conferências de saúde. Em resposta, a Presidenta do CNS elucidou

que o vídeo a ser lançado inicialmente utilizaria material de conferências anteriores, combinado com novos depoimentos já em processo de gravação. Informou que a pergunta central da campanha seria mantida pela sua simplicidade e potência comunicativa, mas que a equipe de comunicação estaria preparada para auxiliar participantes que necessitassem de estímulos adicionais. Reafirmou que a campanha estava aberta à participação de diferentes segmentos e entidades relacionadas ao SUS, inclusive movimentos de familiares e associações diversas, desde que observados critérios de qualidade técnica dos vídeos, a fim de garantir tratamento isonômico. Agradeceu as contribuições e reconheceu a relevância das sugestões apresentadas. Não havendo novas manifestações, nem deliberação neste item, a Presidenta deu encaminhamento à transição para o próximo ponto de pauta, convidando as conselheiras responsáveis pela coordenação subsequente a assumirem a mesa. **ITEM 10 – AÇÕES E RESULTADOS DA CONFERÊNCIA GLOBAL SOBRE CLIMA E SAÚDE DE 2025 - COP 30 -**

Apresentação: **Emerson Soares dos Santos**, Coordenador-Geral de Mudanças Climáticas e Equidade em Saúde - CGClima/DVSAT/SVSA/MS; **Sergio Rossi Ribeiro**, Gestor do Programa Especial de Saúde do Rio Doce – *participação virtual*. **Coordenação:** conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Após compor a mesa, a coordenação saudou todas as pessoas e apresentou os convidados para este ponto de pauta. O primeiro expositor, com participação virtual, foi o gestor **Sérgio Rossi Ribeiro** que iniciou sua manifestação saudando os conselheiros e as conselheiras do Conselho, em nome da presidente do CNS, **Fernanda Lou Sans Magano**, e agradeceu o convite para participar do debate. Justificou sua participação virtual em razão de compromissos institucionais concomitantes, relacionados à caravana interfederativa do Governo Federal em Minas Gerais, além de atrasos em voos. Registrhou agradecimentos a conselheiros que acompanhavam a pauta do Rio Doce, bem como a representantes de entidades da sociedade civil envolvidas no tema. Apresentou ao Plenário o Programa Especial de Saúde do Rio Doce, instituído no âmbito do novo acordo de reparação decorrente do rompimento da barragem de rejeitos de Fundão, ocorrido em 2015, no município de Mariana, Minas Gerais. Contextualizou o desastre como evento de grande magnitude socioambiental, que atingiu toda a bacia do Rio Doce, impactando diretamente 49 municípios — sendo 38 em Minas Gerais e onze no Espírito Santo — e afetando a vida de mais de 1,5 milhão de pessoas, com repercussões profundas nas dimensões social, ambiental, econômica e sanitária. Relembrou que, em 2016, fora firmado acordo judicial que previu a criação de uma fundação privada para executar as ações de reparação, destacando que, no campo da saúde, praticamente nenhuma das ações previstas fora efetivamente implementada, além de ter sido criada sobreposição indevida ao SUS. Informou que o novo acordo, conduzido sob protagonismo do Governo Federal a partir de 2023, alterou estruturalmente essa lógica, estabelecendo que o poder público passaria a assumir a execução das ações de reparação, sem eximir as empresas responsáveis pela responsabilização pelos danos causados. Explicou que o novo acordo converteu obrigações de “fazer”, antes atribuídas à fundação privada, em obrigações de “pagar”, com definição de compensações financeiras que permitissem ao poder público estruturar políticas públicas permanentes de reparação. Registrhou que o valor global do acordo fora significativamente ampliado e que, especificamente para a saúde, o montante passou de uma proposta inicial de aproximadamente R\$ 750 milhões para R\$ 12 bilhões, destinados à criação e implementação do Programa Especial de Saúde do Rio Doce. Destacou que o Ministério da Saúde não aceitou a quitação ampla e irrestrita das obrigações das empresas, assegurando que permanecessem válidas responsabilidades relativas a danos individuais, futuros ou ainda não conhecidos. Disse ainda que o acesso aos recursos do programa não foi condicionado à adesão política dos entes federativos ao acordo, sendo exigida a elaboração e submissão de planos de ação em saúde, de modo a garantir transparência, controle social e monitoramento pelos órgãos de controle. Informou que o acordo era composto por extenso conjunto de cláusulas e anexos temáticos, sendo o Anexo 8 dedicado à saúde, no qual se estabeleceu a operacionalização do Programa especial por meio do SUS, nas três esferas de gestão. Detalhou que o Programa tinha como eixos centrais a ampliação e o fortalecimento da assistência e da vigilância em saúde nos territórios atingidos, incluindo o fortalecimento da Atenção Primária, das equipes multiprofissionais, da Atenção Especializada, da Rede de Atenção Psicossocial, das ações de vigilância em saúde e da infraestrutura física da rede. Destacou a relevância da atenção à exposição a substâncias químicas decorrentes do rejeito de mineração, bem como os impactos significativos sobre a saúde mental da população atingida, apontando a necessidade de resposta estruturada e de longo prazo. Ressaltou que a maioria dos municípios atingidos possuía pequeno porte

populacional, o que agravava as dificuldades de resposta diante da complexidade dos danos, exigindo investimentos também em gestão, inteligência em saúde, ciência de dados, pesquisa, ensino e inovação. Nesse contexto, destacou a criação de uma Rede de Pesquisa em Saúde do Rio Doce, coordenada pela FIOCRUZ, com previsão de duração de 15 anos, estruturada em estudos de avaliação de risco à saúde humana, avaliação toxicológica e avaliação epidemiológica, com o objetivo de subsidiar decisões de gestão e orientar políticas públicas baseadas em evidências. No que se refere ao financiamento, informou que os R\$ 12 bilhões destinados à saúde estavam divididos em dois grandes blocos: cerca de R\$ 3,6 bilhões para ações imediatas, incluindo planos de ação do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios, e R\$ 8,4 bilhões para a constituição de um fundo perpétuo, cujo rendimento garantiria sustentabilidade financeira das ações ao longo do tempo. Destacou que 50% dos recursos seriam direcionados diretamente aos planos de ação municipais, assegurando fortalecimento do SUS nos territórios mais impactados. Explicou ainda a estrutura de governança do programa, composta por uma câmara técnica, responsável por formular diretrizes, orientar planos de ação e monitorar a execução, e por um comitê especial tripartite, encarregado de pactuar e deliberar sobre os investimentos. Informou que essa governança incluía representantes do Ministério da Saúde, dos estados, dos municípios, do CNS e de populações específicas, como povos indígenas. Apresentou, por fim, o plano de ação do Ministério da Saúde para 2025, com previsão orçamentária aproximada de R\$ 486,3 milhões, estruturado em macroações voltadas ao cuidado integral, vigilância, infraestrutura e fortalecimento institucional. Ao concluir, afirmou que a opção