



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos vinte e oito e vinte e nove dias do mês de janeiro de 2026, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Septuagésima Quarta Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 374ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Conhecer, debater e deliberar sobre a Hanseníase, com foco nos desafios para o enfrentamento da doença e no combate à invisibilidade, ao preconceito e ao estigma. **3)** Debater e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e Educação na Saúde - CIRTES. **4)** Conhecer e debater a bioeconomia das plantas medicinais e dos fitoterápicos na agricultura familiar. **5)** Examinar, debater e monitorar a implementação das Diretrizes II, V e X do Programa “Agora Tem Especialistas”, instituído pela Portaria GM/MS nº 7.266, de 18 de junho de 2025. **6)** Analisar e deliberar a proposta da Política Nacional De Diagnóstico Laboratorial No SUS - PNDL. **7)** Debater e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN). **8)** Compartilhar e deliberar as demandas das conferências de Saúde: 18ª Conferência Nacional de Saúde - CNS. **9)** Apreciar e deliberar os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnica. **MESA DE ABERTURA** – conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 374ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 373ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 373ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - A mesa colocou em votação a ata da 373ª Reunião Ordinária, enviada previamente. **Deliberação: a ata da 373ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 374ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – Após leitura, a mesa colocou em votação a pauta, enviada previamente. **Deliberação: a pauta da 374ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação das novas nomeações de Conselheiros(as) Nacionais de Saúde e dos(as) Coordenadores(as) Nacionais de Plenárias dos Conselhos de Saúde presentes na Reunião. Datas representativas para a saúde no mês de janeiro. Indicações. Relatório de atividades da Mesa Diretora - Composição da mesa:** conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e **Jannayna Sales**, Secretária Executiva do CNS. **INFORMES – 1) Plenária do Conselho Nacional De Saúde. Apresentação:** **Jannayna Sales**, Secretária Executiva do CNS. Considerando a Resolução CNS nº 774, de 10 de abril de 2025, que dispôs sobre a reestruturação da Coordenação Nacional de Plenárias de Conselhos de Saúde e de suas correlatas estaduais, apresentou as novas indicações regionais e deu boas-vindas às coordenações estaduais: a) Região Norte - Amazonas: Marilene de Matos Vilhena. Suplentes: Josiel Augusto Coelho e Gilson Aguiar da Silva. Roraima: Damares Arruda de Souza. Suplentes: Sebastião Lima Diniz Neto e Reginaldo José da Silva. Tocantins: Mário Benício dos Santos. Suplentes: Wilson da Rocha Silva e Juli Rimetrajano Silva. b) Região Nordeste - Pernambuco: Linderi Jane Ferreira da Silva. Suplentes: Eduardo de Andrade Quintas e Roberta Jorgia Carvalho e Silva. Rio Grande do Norte: Geolípia Jacinto da Silva. Suplentes: Carla Michele Nobre Minervino e Douglas Ferreira Enedino Albino. c) Região Centro-Oeste - Distrito Federal: Fátima Lúcia Rola. Suplentes: Alexandra Tatiana Moresque de Albuquerque e Raimundo Nonato Lima. d) Região Sudeste - Minas Gerais: Leteia de Alcântara Gonçalves Silva. Suplente: Lourdes Aparecida Machado. Rio de Janeiro: Regina Célia de Oliveira Bueno. Suplente: Leonardo Bastos Roger Soares de Oliveira. Desejou êxito às novas coordenações e ressaltou a importância da articulação das plenárias no fortalecimento do controle social. **2)** Dois informes: a) Projeto VER-SUS. b) 17º Congresso Internacional da Rede Unida. **Apresentação:** conselheira **Sueli Goi Barrios** (Rede Unida). Informou sobre o lançamento do

58 Projeto VER-SUS – Vivências na Realidade do SUS, ocorrido em 8 de janeiro, na Fiocruz  
59 Brasília, com presença do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, da OPAS, da Rede  
60 Unida e do CNS. Explicou que o projeto é uma iniciativa do Ministério da Saúde, executado  
61 pela Rede Unida, com previsão de alcançar 10 mil estudantes até fevereiro de 2027, por meio  
62 de imersões nos territórios do SUS. No segundo informe, convidou para o 17º Congresso  
63 Internacional da Rede Unida, a ser realizado de 22 a 26 de junho, em São Luís/MA, solicitando  
64 reconhecimento como evento preparatório da 18ª Conferência Nacional de Saúde, com  
65 inclusão de temas estratégicos para o controle social. **3)** Informe sobre a participação no  
66 comitê de acompanhamento do Programa Vale do Rio Doce. *Apresentação:* conselheiro  
67 **Elenilson Silva de Souza** (MOHRAN). Informou o acompanhamento, pela Comissão  
68 Intersetorial de Vigilância em Saúde - CIVS/CNS, do Programa de Saúde do Rio Doce, objeto  
69 de debate na plenária anterior. Destacou que representa o CNS na Câmara Técnica do  
70 programa e que foi realizada reunião com os Conselhos Estaduais de Minas Gerais e Espírito  