pela criação de um programa estruturado, e não apenas por compensação financeira, buscou romper com a lógica histórica de respostas fragmentadas a grandes desastres, garantindo que o SUS fosse fortalecido de forma permanente nos territórios atingidos. Destacou que o objetivo central do Programa Especial de Saúde do Rio Doce era promover a reparação dos danos, a promoção da saúde e a construção de territórios saudáveis e sustentáveis. Agradeceu ao Conselho pela oportunidade e colocou o Ministério da Saúde à disposição para diálogo contínuo com o controle social. Seguindo, expôs o Coordenador-Geral de Mudanças Climáticas e Equidade em Saúde/DVSAT/SVSA/MS, **Emerson Soares dos Santos**, que iniciou sua exposição cumprimentando as integrantes da mesa, a presidente do Conselho e demais integrantes do CNS. Transmitiu cumprimentos da secretária da SVSA/MS, Maria Ângela Simão, informando que ela não pudera estar presente em razão de compromissos de última hora. Apresentou ao Plenário do Conselho o Plano de Adaptação do Setor Saúde frente às Mudanças Climáticas – Adapta SUS, explicando que se tratava de um dos dezesseis planos setoriais de adaptação que compunham a Estratégia Nacional do Plano Clima, coordenada pelo Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima. Informou que a estratégia nacional se organizava em dois eixos - mitigação e adaptação, sendo a saúde contemplada exclusivamente no conjunto dos planos de adaptação. Destacou que, entre os nove objetivos da Estratégia Nacional de Adaptação, um deles dizia respeito diretamente à promoção, proteção e recuperação da saúde e do bem-estar das populações, com respeito aos modos de vida dos povos e comunidades tradicionais, o que representou avanço em relação a estratégias anteriores do governo federal. Contextualizou que a retomada da agenda climática no âmbito federal ocorreu a partir de 2023, com a criação do Comitê Interministerial sobre Mudança do Clima, instância responsável pela aprovação da estratégia nacional e dos planos setoriais. Ressaltou que o Adapta SUS fora construído de forma participativa, ao longo de aproximadamente dois anos, envolvendo diversas áreas do Ministério da Saúde, incluindo vigilância em saúde, atenção primária, atenção especializada, saúde digital, ciência, tecnologia e inovação, além de instituições vinculadas, como a Fundação Oswaldo Cruz, universidades, o Conselho Nacional de Saúde e representações de secretários estaduais e municipais de saúde. Explicou que o plano não adotava abordagem centrada em doenças específicas, mas sim em problemas prioritários que representavam riscos ao sistema de saúde e à ocorrência de emergências em saúde pública. Indicou que foram definidos oito grandes problemas relacionados ao aumento da morbidade, da mortalidade e da demanda por serviços de saúde, decorrentes tanto de impactos diretos das mudanças climáticas - como extremos de temperatura, enchentes, inundações e secas - quanto de fatores indiretos, a exemplo da poluição atmosférica, alterações no perfil de doenças zoonóticas, insegurança alimentar e nutricional, dificuldades de acesso à água potável, saneamento e condições adequadas de higiene. Frisou que todas as metas e ações previstas no Adapta SUS tinham como premissa transversal a equidade em saúde, orientando a priorização de populações em situação de maior vulnerabilidade aos efeitos das mudanças climáticas. Informou que o plano se estruturava em quatro objetivos específicos: vigilância em

2578 saúde; atenção à saúde; promoção, educação em saúde; e ciência, tecnologia, inovação e
2579 produção em saúde. Detalhou que o documento contemplava 27 metas e 93 ações, com
2580 horizonte temporal até 2035, sendo parte delas previstas para execução até 2027, 2031 e
2581 2035, em consonância com os ciclos do Plano Plurianual - PPA. Informou que o processo de
2582 elaboração do plano se deu por meio de oficinas técnicas e reuniões ordinárias de um grupo de
2583 trabalho específico, totalizando dezenas de encontros ao longo do período. Destacou que o
2584 documento fora submetido à consulta pública, realizada na plataforma Brasil Participativo entre
2585 março e maio, tendo recebido 337 contribuições, das quais aproximadamente 80% foram
2586 incorporadas ao texto final, após análise técnica. Explicou que as contribuições não
2587 incorporadas, em geral, tratavam de temas alheios à pauta climática ou eram repetitivas.
2588 Registrou que, em setembro, o plano fora pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, o que
2589 implicou também a corresponsabilização de estados e municípios na elaboração de planos
2590 locais de adaptação em saúde. Destacou, contudo, que todas as metas e ações do Adapta
2591 SUS eram de responsabilidade direta do nível federal, tendo o plano como essência a
2592 mobilização de instrumentos normativos já existentes e a articulação com políticas públicas
2593 consolidadas. Explicou que, embora o plano ainda não tivesse sido oficialmente lançado, por
2594 depender de aprovação formal no Comitê Interministerial sobre Mudança do Clima, suas metas
2595 e ações já vinham sendo incorporadas à rotina do Ministério da Saúde. Informou que o
2596 monitoramento da implementação seria realizado pela Coordenação-Geral de Mudanças
2597 Climáticas e Equidade em Saúde, com a criação de ferramentas específicas para
2598 acompanhamento interno e externo, garantindo transparência e controle social. Relatou que o
2599 Adapta SUS fora apresentado internacionalmente durante a Conferência das Partes (COP), no
2600 chamado Dia da Saúde, ocasião em que, pela primeira vez, a temática da saúde ocupou
2601 espaço exclusivo na agenda da conferência. Destacou ainda o lançamento do Plano de Ação e
2602 Saúde de Belém, iniciativa de adesão voluntária por países, voltada à implementação de ações
2603 concretas de adaptação dos sistemas de saúde aos impactos das mudanças climáticas,
2604 afirmando que o Adapta SUS constituía o documento que materializava a contribuição
2605 brasileira a essa agenda internacional. Enfatizou que o plano previa revisões bienais, com
2606 participação do Ministério da Saúde e da sociedade civil, reconhecendo seu caráter dinâmico e
2607 passível de aperfeiçoamento contínuo. Associou essa perspectiva ao contexto da 18ª
2608 Conferência Nacional de Saúde, avaliando que o processo conferencial representava
2609 oportunidade estratégica para refletir sobre os próximos anos do SUS, especialmente diante
2610 dos desafios impostos pelas mudanças climáticas, tanto em eventos agudos quanto em
2611 transformações graduais e persistentes. Ao concluir, destacou que fenômenos como
2612 enchentes, secas, ondas de calor e frio extremo já impunham desafios concretos à organização
2613 dos serviços de saúde, à garantia da vacinação, do acesso a medicamentos e da continuidade
2614 do cuidado em territórios isolados ou afetados por desastres. Defendeu que o Adapta SUS
2615 buscava preparar o Sistema Único de Saúde para responder de forma estruturada, equitativa e
2616 resiliente a esse novo cenário, reforçando a centralidade do SUS na proteção da vida.
2617 Agradeceu a oportunidade de exposição e colocou-se à disposição para o debate subsequente.
2618 Concluídas as explanações, a mesa explicou que a Coordenadora Nacional do Movimento dos
2619 Atingidos por Barragens – MAB, Missay Nobre, fora convidada para o debate, mas não
2620 conseguiu participar presencialmente, nem de forma remota. Feita essa explicação, abriu para
2621 debate. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** parabenizou os expositores pelas
2622 apresentações e destacou a centralidade do tema clima e saúde para o presente e o futuro do
2623 SUS. Relatou ter participado da COP 30 por meio de cooperação com entidade internacional e
2624 sua representação sindical, informando que acompanhara as atividades realizadas na
2625 chamada “zona verde”, uma vez que o acesso à “zona azul”, destinada às negociações
2626 formais, fora restrito. Avaliou que a saúde ainda ocupou espaço limitado na agenda oficial da
2627 Conferência, ressaltando que apenas um dia fora dedicado especificamente ao tema, o que
2628 considerou insuficiente diante da transversalidade da saúde nas dimensões ambiental, humana
2629 e animal. Destacou positivamente a realização da Cúpula dos Povos, na qual identificou maior
2630 presença de debates sobre saúde, inclusive sob a perspectiva da saúde única. Questionou, por
2631 fim, quais resultados concretos o Brasil alcançara no que se refere à inserção no documento
2632 final da COP a partir do Plano de Ação e Saúde de Belém, considerando que as deliberações
2633 da conferência dependiam de consenso entre os países. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
2634 retomou reflexões já debatidas na Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS/CNS,
2635 especialmente sobre o Programa Especial de Saúde do Rio Doce. Manifestou preocupação
2636 com a ausência ou fragilidade da participação dos conselhos estaduais e municipais de saúde
2637 nos espaços de governança do Programa, relatando que tal questão já fora apontada em

reuniões anteriores. Relacionou essa preocupação também sobre o Plano Adapta SUS, afirmando que experiências recentes, como a pandemia de COVID-19 e as enchentes no Rio Grande do Sul, evidenciaram relações conflituosas entre gestões estaduais e o controle social, inclusive com esvaziamento do caráter deliberativo do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Defendeu que os planos nacionais incorporassem de forma explícita mecanismos de articulação e participação efetiva dos conselhos estaduais e municipais, ressaltando que, nos eventos extremos ocorridos no estado, a atuação do Ministério da Saúde se deu muitas vezes sob pressão da sociedade civil, diante da ausência de resposta adequada da gestão estadual. Mencionou ainda a relevância do Guia Técnico de Comunicação de Risco para Emergências em Saúde Pública, em debate na CIVS/CNS, como instrumento estratégico a ser articulado ao Adapta SUS. Conselheira **Marina Andueza Paulelli** parabenizou as apresentações e concentrou sua intervenção na abordagem da resistência antimicrobiana no contexto das mudanças climáticas. Destacou que a resistência antimicrobiana não decorria apenas do uso inadequado de antibióticos, mas também de fatores associados a eventos climáticos extremos, como inundações, deslocamentos forçados e disseminação de patógenos resistentes. Questionou se o plano setorial de adaptação contemplava ações específicas relacionadas a esse tema. Acrescentou que o Brasil já possuía iniciativas consolidadas, como planos nacionais de ação e o comitê de saúde única, sugerindo a articulação do Adapta SUS com essas estratégias existentes. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** manifestou-se destacando a relevância de se abordar, no contexto das emergências climáticas, as dimensões da violência de gênero, da saúde sexual e reprodutiva e da saúde mental. Relatou sua experiência como voluntária durante as enchentes no Rio Grande do Sul, descrevendo situações de risco vivenciadas por mulheres, adolescentes e meninas em abrigos improvisados, incluindo ameaças de violência sexual. Destacou que, em diversos locais, foi necessária a organização de alojamentos exclusivos para mulheres, geridos por elas próprias, como estratégia de proteção. Alertou ainda para o aumento de infecções sexualmente transmissíveis, agravamento de quadros de saúde mental, prostituição forçada e trabalho infantil no período posterior às catástrofes. Defendeu que tais riscos fossem incorporados de forma estruturada nos planos de ação em saúde, considerando que populações já em situação de vulnerabilidade tendem a sofrer impactos ainda mais severos em contextos de emergência climática. Conselheira **Walquiria Cristina Alves Barbosa** abordou a vulnerabilidade específica da população idosa diante de eventos climáticos extremos. Destacou que idosos apresentavam maior suscetibilidade a ondas de calor, dificuldades de mobilidade em situações de emergência e maior risco de agravos à saúde. Relatou que a Comissão de Ciclo de Vida do CNS havia debatido o tema e a ABRAZ, entidade que representava no CNS, realizara o Seminário Nacional sobre Envelhecimento e Sustentabilidade, cujos resultados foram apresentados na COP 30. Ressaltou que políticas climáticas em saúde pública frequentemente negligenciavam as necessidades específicas das pessoas idosas, apontando lacunas em planos de contingência, infraestrutura urbana e preparação dos sistemas de saúde. Defendeu a integração entre adaptação climática, saúde pública e planejamento urbano, com foco em cidades resilientes, inclusivas e preparadas para proteger a população idosa. Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes** focou sua intervenção especialmente sobre o Programa Especial de Saúde do Rio Doce. Ressaltou a importância de nomear adequadamente o ocorrido em Mariana e Brumadinho como crime ambiental, e não como desastre ou acidente, afirmando que essa nomenclatura conferia sentido político às ações de reparação. Questionou como se dava a responsabilização efetiva das empresas envolvidas, enfatizando que a atuação do poder público não poderia ocorrer à revelia da responsabilização dos causadores do dano. Defendeu que a participação popular no Programa fosse protagonista, e não meramente consultiva, destacando que as populações atingidas eram as que melhor conheciam suas próprias necessidades e urgências. Acrescentou, posteriormente, informe sobre decisão da Justiça inglesa que reconheceu a responsabilização da empresa BHP, dez anos após o rompimento da barragem, avaliando o fato como marco simbólico importante, ainda que tardio. Conselheiro **Anselmo Dantas**, representante da Federação Interestadual dos Odontologistas, manifestou-se a partir de sua vivência pessoal como morador da região do Vale do Rio Doce, caracterizando o rompimento da barragem como o maior crime ambiental da história do país. Relatou impactos diretos sobre o acesso à água potável e sobre a vida cotidiana das populações ribeirinhas, afirmando que o rio fora “assassinado”. Criticou a ausência histórica do Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo nas discussões conduzidas durante o período de atuação da Fundação Renova e avaliou que o novo protagonismo do Governo Federal reabria a possibilidade de reconstrução de um debate democrático e transparente sobre a

2698 aplicação dos recursos de reparação. Defendeu o envolvimento ativo da sociedade civil e dos
2699 fóruns de controle social na definição das prioridades e na fiscalização do uso dos recursos
2700 públicos, relacionando essa necessidade aos compromissos internacionais assumidos pelo
2701 Brasil no Acordo de Paris. Conselheira **Rosa Maria Anacleto** destacou que as tragédias
2702 climáticas impactavam de forma desproporcional as populações negras, quilombolas e das
2703 periferias. Relatou que, durante as enchentes no Rio Grande do Sul, comunidades quilombolas
2704 ficaram isoladas e praticamente invisibilizadas pelo poder público, dependendo da atuação da
2705 sociedade civil para garantir acesso a alimentos e cuidados básicos. Defendeu que o Adapta
2706 SUS incorporasse de maneira explícita estratégias voltadas às populações historicamente
2707 vulnerabilizadas, reconhecendo que essas comunidades tendiam a sofrer os efeitos mais
2708 intensos das emergências climáticas. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do
2709 CNS, agradeceu as exposições e manifestações, lamentando a ausência de representante do
2710 movimento de atingidos por barragens no debate. Reafirmou a caracterização do rompimento
2711 da barragem como crime ambiental e destacou a importância de estruturar mecanismos de
2712 controle social efetivo no Programa Especial de Saúde do Rio Doce, envolvendo conselhos
2713 estaduais e municipais na elaboração e no acompanhamento dos planos de ação. Sugeriu a
2714 realização de reunião específica, ainda que de forma remota, entre o CNS, os conselhos
2715 estaduais e os conselhos municipais dos territórios atingidos, para acompanhamento mais
2716 próximo da execução do Programa. Ressaltou também a relevância do Adapta SUS e
2717 agradeceu o esforço da equipe do Ministério da Saúde, destacando o trabalho de gestores e
2718 técnicas envolvidas na preparação da agenda brasileira antes e durante a COP 30. Enfatizou
2719 que o tema da adaptação climática deveria dialogar com os eixos da 18ª Conferência Nacional
2720 de Saúde. Conselheiro **José Vanilson Torres** caracterizou Mariana, Brumadinho e as
2721 enchentes no Rio Grande do Sul como expressões de crimes ambientais associados à lógica
2722 do capitalismo predatório. Destacou os impactos desses eventos sobre a saúde mental, o
2723 aumento da população em situação de rua e a exclusão de pessoas sem moradia de políticas
2724 emergenciais, como auxílios financeiros condicionados à posse de endereço fixo. Questionou a
2725 naturalização do termo “mudanças climáticas”, defendendo o uso de expressões que
2726 evidenciassem a gravidade das emergências vividas. Ressaltou que o frio e o calor extremos
2727 não eram, por si só, responsáveis pelas mortes de pessoas em situação de rua, mas sim a
2728 ausência de políticas públicas, como acesso a abrigo, água potável e banheiros públicos.