71 Santo, mantendo agenda de acompanhamento e novas apresentações aos colegiados.  
72 Reafirmou que o programa decorre da reparação judicial dos danos causados pelo rompimento  
73 da barragem em Mariana (2015) e que a CIVS seguirá monitorando sua implementação. **4)**  
74 Informe sobre o dia de Conscientização da Síndrome de Alagille e seus principais obstáculos -  
75 24 de janeiro. *Apresentação:* conselheira **Maria Cecília Oliveira** (AFAG). Trouxe reflexão em  
76 razão do Dia Internacional de Conscientização da Síndrome de Alagille, ressaltando a  
77 gravidade da doença rara, seus impactos físicos, emocionais e sociais e a peregrinação das  
78 famílias por diagnóstico e tratamento. Defendeu o fortalecimento do SUS, reconhecendo falhas  
79 no acesso ao diagnóstico precoce e às terapias, e reafirmou a equidade como princípio central  
80 para as políticas de doenças raras. **5)** Informe sobre a Tomada Pública de Subsídios nº 6 da  
81 Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, aberta até 27 de fevereiro de 2026, para  
82 contribuições sobre o rol de procedimentos e atendimento farmacêutico nos planos de saúde.  
83 Informou sobre a abertura da Tomada Pública de Subsídios nº 6 da ANS, com prazo até 27 de  
84 fevereiro, para contribuições sobre o rol de procedimentos e atendimento farmacêutico nos  
85 planos de saúde e solicitou ampla divulgação do formulário entre conselheiros e entidades. O  
86 envio das contribuições é feito por meio de formulário eletrônico, disponível no link  
87 <https://componentes-portal.ans.gov.br/link/TomadaPublica/6>. **6)** Informe e convite para a 8ª  
88 Conferência Global sobre Controle do Álcool - GAPC2026. *Apresentação:* conselheira **Paula**  
89 **Johns** (ACT). Informou e convidou o Conselho para a 8ª Conferência Global sobre Controle do  
90 Álcool, a ser realizada de 8 a 10 de abril, no Rio de Janeiro, com apoio dos Ministérios da  
91 Saúde e da Justiça. Destacou que o evento tem como foco os determinantes comerciais dos  
92 danos do álcool e ressaltou a importância do apoio de entidades ao evento que, inclusive, não  
93 aceita patrocínio da indústria. **7)** Debate sobre “uma só saúde” ou “saúde única”. *Apresentação:*  
94 conselheiro **João Alves Nascimento** (CFMV). Manifestou-se sobre o debate em torno da  
95 abordagem “Uma Só Saúde”, afirmando tratar-se de uma disputa política e de projeto de SUS.  
96 Defendeu a integração entre saúde humana, animal, ambiental e vegetal, desde que orientada  
97 pelos princípios do SUS, pela Política Nacional de Vigilância em Saúde, pela justiça  
98 socioambiental e pela participação social, alertando para riscos de captura corporativa. **8)**  
99 Informe sobre a comemoração dos 89 anos do CNS. *Apresentação:* **Jannayna Sales**,  
100 Secretária Executiva do CNS. Informou que o Conselho Nacional de Saúde completou 89 anos  
101 e convidou para uma cerimônia simbólica ao final da reunião, durante o lanche, em  
102 comemoração à data. **9)** Informes: 26ª Conferência Internacional sobre Aids; previsão do  