2729 Enfatizou que as emergências climáticas agravavam desigualdades históricas e exigiam
2730 respostas estruturais do Estado para garantia da dignidade humana. Concluídas as
2731 manifestações, a mesa retornou a palavra aos convidados para respostas. O Gestor do
2732 Programa Especial de Saúde do Rio Doce, **Sérgio Rossi Ribeiro**, iniciou sua manifestação e
2733 falou especialmente sobre a responsabilização das empresas envolvidas no rompimento da
2734 barragem do Fundão. Informou que as ações penais contra empresas como a BHP Billiton e a
2735 Vale permaneciam em curso, embora tenha reconhecido que, em alguns casos, não houve
2736 condenação no âmbito da justiça brasileira. Registrhou a recente condenação da BHP na Justiça
2737 inglesa como elemento relevante no processo de responsabilização internacional. Explicou que
2738 o acordo firmado buscou estabelecer compensação coletiva pelos danos causados, com
2739 responsabilização financeira das empresas, sem que isso implicasse exoneração de suas
2740 obrigações legais. Ressaltou que o poder público assumiu a execução das ações de
2741 reparação, mantendo-se a responsabilização das empresas pelos danos. Destacou que o uso
2742 dos termos “desastre” e “crime” se justificava por se tratar de evento de origem tecnológica,
2743 caracterizado também como acidente ampliado do trabalho, conforme a abordagem do campo
2744 da saúde do trabalhador, configurando, portanto, crime socioambiental. Em resposta às
2745 manifestações sobre o controle social, reconheceu as limitações impostas pela configuração de
2746 governança definida no acordo, informando que o Ministério da Saúde defendeu a presença do
2747 Conselho Nacional de Saúde na Câmara Técnica do Programa Especial de Saúde do Rio
2748 Doce. Lamentou a ausência formal dos conselhos estaduais na estrutura de governança, mas
2749 reafirmou o compromisso do Ministério da Saúde em convidar os conselhos estaduais de
2750 Minas Gerais e do Espírito Santo a acompanharem as reuniões, ainda que na condição de
2751 convidados. Comprometeu-se, ainda, a fortalecer a participação dos conselhos municipais,
2752 reconhecendo a ausência histórica desses espaços no debate ao longo da década anterior.
2753 Informou que o plano de ação do Ministério da Saúde já previa iniciativas voltadas ao
2754 fortalecimento do controle social, incluindo a ampliação de estratégias participativas e a
2755 destinação de recursos específicos para assegurar a participação social efetiva. Reafirmou o
2756 compromisso de que todas as ações do Programa seriam desenvolvidas de forma participativa,
2757 guiadas pelo princípio “nada sobre nós sem nós”, destacando o aprendizado com comunidades

2758 quilombolas, povos tradicionais e populações atingidas. Ao final, colocou-se à disposição do
2759 CNS para aprofundar o diálogo e o acompanhamento das ações. O Coordenador-Geral da
2760 CGClima/DVSAT/SVSA/MS, **Emerson Soares dos Santos**, que agradeceu as manifestações,
2761 perguntas e contribuições do Plenário. Explicou que o Ministério da Saúde manteve estande
2762 próprio durante a COP, com programação diária dedicada à temática de clima e saúde,
2763 incluindo lançamentos de documentos e sistemas. Informou que o Dia da Saúde ocorreu em 13
2764 de novembro e que, nessa ocasião, o Ministro de Estado da Saúde lançou oficialmente o Plano
2765 de Ação e Saúde de Belém, documento construído desde 2024 e que contou com adesão
2766 inicial de cerca de trinta países. Explicou que o Plano de Ação e Saúde de Belém estruturou-se
2767 como iniciativa de adesão voluntária, e não de negociação formal entre países, destacando
2768 também a constituição de um fundo internacional com aproximadamente 300 milhões de
2769 dólares destinado ao financiamento de ações de clima e saúde nos países aderentes. Avaliou
2770 que a consolidação de um dia específico dedicado à saúde na COP representou avanço
2771 histórico e afirmou que o desafio futuro seria garantir sua permanência nas próximas
2772 conferências. Ao responder às contribuições relativas ao controle social, reconheceu que a
2773 participação de conselhos na elaboração dos planos de adaptação dependia, em grande
2774 medida, de decisões dos estados e municípios. Defendeu a necessidade de pactuação futura
2775 para garantir a presença obrigatória de conselhos de saúde nos processos de elaboração e
2776 implementação dos planos locais de adaptação, reconhecendo que, no formato atual, essa
2777 participação ainda se configurava como possibilidade, e não como dever. Explicou ainda que a
2778 temática da resistência antimicrobiana estava contemplada de forma transversal no Adapta
2779 SUS, embora ainda não houvesse metas ou ações específicas dedicadas exclusivamente ao
2780 tema. Indicou que as revisões futuras do plano poderiam incorporar ações mais direcionadas, a
2781 partir das contribuições da sociedade civil e do controle social. Elucidou que o Adapta SUS se
2782 concentrava em ações de adaptação e que os planos de contingência municipais, já existentes
2783 em muitos territórios, poderiam ser fortalecidos e reorientados a partir das diretrizes do plano
2784 de adaptação, de modo a incorporar dimensões como proteção de mulheres, prevenção da
2785 violência, enfrentamento da exploração sexual e organização adequada de espaços coletivos
2786 em situações de desastre. Reafirmou que a população idosa constituía um dos grupos
2787 prioritários no plano, em função de sua maior vulnerabilidade aos extremos climáticos.
2788 Destacou estudos que evidenciaram maior risco de mortalidade entre idosos negros em
2789 eventos de ondas de calor e frio, reforçando a centralidade da equidade como princípio
2790 transversal do Adapta SUS. Acrescentou que o plano dialogava com a iniciativa Adapta
2791 Cidades, no âmbito do Programa Cidades Verdes Resilientes, que apoiaria 581 municípios na
2792 elaboração de seus planos de adaptação urbana, recomendando que os conselhos de saúde
2793 locais se inserissem ativamente nesses processos. Agradeceu o apoio do CNS, ressaltando a
2794 importância da participação social na elaboração de documentos estratégicos e reconhecendo
2795 a contribuição de técnicas e gestoras envolvidas na construção do plano. Também concordou
2796 que não eram os eventos climáticos em si que produziam os desfechos mais graves, mas as
2797 condições sociais às quais as populações estavam submetidas, ressaltando, contudo, que as
2798 mudanças climáticas atuavam como catalisador das desigualdades e ampliavam os riscos à
2799 saúde e à vida. **Encerradas as considerações dos expositores, a coordenação apresentou**
2800 **os encaminhamentos sistematizados a partir do debate: 1) incorporar o tema “clima e**
2801 **saudé” nos debates da 18ª Conferência Nacional de Saúde; 2) definir estratégias para**
2802 **garantir a participação do controle social com mais protagonismo no Programa Especial**
2803 **de Saúde do Rio Doce e no Plano Setorial de Adaptação à Mudança do Clima do Setor**
2804 **Saúde – AdaptaSUS; 3) assegurar a participação dos conselhos estaduais e municipais**
2805 **de saúde no comitê/câmara técnica do Programa Especial de Saúde do Rio Doce e nos**
2806 **espaços de governância do AdaptaSUS; 4) inserir a temática “violência contra mulheres**
2807 **e prostituição infantil e adolescentes” no contexto das dimensões do AdaptaSUS, no item**
2808 **que trata de emergências climáticas; e 5) realizar, no início do ano de 2026, uma reunião**
2809 **remota envolvendo CNS e conselhos estaduais e municipais de saúde, principalmente**
2810 **dos locais diretamente afetados pela Vale do Rio Doce para acompanhamento mais**
2811 **sistemático e contínuo do Programa Especial de Saúde do Rio Doce.** Não havendo novos
2812 apontamentos, a coordenação agradeceu a participação dos convidados e as contribuições do
2813 Plenário, e encerrou o item. A seguir, deu-se prosseguimento ao último ponto da reunião. **ITEM**
2814 **11 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Aprovação do Calendário das Reuniões**
2815 **Ordinárias do CNS de 2026. Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de**
2816 **Trabalho e Câmaras Técnicas - Coordenação: conselheira Fernanda Lou Sans Magano,**
2817 **Presidenta do CNS; e conselheiro Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda, da Mesa Diretora do**

2818 **CNS. PROPOSTA CALENDÁRIO DAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DO CNS – 2026 –** A
2819 Presidenta do CNS apresentou a proposta de calendário, com reuniões a serem realizadas às
2820 quartas e quintas-feiras, nas seguintes datas: 374^a RO: 28 e 29 de janeiro; 375^a RO: 11 e 12 de
2821 fevereiro; 376^a RO: 11 e 12 de março; 377^a RO: 8 e 9 de abril; 378^a RO: 6 e 7 de maio; 379^a
2822 RO: 10 e 11 de junho; 380^a RO: 8 e 9 de julho; 381^a RO: 12 e 13 de agosto; 382^a RO: 9 e 10 de
2823 setembro; 383^a RO: 7 e 8 de outubro; 384^a RO: 11 e 12 de novembro; e 385^a RO: 9 e 10 de
2824 dezembro. Após considerações do Pleno, a mesa fez elucidações e colocou em votação o
2825 calendário. **Deliberação: aprovado, por unanimidade, o calendário de reuniões ordinárias**
2826 **do CNS de 2026. ATOS NORMATIVOS - 1)** Minuta de resolução que dispõe sobre a alteração
2827 da Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade - CIPPE. O documento foi
2828 enviado previamente aos conselheiros e às conselheiras, portanto não foi lido na íntegra. No
2829 documento, o CNS resolve: Art. 1º Aprovar a alteração da Comissão Intersetorial de Políticas
2830 de Promoção da Equidade - CIPPE, com a exclusão do Conselho Nacional de Secretarias
2831 Municipais de Saúde - CONASEMS e a inclusão do Ministério da Saúde - MS como membro do
2832 segmento gestor/prestador, conforme adequação temática e alinhamento institucional. Art. 2º A
2833 nova composição da CIPPE observará as diretrizes previstas nos arts. 48 a 52 do Regimento
2834 Interno do CNS, especialmente no que se refere às competências e funcionamento das
2835 Comissões Intersetoriais. Art. 3º Permanecem inalteradas as demais disposições constantes da
2836 Resolução CNS nº 785, de 7 de agosto de 2025, exceto quanto ao disposto nesta resolução.
2837 Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. Não havendo manifestações,
2838 a mesa colocou o documento em votação. **Deliberação: a resolução foi aprovada por**
2839 **unanimidade. 2)** Recomendação nº 14, de 5 de novembro de 2025. Recomenda a inclusão do
2840 serviço interprofissional nas Ofertas de Cuidados Integrados - OCIs do Programa Agora Tem
2841 especialistas relacionadas à Oncologia, bem como a ampliação da oferta de serviços
2842 interprofissionais nas linhas de cuidado da Oncologia, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
2843 A Presidenta do CNS explicou que a Recomendação nº 14, previamente aprovada, fora
2844 reapresentada para nova apreciação, por conta de alterações no texto, seguindo orientação
2845 regimental e jurídica no sentido de assegurar que todo o conteúdo deliberado fosse
2846 previamente conhecido e examinado pelo Pleno com base em texto integralmente
2847 disponibilizado. Detalhou que as alterações promovidas na versão reapresentada
2848 encontravam-se destacadas em azul, correspondendo a ajustes de revisão textual, sem
2849 alteração do objetivo central da recomendação, e que havia ainda trechos em vermelho,
2850 decorrentes de contribuições encaminhadas pela conselheira Melissa Ribeiro de Medeiros,
2851 após o prazo, relacionadas à pauta da oncologia e às ofertas de cuidados integrados.
2852 Ressaltou a importância do cumprimento dos prazos regimentais para apresentação de
2853 sugestões e correções, a fim de evitar questionamentos posteriores, e submeteu ao Pleno a
2854 avaliação sobre a necessidade de leitura integral do texto ou apreciação direta das alterações
2855 destacadas. Conselheira **Shirley Marshal Morales** fez uma fala sobre a matéria em debate,
2856 afirmando a intenção de dialogar de forma fraterna com o Pleno do Conselho acerca da
2857 situação apresentada. Destacou que, desde sua atuação no Conselho, nunca havia
2858 presenciado o retorno ao Plenário de uma recomendação já apreciada e aprovada, ressaltando
2859 o caráter inédito do procedimento. Afirmou que o Pleno do CNS era instância soberana de
2860 deliberação e que a matéria em questão havia sido regularmente lida, discutida e aprovada,
2861 inclusive quanto à redação final do texto. Argumentou que não existia fundamento regimental
2862 para a reapreciação, uma vez que o cumprimento estrito de prazos formais, como o prazo de
2863 sete dias, não poderia ser utilizado para questionar deliberações já consolidadas, sobretudo
2864 considerando a dinâmica cotidiana do Conselho, em que diversas recomendações surgiam e
2865 eram formuladas ao longo das próprias reuniões. Relatou que a recomendação havia sido
2866 pauta do primeiro dia da reunião anterior, tendo sido solicitada a elaboração de redação,
2867 posteriormente encaminhada e lida nos encaminhamentos. Recordou que, durante o debate,
2868 houve sugestão de ajuste apresentada pela conselheira Melissa de Medeiros, tendo sido
2869 construído consenso entre os presentes. Destacou que, inclusive, a coordenação da mesa
2870 havia consultado o Plenário sobre a aprovação do mérito ou da redação, tendo os conselheiros
2871 e conselheiras se manifestado unanimemente pela aprovação do texto com pequeno ajuste
2872 redacional. Informou que, ao final da reunião, a correção acordada foi imediatamente realizada,
2873 sem alteração do mérito da matéria. Observou que, ao comparar o texto originalmente
2874 aprovado com a versão posteriormente encaminhada, as modificações restringiam-se a ajustes
2875 de redação. Avaliou que, se toda correção redacional ou pequeno ajuste consensual tivesse
2876 que retornar ao Plenário para nova apreciação, grande parte das recomendações e resoluções
2877 do Conselho passaria a ser questionada, inviabilizando o funcionamento regular da instância.

2878 Argumentou que tal dinâmica acabaria por sobrepor aspectos formais às deliberações políticas
2879 do Pleno. Explicou que o encaminhamento das recomendações à assessoria jurídica tinha
2880 como finalidade apenas a verificação de conformidade com o arcabouço legislativo e a
2881 identificação de eventuais conflitos normativos ou extrapolações de competência, não cabendo
2882 reabrir a discussão política de matérias já deliberadas. Alertou que o retorno da recomendação
2883 ao Plenário apenas por tratar do Programa Agora Tem Especialistas criava precedente
2884 indevido, que poderia se estender a outras deliberações relevantes, inclusive nas áreas de
2885 orçamento, financiamento e recursos humanos, cujas recomendações eram frequentemente
2886 aprovadas com pequenos ajustes sem necessidade de reapreciação. Em resposta, conselheira
2887 **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, frisou que a reapresentação da
2888 recomendação não se tratava de questionamento pessoal ou institucional à conselheira
2889 propositora, mas de tentativa de dirimir dúvidas levantadas formalmente pela conselheira
2890 Melissa de Medeiros, de que determinado considerando do documento, destacado em
2891 vermelho, não havia sido lido integralmente. Explicou que, diante desse questionamento, a
2892 Mesa Diretora do CNS consultara a assessoria jurídica, que orientara pela reapreciação do
2893 trecho específico não lido integralmente na sessão anterior, a fim de preservar a conformidade
2894 regimental e evitar fragilidades futuras. Relembrou que, no momento da deliberação anterior,
2895 fora sugerida a constituição de um grupo de trabalho para aprofundar o tema, tendo havido
2896 posterior encaminhamento individual de proposta de redação, o que, embora tenha contribuído
2897 para agilizar o processo, também gerou questionamentos quanto à forma de construção
2898 coletiva. Reconheceu o esforço e a dedicação da conselheira Shirley Marshal na elaboração do
2899 texto, inclusive em curto espaço de tempo, e ressaltou que a reapreciação buscava preservar o
2900 respeito entre as conselheiras envolvidas, bem como o bom funcionamento institucional do
2901 Conselho. Defendeu, ainda, a necessidade de pactuação prévia sobre os procedimentos a
2902 serem adotados em situações semelhantes, a fim de evitar recorrência de conflitos.