103 Encontro Nacional de Cidadãs Positivas; e Dia da Visibilidade Trans - 29 de janeiro.  
104 *Apresentação:* conselheira **Renata Soares de Souza** (MNCP). Fez os seguintes informes: a)  
105 será realizada a 26ª Conferência Internacional sobre Aids, de 26 a 31 de julho, no Rio de  
106 Janeiro; será realizado Encontro Nacional de Cidadãs Positivas, em março de 2026,  
107 possivelmente em Fortaleza; e registro do Dia da Visibilidade Trans - 29 de janeiro e alerta  
108 para o elevado número de assassinatos de pessoas trans no Brasil em 2025, enfatizando a  
109 necessidade de enfrentamento da violência. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** – Titular:  
110 Agnelo Temrité Wadzatsé. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira –  
111 COIAB. Usuário. Motivo: razões pessoais. Titular: Anselmo Dantas. Federação Interestadual  
112 dos Odontologistas – FIO. Profissional de Saúde. Motivo: participação no 43º Congresso  
113 Internacional de Odontologia de São Paulo. Titular: Claudemir Moreira Vaz. Articulação dos  
114 Povos Indígenas Região Sul - ARPIN-SUL. Usuário. Motivo: razões pessoais. Titular: Cleide  
115 Cilene Farias Tavares. Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e  
116 Serviços – CNSaúde. Prestadores de Serviços de Saúde. Motivo: agenda de trabalho. Titular:  
117 Dilce Abgail Rodrigues Pereira. União Brasileira de Mulheres – UBM. Usuário. Motivo: rodízio

118 de titularidade. Titular: Getúlio Vargas de Moura Júnior. Confederação Nacional das  
119 Associações de Moradores – CONAM. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade (participou da  
120 reunião na condição de integrante da Mesa Diretora do CNS para contribuir na coordenação  
121 das pautas). Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos. Rede Nacional de Lésbicas  
122 Bissexuais Negras Feministas - REDE CANDACES BR. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade  
123 (participou da reunião na condição de integrante da Mesa Diretora do CNS para contribuir na  
124 coordenação das pautas). Titular: João Donizete Scaboli. Força Sindical – FS. Usuário. Motivo:  
125 rodízio de titularidade. Titular: Josaine de Sousa Palmieri Oliveira. Federação Nacional das  
126 APAES – FENAPAES. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Luiz Aníbal Vieira  
127 Machado. Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST. Usuário. Motivo: rodízio de  
128 titularidade. Titular: Marcia Cristina das Dores Bandini. Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
129 – ABRASCO. Profissional de Saúde. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Maria do Carmo  
130 Tourinho Ribeiro. Associação Brasileira de Autismo – ABRA. Usuário. Motivo: rodízio de  
131 titularidade. Titular: Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda. Conselho Nacional de Secretarias  
132 Municipais de Saúde – CONASEMS. Gestor. Motivo: participação 1º Suplente. Titular: Sylvia  
133 Elizabeth de Andrade Peixoto. Retina Brasil. Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular:  
134 Thiago Soares Leitão. Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFRO.  
135 Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Veridiana Ribeiro da Silva. Conselho Federal de  
136 Farmácia – CFF. Profissional de Saúde. Motivo: razões pessoais. Titular: Walquíria Cristina  
137 Batista Alves Barbosa. Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas  
138 (ABRAZ). Usuário. Motivo: rodízio de titularidade. **APRESENTAÇÃO DAS NOVAS**  
139 **NOMEAÇÕES DE CONSELHEIROS(AS) NACIONAIS DE SAÚDE E DOS(AS)**  
140 **COORDENADORES(AS) NACIONAIS DE PLENÁRIAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE**  
141 **PRESENTES NA REUNIÃO - II - ENTIDADES NACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE**  
142 **SAÚDE, INCLUÍDA A COMUNIDADE CIENTÍFICA DA ÁREA DE SAÚDE - 1º Suplente:**  
143 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) - Maristela Assumpção de Azevedo (substituindo  
144 Gelson Luiz de Albuquerque). Portaria de Pessoal GM/MS nº 34, de 12 de janeiro de 2026.  
145 Publicado em: 13/01/2026 | Edição: 8 | Seção: 2 | Página: 47. **2º Suplente:** Conselho Federal  
146 de Psicologia (CFP) - Ana Carolina Freire Lopes (substituindo Maria Carolina Fonseca Barbosa  
147 Roseiro). Portaria de Pessoal GM/MS nº 82, de 27 de janeiro de 2026. Publicado  
148 em: 28/01/2026|Edição: 19|Seção: 2|Página: 50. **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A**  
149 **SAÚDE NO MÊS DE JANEIRO** - 08/01 - Movimento contra o Ato golpista de 8/1/23. 13/1 -  
150 Criação do Conselho Nacional de Saúde pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. 21/01 - Dia  
151 Nacional de Combate à Intolerância Religiosa. 24/01 - Dia da Previdência Social. 27/01 - Dia  
152 Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase. 28/01 - Dia Nacional de Combate ao  
153 Trabalho Análogo à Escravidão. 29/01 a 02/02 - Semana de Prevenção da Gravidez na  
154 Adolescência. 29/01 - Dia Nacional da visibilidade trans. 30/01 - Dia da Não Violência. 30/01 -  
155 Dia Mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas. *Inclusão:* Janeiro Branco. **INDICAÇÕES -**  
156 **1)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, para participar do evento Janeiro  
157 Roxo: Encontro Nacional das Referências Estaduais de Hanseníase 2026, em Brasília.  
158 *Indicação (referendar):* conselheiro Elenilson Silva de Souza (MOHRAN) (Estava em Brasília).  