2903 Conselheira **Shirley Marshal de Morales** voltou a se manifestar, registrando seu desconforto
2904 com a situação que trazia questionamentos sobre sua própria atuação, razão pela qual
2905 considerava necessário trazer explicações ao Plenário. Relatou que, durante o debate da
2906 matéria na última do Conselho, a Presidenta do CNS havia sugerido, ao final do primeiro dia, a
2907 constituição de um Grupo de Trabalho para tratar da recomendação, tendo ela permanecido
2908 até o período da noite aguardando a formação desse espaço, em virtude de compromissos
2909 paralelos previamente informados. Informou que, apesar da sugestão de criação do GT,
2910 nenhum encaminhamento efetivo ocorreu nesse sentido e que, posteriormente, uma assessora
2911 técnica do Conselho a procurou informando que havia orientação da Presidenta do CNS para
2912 que a recomendação fosse encaminhada ainda naquela noite. Diante dessa solicitação e
2913 considerando a ausência de constituição formal do Grupo, assumiu a responsabilidade pela
2914 elaboração do texto, estendendo seu trabalho até a madrugada para cumprir a demanda
2915 apresentada. Destacou que, no dia seguinte, a situação foi explicada à Presidenta do Conselho
2916 durante o intervalo do almoço e que o texto foi submetido ao crivo da Mesa Diretora do CNS,
2917 sendo lido integralmente em Plenário, pois independentemente da inexistência do GT, o Pleno
2918 era soberano para deliberar sobre o conteúdo. Solicitou que ficasse registrado em ata que a
2919 conselheira Melissa do Amaral apresentara questionamentos sobre o texto. Relatou que, após
2920 a leitura, abriu o documento e procedeu aos ajustes a partir das contribuições apresentadas,
2921 buscando construir consenso entre as propostas inicialmente existentes, de modo a contemplar
2922 as especificidades das diferentes situações, especialmente no âmbito da oncologia. Afirmou
2923 que realizou os ajustes em diálogo direto com a conselheira Melissa do Amaral, tendo
2924 submetido a redação final para sua validação, a qual foi expressamente acordada. Informou
2925 que o texto foi encaminhado conforme pactuado para a assessoria técnica. Manifestou
2926 inconformidade com a interpretação de que teria elaborado a recomendação de forma
2927 unilateral, ressaltando que não houve apoio de Grupo de Trabalho e que, ainda assim, buscou
2928 construir o texto de forma colaborativa, ressaltando que todas as categorias profissionais
2929 poderiam ter contribuído. Destacou que cumpriu sua função institucional, mesmo diante de
2930 limitações de tempo e acúmulo de atividades, e que considerava inadequado que sua atuação
2931 fosse questionada como se tivesse agido à revelia das deliberações do Plenário. Por fim,
2932 enfatizou que a recomendação foi apresentada ao Pleno, lida e submetida aos
2933 encaminhamentos, oportunidade em que qualquer conselheira ou conselheiro poderia ter
2934 manifestado questionamentos. Ressaltou que o consenso construído buscou evitar propostas
2935 conflitantes e preservar o caráter coletivo das deliberações, afirmado que a interpretação de
2936 que teria agido de forma individual e sem transparência era injusta e produzia desgaste
2937 pessoal e institucional. A Presidenta do CNS reforçou que em nenhum momento fora atribuída

2938 à conselheira Shirley Morales qualquer conduta inadequada ou desrespeitosa, rejeitando
2939 interpretações nesse sentido. Destacou que não caberia imputar responsabilidades a
2940 servidores ou assessores técnicos e reafirmou que a condução da matéria se dera a partir de
2941 orientação jurídica. Propôs, então, como encaminhamento conciliatório, a leitura em Plenário
2942 apenas dos trechos com alterações referentes aos acréscimos pactuados (destacados em
2943 vermelho no documento), para que o Pleno do Conselho pudesse deliberar de forma definitiva,
2944 sem prejuízo do mérito original da recomendação. Conselheira **Shirley Marshal Morales**
2945 manifestou discordância com o encaminhamento sugerido, ressaltando que era a propositora
2946 da recomendação em debate e que a situação criava precedente institucional. Argumentou
2947 que, uma vez inexistindo distinção regimental entre tipos de recomendações, o retorno de uma
2948 matéria já apreciada e aprovada possibilitaria o questionamento de todas as demais
2949 recomendações no âmbito do Conselho. Afirmou que, a partir daquele momento,
2950 recomendações semelhantes passariam a ser objeto de contestação, em razão da ausência de
2951 tratamento diferenciado no Regimento Interno. A Presidenta do Conselho reconheceu a
2952 legitimidade da manifestação da conselheira e afirmou que a Mesa Diretora do CNS adotaria
2953 maior cautela na apreciação de propostas apresentadas de um dia para o outro, com o objetivo
2954 de evitar situações semelhantes. Informou que, doravante, as propostas que não cumprissem o
2955 prazo regimental seriam remetidas para apreciação no Plenário subsequente, conforme a
2956 ordem regimental, de modo a prevenir tensões institucionais e questionamentos futuros. A
2957 seguir, procedeu à leitura dos trechos da recomendação com os acréscimos (destacados em
2958 itálico para melhor visualização): Considerando que entre as metas e ações relacionadas ao
2959 Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, que é um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento
2960 Sustentável (ODS) estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, está
2961 assegurar que os países mantenham planos nacionais de controle do câncer que incluam
2962 diagnóstico precoce, tratamento, *reabilitação* e cuidados paliativos, com acesso a tecnologias e
2963 medicamentos essenciais; Considerando a Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023, que
2964 institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de
2965 Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer;
2966 alterando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), garantindo
2967 atendimento multiprofissional a todos os usuários com câncer, com oferta de cuidado *integral* e
2968 *contínuo* compatível com cada nível de atenção e evolução da doença; *considerando a Recomendação CNS nº 030, de 10 de outubro de 2024, que recomenda ao Ministério da Saúde medidas relativas à inclusão do câncer bucal nas linhas de cuidado e diretrizes clínicas de saúde bucal; e considerando a Recomendação CNS nº 031, de 10 de outubro de 2024, que recomenda ao Ministério da Saúde a elaboração de Portaria para a inclusão das pessoas com Mutilação Facial no rol de pessoas com deficiência física para atendimento e reabilitação integral no SUS, entre outras providências.* Encerrada a leitura, a coordenação indagou se as dúvidas e questionamentos estavam sanados e, não havendo novas manifestações, submeteu as alterações à votação do Pleno. **Deliberação: a recomendação, com os acréscimos apresentados, foi aprovada por unanimidade.** 3) Recomendação, elaborada pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS. O texto é o seguinte: “Recomendação nº xxx, de xxx de 2025. Recomenda ao Ministério da Saúde posicionamento acerca da Nota de Repúdio apresentada pela Frente Estadual Antimanicomial de São Paulo e providências sobre a utilização da escala CuidaSM no âmbito do SUS. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde - CNS, em sua XXX Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 de dezembro de 2025 e 11 de dezembro de 2025, em Brasília/DF, 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 a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, construída de forma participativa e referendada pelas Conferências Nacionais de Saúde, que orienta o cuidado em liberdade, a desinstitucionalização e a promoção da cidadania, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial para práticas comunitárias e não asilares; considerando que a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088/2011, estabelece um modelo de atenção integral à saúde mental baseado na convivência social, no acolhimento e na construção do Projeto Terapêutico Singular, articulando serviços em diferentes níveis de complexidade, garantindo acesso universal e cuidado humanizado, e que a utilização de instrumentos padronizados de triagem, sem

2998 pactuação com as instâncias de controle social, contraria seus princípios; considerando que a
2999 Lei nº 8.142/1990 assegura a participação da comunidade na gestão do SUS por meio dos
3000 Conselhos e Conferências de Saúde, sendo imprescindível que qualquer protocolo ou
3001 instrumento de cuidado seja submetido à análise técnica e pactuação com essas instâncias,
3002 garantindo transparência e controle social; considerando que instrumentos de avaliação em
3003 saúde mental utilizados no SUS devem observar rigor ético, alinhamento aos princípios do
3004 Sistema Único de Saúde e validação científica ampla, capaz de contemplar a diversidade e as
3005 desigualdades que atravessam os públicos atendidos; e que protocolos dessa natureza não
3006 podem restringir sua validação a segmentos populacionais específicos, tampouco
3007 desconsiderar os critérios técnicos das diferentes categorias profissionais envolvidas, de modo
3008 que a implantação da escala CuidaSM sem tais requisitos e sem pactuação prévia com as
3009 instâncias de controle social configura um retrocesso em relação às diretrizes da Política
3010 Nacional de Saúde Mental e às deliberações da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental.
3011 Recomenda: ao Ministério da Saúde - MS: I - tornar público, de forma oficial, que a escala
3012 CuidaSM não integra a rotina de trabalho dos profissionais do SUS, nem constitui protocolo
3013 oficial da Política Nacional de Saúde Mental; II - reafirmar, por meio de ato normativo, o
3014 compromisso do Ministério da Saúde com a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras
3015 Drogas, assegurando cuidado em liberdade e fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial -
3016 RAPS, conforme a Lei nº 10.216/2001 e Portaria nº 3.088/2011; e III - adotar medidas
3017 administrativas para impedir que iniciativas não pactuadas, como a escala CuidaSM, sejam
3018 incorporadas à rotina do SUS, garantindo que a gestão da atenção psicossocial seja orientada
3019 pelos princípios do SUS e pelo controle social. Após a leitura, a coordenação da mesa explicou
3020 que foram feitas elucidações sobre a escala CuidaSM junto à área técnica do Ministério da
3021 Saúde. Não havendo questionamentos ou sugestões de alteração, colocou em votação a
3022 minuta. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por maioria. Uma abstenção. 4)**
3023 Recomendação, elaborada pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM/CNS. O texto
3024 é o seguinte: “Recomendação nº xxx, de xxx de 2025. Recomenda providências do Conselho
3025 Nacional de Saúde (CNS) diante da Nota de Repúdio apresentada pela Frente Estadual
3026 Antimanicomial de São Paulo e da solicitação da Associação Brasileira de Saúde Mental
3027 (ABRASME) para apoio institucional, em razão de medida extrajudicial adotada pela
3028 Advocacia-Geral da União (AGU). O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
3029 XXX Reunião Ordinária, realizada nos dias 10 de dezembro de 2025 e 11 de dezembro de
3030 2025, em Brasília/DF, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela
3031 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela
3032 Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
3033 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e
3034 da legislação brasileira correlata; e considerando que a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
3035 1990, assegura a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio
3036 de Conselhos e Conferências, e que compete ao Conselho Nacional de Saúde deliberar sobre
3037 políticas públicas e manifestar-se em defesa dos direitos sociais; considerando que a
3038 Comissão Intersetorial de Saúde Mental (CISM/CNS), ao acolher a solicitação apresentada
3039 pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e em reconhecimento da gravidade
3040 do fato informado, manifesta pleno apoio à entidade, endossa a Nota Pública apresentada à
3041 Comissão e solicita a apreciação do Pleno do CNS para assinatura da referida Nota,
3042 garantindo a efetividade do controle social e a proteção dos direitos humanos; considerando o
3043 disposto no art. 4º da Lei nº 9.028/1995, segundo o qual os órgãos da Administração Federal
3044 devem prestar informações e elementos necessários para a atuação da AGU, com prioridade
3045 de atendimento e responsabilização disciplinar; considerando o Marco Regulatório das OSC
3046 (Lei nº 13.019/2014) e o estatuto OSCIP (Lei nº 9.790/1999), que conferem legitimidade e
3047 transparência à atuação de entidades civis; considerando o instrumento do mandado de
3048 injunção (Lei nº 13.300/2016) como instrumento de superação de omissões estatais.
3049 Recomenda ao Conselho Nacional de Saúde - CNS: I – Proceder à assinatura da Nota Pública
3050 apresentada pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM, garantindo sua ampla
3051 divulgação, de forma a reafirmar o posicionamento institucional do CNS em defesa dos direitos
3052 humanos e da política de saúde mental; e II – Convocar a Advocacia-Geral da União - AGU
3053 para apresentar explicações formais acerca da medida adotada contra entidade nacional que
3054 atua na defesa dos direitos humanos e da política de saúde mental, expondo os fundamentos
3055 jurídicos e institucionais que motivaram tal ação.” Após a leitura, a Presidenta do CNS recordou
3056 que, na abertura da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – 5ª CNSM, fora anunciada a
3057 proposta de criação de grupo de trabalho interministerial com participação do controle social,

3058 envolvendo o MDS, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Justiça e instâncias de
3059 direitos humanos, proposta que enfrentou resistência em Plenário e não avançou desde então.
3060 Informou que, posteriormente, a Confederação de Comunidades Terapêuticas, em parceria
3061 com o MDS, promoveu ato público e evento em defesa das comunidades na Universidade de
3062 São Paulo, transferido para hotel em razão de protestos de movimentos da luta antimanicomial.
3063 Relatou que, no contexto dessas manifestações, uma pessoa física vinculada à ABRASME,
3064 integrante da CISM/CNS, passou a ser processada pela AGU, o que motivou a elaboração do
3065 documento apresentado. Acrescentou que militantes da luta antimanicomial e sobreviventes de
3066 comunidades terapêuticas também haviam se manifestado junto ao Ministro de Estado da
3067 Saúde, entregando documento de protesto. Registrou ainda que, em reunião da CISM, foi
3068 comunicado que o Ministro da Saúde estava negociando a instalação do grupo de trabalho
3069 interministerial para tratar da pauta das comunidades terapêuticas. Conselheiro **José Vanilson**
3070 **Torres** destacou a existência de campanha nacional contra as comunidades terapêuticas,
3071 articulada historicamente pela luta antimanicomial, e afirmou que tal posicionamento constava
3072 no documento apresentado ao Ministro de Estado da Saúde. Conselheira **Sueli Goi Barrios**
3073 manifestou dúvidas quanto ao método adotado, questionando a legalidade de uma
3074 recomendação dirigida ao próprio CNS e a competência institucional deste Conselho para
3075 convocar a AGU, esclarecendo que sua preocupação não era com o mérito, mas com a forma
3076 jurídica do instrumento. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** resgatou o histórico do CNS de
3077 oposição às comunidades terapêuticas desde 2014, destacando o poder político dessas
3078 instituições e afirmando que não se surpreendia com os acontecimentos relatados. Em
3079 resposta às dúvidas, a Presidenta do CNS informou que, após consulta à assessoria jurídica,
3080 foi avaliado que o instrumento adequado seria a recomendação, por se tratar de solicitação da
3081 comissão ao Plenário e não de ato normativo com efeitos externos diretos. Reconheceu,
3082 contudo, que o CNS não possuía competência para convocar a AGU, mas apenas para
3083 convidá-la, propondo a substituição do termo “convocar” por “convidar”. Conselheira **Lenise**
3084 **Martins Garcia** reforçou a preocupação com o ato normativo sugerido, avaliando que o texto
3085 configurava autorrecomendação, uma vez que o Plenário estaria recomendando algo a si
3086 próprio, o que não fazia sentido jurídico-institucional. Conselheiro **Anselmo Dantas** corroborou
3087 as ponderações, afirmando que se tratava, tecnicamente, de comunicação interna da comissão
3088 ao Plenário e sugerindo que a alternativa mais robusta seria a elaboração de resolução do
3089 próprio Conselho apoiando a nota pública e solicitando esclarecimentos à AGU. Diante das
3090 manifestações, a Presidenta do CNS propôs mediação, sugerindo manter a recomendação
3091 apenas com o item referente ao convite à AGU para apresentação de razões formais sobre a
3092 medida adotada, retirando a assinatura da nota pública do texto da recomendação, que
3093 passaria a ser apreciada separadamente. A proposta seria apreciada com ajustes redacionais,
3094 excluindo a autorreferência ao próprio Conselho. Conselheiro **Derivan Brito da Silva**,
3095 coordenador da CISM/CNS, manifestou concordância com o encaminhamento, reconhecendo
3096 falhas terminológicas no texto original e concordando com as correções propostas. A
3097 Presidenta do CNS ressaltou que as correções deveriam ser realizadas naquele momento, sob
3098 pena de retorno do documento à Comissão e nova apreciação apenas em reunião posterior.