159 **2)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, para participar na mesa de  
160 encerramento da Primeira Edição do Treinamento em Gestão de Emergências em Saúde  
161 Pública no Sistema Único de Saúde - TGESP-SUS, dia 27 de fevereiro de 2026, em Brasília.  
162 *Indicação (Referendar):* conselheira Francyslane Vitória da Silva- (ENEGRECER) (Reside em  
163 Brasília). *Comissões externas e internas:* **3)** Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, na sua  
164 118ª Reunião, encaminhou a indicação para ser submetida a deliberação do Pleno do  
165 Conselheiro Wallace Justino de Araújo, como coordenador da CISI no triênio 2025/2028.  
166 *Indicação (referendar):* conselheiro Wallace Justino de Araújo Apurinã; (ARPIN-SUL). **4)**  
167 Convite da Secretaria-Geral da Presidência da República, para compor o Comitê Gestor  
168 Interministerial do Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos – Pronara, indicação do  
169 Fórum dos Usuários. *Indicação (referendar):* Titular: Luiz Aníbal Vieira Machado (Nova Central  
170 Sindical). Suplente: José Oliveira da Silva (Comissão Pastoral da Terra - CPT). **5)** Substituição  
171 de representantes na composição do Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna,  
172 Fetal e Infantil. *Indicação (referendar):* a) usuários. Titular: Vânia Lúcia Ferreira leite em  
173 substituição a Heliana Hemetério. Suplente: Dilce Abigail Rodrigues Pereira em substituição a  
174 Vânia Lúcia Ferreira Leite. Titular: Rosaura de Oliveira Rodrigues. Suplente: Renata Soares de  
175 Souza em substituição à Sibelê de Lima Lemos. Titular: Maria Thereza Almeida Antunes em  
176 substituição à Vanja Andréa Reis. Suplente: Luiz Aníbal Vieira Machado em substituição à  
177 Maria Thereza Almeida. b) Trabalhadores: Titular: Maria Laura Carvalho Bicca em substituição

178 à Edna Motta. **Deliberação: as indicações foram referendadas. RELATÓRIO DE**  
179 **ATIVIDADES DA MESA DIRETORA DO CNS – a)** 9/12/2025 IX Fórum Nacional de  
180 Assistência Farmacêutica (FNAF). Convite do Departamento de Assistência Farmacêutica e  
181 Insumos Estratégicos. Participante: Fernanda Magano (Fenapsi), presidenta do CNS. **b)**  
182 10/12/2025 - X Congresso Interno Fiocruz: instituição estratégica de Estado para a saúde. **c)**  
183 11/12/2025 - Webinário “Democracia e participação social nas políticas públicas em saúde”.  
184 Convite da Escola de Governo Fiocruz-Brasília (EGF-BSB) (virtual). Participação de Fernanda  
185 Magano (Fenapsi), presidenta do CNS e Ana Costa (CEBES). **d)** 12/12/2025 - Projeto  
186 Participação Social na Atenção à Saúde do Homem: Qualificação das instâncias de controle  
187 social para fortalecimento da PNAISH no SUS. Convite da Coordenação de Atenção à Saúde  
188 do Homem do Departamento de Gestão do Cuidado Integral da Secretaria de Atenção Primária  
189 à Saúde (COSAH/DGCI/SAPS/MS), em parceria com o Núcleo Feminista de pesquisas em  
190 Gênero e Masculinidades da Universidade Federal de Pernambuco (GEMA/UFPE).  
191 Participante: conselheira, Integrante da MD e Coordenadora da CIASCV, Vânia Lúcia Leite  
192 (CNBB). **e)** 16/12/2025 - Reunião da Mesa Diretora com a CIEPCSS. Convite: Comissão  
193 Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS. Participantes:  
194 integrantes da mesa diretora do CNS. **f)** 12/12/2025 - 6ª Etapa de Qualificação Nacional sobre  
195 Participação Social na Atenção à Saúde do Homem. Convite: coordenação de Atenção à  
196 Saúde do Homem do Ministério da Saúde. Participante: integrante da Mesa Diretora e  
197 Coordenadora da Comissão de Ciclos de Vida, Vânia Lúcia Ferreira Leite. **g)** 16/12/2025 - XIII  
198 Plenária Estadual de Conselhos de Saúde de Mato Grosso do Sul. Convite do Conselho  
199 Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (CES/MS), por meio da Coordenação Estadual de  
200 Plenárias de Conselhos de Saúde. Participante: conselheiro Jacildo Siqueira Pinho  
201 (CONTRAF). **h)** 16/12/2025 - Posse dos Conselheiros e Conselheiras Locais de Saúde de  
202 Vitória. Convite do Conselho Municipal de Saúde de Vitória. Conselheiro, coordenador da CISB  
203 Anselmo Dantas. **i)** 17/12 - 1ª Oficina para Instituição da Rede das Comissões Intergestores  
204 Bipartite. Convite da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), por intermédio do  
205 Departamento de gestão Interfederativa e Participativa (DGIP). Participante: Fernanda Magano  
206 (Fenapsi), Presidenta do Conselho Nacional de Saúde. **j)** 16 a 19/12 6ª Conferência Nacional  
207 dos Direitos da Pessoa Idosa - 6ª CONADIPI. Tema: “ Envelhecimento Multicultural e  
208 Democracia: Urgência por Equidade, Direitos e Participação”. Convite do Conselho Nacional  
209 dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI). Participantes: integrante da Mesa Diretora e  
210 Coordenadora da Comissão de Ciclos de Vida, Vânia Lúcia Ferreira Leite e Walquiria Cristina  
211 Batista Alves Barbosa (Abraz), coordenadora-adjunta da CIASCV. **k)** 18/12/2025 - Eleição de  
212 Coordenador(a) de Plenária Nacional. Convite do Conselho Estadual de Saúde do Rio de  
213 Janeiro. Participante: conselheiro Getúlio Vargas Júnior, coordenador da COFIN e integrante  
214 da Mesa Diretora (virtual). **l)** 08/01/2026 - Seminário Ver-SUS/Vivências no SUS. Convite do  
215 Ministério da Saúde. Participante: conselheira Francisca Valda (ABEn) e integrante da Mesa  
216 Diretora. **m)** 26 e 27/01/2026 - 2ª Reunião Regional da Aliança pela Atenção Primária à Saúde  
217 nas Américas: participação social na transformação dos sistemas de saúde. Convite:  
218 SAPS/MS. Participantes: Fernanda Magano (Fenapsi), presidenta do CNS. **Para**  
219 **conhecimento. Não houve deliberação. ITEM 3 - HANSENÍASE: DESAFIOS PARA**  
220 **ENFRENTAMENTO E COMBATE À INVISIBILIDADE, AO PRECONCEITO E AO ESTIGMA -**  
221 *Apresentação: Artur Custódio Moreira de Sousa*, assessor do Gabinete da Secretaria de  
222 Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS; **Marco Andrey Cipriani Frade**, Presidente da  
223 Sociedade Brasileira de Hansenologia – SBH; **Jurema Guerrieri Brandão**, Coordenadora-  
224 Geral de Vigilância da Hanseníase e Doenças em Eliminação - CGHDE/DEDT/SVSA/MS;  
225 **Patrícia Soares**, Diretoria Nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela  
226 Hanseníase – MORHAN; e conselheiro **Elenilson Silva de Souza**, coordenador adjunto da  
227 CIVS/CNS e representante do MORHAN no CNS. *Coordenação: conselheira Vânia Lúcia*  
228 **Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa  
229 Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, a mesa ressaltou que o preconceito e o  
230 estigma associados à doença constituem determinantes sociais da saúde, gerando barreiras  
231 institucionais de acesso, práticas discriminatórias e comprometimento da integralidade do  
232 cuidado, especialmente para populações historicamente vulnerabilizadas. Destacou-se que o  
233 enfrentamento dessas questões requer fortalecimento da participação social, qualificação das  
234 informações em saúde, formação permanente dos trabalhadores e articulação intersetorial,  
235 reafirmando os princípios da equidade, justiça social e direitos humanos no SUS. Conselheiro  
236 **Elenilson Silva de Souza**, coordenador adjunto da CIVS/CNS, registrou que a hanseníase  
237 permanece como problema de saúde pública no país, apesar de possuir tratamento e cura,

238 ressaltando a relevância da inclusão do tema na pauta do Conselho, especialmente no  
239 contexto da campanha “Janeiro Roxo”, de modo a possibilitar a construção de  
240 encaminhamentos voltados à melhoria das políticas públicas e à redução dos impactos sociais  
241 da doença. Após essas considerações iniciais, a mesa abriu a palavra aos convidados. O  
242 médico e professor **Marco Andrey Cipriani Frade**, presidente da Sociedade Brasileira de  
243 Hansenologia, fez uma exposição com enfoque clínico-epidemiológico da hanseníase,  
244 destacando que o enfrentamento da invisibilidade, do preconceito e do