3099 Após os ajustes, a Presidenta consolidou o encaminhamento, explicando que o Plenário
3100 passaria a recomendar, com as correções efetuadas, o convite à AGU para apresentação de
3101 razões formais sobre a medida adotada, e que, após manifestação da AGU, a Secretaria-
3102 Executiva e a Mesa Diretora do CNS ficariam autorizadas a adotar novas providências
3103 institucionais. Com esse novo texto, colocou o documento em votação. **Deliberação: a**
3104 **recomendação, com o novo texto construído em Plenário, foi aprovada por maioria, com**
3105 **duas abstenções.** 5) Nota de Repúdio da Frente Estadual Antimanicomial São Paulo ao
3106 Ministério da Saúde por conta da proposição da escala “CuidaSM” para a triagem de pessoas
3107 em sofrimento psíquico no Brasil. Foi disponibilizado para conhecimento. Não houve leitura. 6)
3108 Nota pública, elaborada pela CISM/CNS, contra tentativas de silenciamento da sociedade civil
3109 e em defesa dos direitos humanos. O texto é o seguinte: “Nota pública. Contra Tentativas de
3110 Silenciamento da Sociedade Civil e em Defesa dos Direitos Humanos. O xxxx manifesta
3111 profundo repúdio às tentativas de intimidação direcionadas às entidades e movimentos sociais
3112 que compõem a Campanha Nacional contra as Comunidades Terapêuticas, em especial a
3113 recente Medida Extrajudicial da Advocacia-Geral da União - AGU contra a ABRASME, com o
3114 claro intuito de constranger e silenciar denúncias públicas de violações de direitos humanos.
3115 Entendemos que a notificação, cuja motivação é pautada em fatos ocorrido em 6 de outubro,
3116 foi realizada somente após ações contundentes da ABRASME, em articulação com
3117 movimentos e entidades da luta Antimanicomial e Antiproibicionista, propondo a inclusão da

3118 revogação da Resolução nº 01/2015 na pauta do CONAD (27 e 28 de novembro) e garantindo,
3119 com apoio das demais entidades da sociedade civil, um GT sob sua coordenação para debater
3120 e construir esta revogação de uma resolução que respalda a existência das comunidades
3121 terapêuticas na política de drogas no Brasil. Deste modo, a notificação extrajudicial é uma
3122 intimidação oficial de órgãos do governo - AGU e MDS- contra defensores de Direitos
3123 Humanos. As Comunidades Terapêuticas têm sido alvo de denúncias reiteradas e
3124 documentadas de tortura, violência e privação de liberdade. A defesa da sociedade civil diante
3125 dessas violações é direito constitucional, não podendo ser criminalizada ou censurada por
3126 órgãos de Estado. Some-se a isso o grave episódio ocorrido no Seminário da USP (06 e
3127 07/10/2025), quando um Coordenador do MDS (Ministério do Desenvolvimento Social), em
3128 flagrante desvio da função de representação a qual seria seu papel no referido evento, agiu de
3129 forma a impedir estudantes e usuários da RAPS que protestavam pacificamente (como
3130 amplamente divulgado em vídeo no instagram) de entrarem e incitando ações da segurança
3131 que geraram lesões físicas — conduta incompatível com o serviço público e violadora do
3132 Código de Ética do Ministério. Diante da escalada de intimidação, nos manifestamos: 1) repudiar a violência praticada por agente do MDS no Seminário da USP e a tentativa de
3133 silenciamento promovida pela AGU; 2) solicitar apuração imediata dos fatos pelas autoridades
3134 competentes, com responsabilização do agente público e reparação às vítimas; 3) afirmar
3135 apoio irrestrito às entidades, movimentos sociais e defensores de direitos humanos que
3136 denunciam violações nas Comunidades Terapêuticas; 4) reafirma o compromisso da sociedade
3137 civil com a liberdade de expressão, o controle social e a defesa incondicional dos direitos
3138 humanos; e 5) solicitar o fim de qualquer medida de intimidação por parte da AGU e do MDS
3139 contra organizações legítimas da sociedade civil. O CNS seguirá atuando com firmeza para
3140 que denúncias de violações não sejam silenciadas, mas sim investigadas e enfrentadas com
3141 responsabilidade e transparência". Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** perguntou acerca
3142 da possibilidade de articulação conjunta entre o Conselho Nacional de Saúde e instâncias do
3143 Ministério dos Direitos Humanos, considerando a existência de representação do CNS na
3144 comissão de política de saúde mental e drogas, bem como a participação da ABRASME nesse
3145 espaço. Indagou sobre a viabilidade de atuação integrada, tendo em vista experiências
3146 anteriores de construção conjunta de recomendações e resoluções. A Presidenta do CNS
3147 explicou que se tratava de instância vinculada ao Conselho Nacional de Direitos Humanos, e
3148 não diretamente ao Ministério, a fim de evitar confusão quanto à natureza institucional.
3149 Informou que a definição da representação ainda não havia sido concluída, em razão de
3150 divergências quanto à indicação da vaga, se caberia aos fóruns de segmento ou à Comissão
3151 Intersetorial de Saúde Mental, bem como quanto ao segmento representado. Destacou que
3152 uma vaga permanecia em aberto e que a questão seria encaminhada pela Mesa Diretora do
3153 CNS, com posterior devolutiva aos fóruns. Disse ainda que a solicitação apresentada pela
3154 ABRASME era para que as entidades, conselhos e associações assinassem individualmente a
3155 nota pública, havendo também pedido específico de apoio institucional ao CNS. Ressaltou que
3156 as entidades do movimento social poderiam, caso desejasse, aderir de forma independente à
3157 iniciativa. **Deliberação: a nota pública foi aprovada por unanimidade.** Após a votação, a
3158 Presidenta do Conselho informou que um integrante da mesa não participou da votação por
3159 não se encontrar no exercício da titularidade, deixando o registro formal para fins de
3160 transparência e evitar questionamentos posteriores. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo
3161 a tratar, a Presidenta do CNS encerrou a última reunião do Pleno do Conselho de 2025,
3162 desejando boa viagem àquelas que se deslocariam e reforçando o convite aos demais para o
3163 Seminário de Celebração dos 35 Anos da Lei nº 8.142/1990, que seria realizado no dia
3164 seguinte. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na tarde do segundo dia de
3165 reunião: **Titulares - Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o
3166 Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Anselmo Dantas**, Federação
3167 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos
3168 Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul
3169 (ARPIN-SUL); **Cleide Cilene Farias Tavares**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
3170 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de
3171 Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
3172 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
3173 Enfermagem – ABEn; **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia
3174 (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais
3175 Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **José Vanilson Torres da Silva**, Movimento
3176 Nacional População de Rua (MNPR); **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos
3177

3178 Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos
3179 Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI); **Luiz Aníbal Vieira**
3180 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Maria Thereza Almeida Antunes**,
3181 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos**
3182 **Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT
3183 (CNTSS); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em
3184 Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de
3185 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e
3186 Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de
3187 Nutrição (ASBRAN); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida
3188 (REDEUNIDA); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Victoria**
3189 **Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE); e **Walquiria Cristina Batista**
3190 **Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). *Suplentes*
3191 – **Alciomar Antônio Marin**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Andrea Cristina Pavei**
3192 **Soares**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
3193 (FEMAMA); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o
3194 Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de
3195 Educação Física (CONFEF); **César Carlos Wanderley Galiza**, Confederação Nacional da
3196 Indústria (CNI); **Cleonice Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores (UGT); **Elaine**
3197 **Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de Moura Filho**,
3198 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de**
3199 **Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições
3200 de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho
3201 Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da
3202 Terra (CPT); **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); **Marina**
3203 **Andueza Paullelli**, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); **Moyses Longuinho**
3204 **Toniolo de Souza**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL);
3205 **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Pérola Nazaré de**
3206 **Souza Ferreira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Rosaura de Oliveira**
3207 **Rodrigues**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
3208 (RFS); e **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE).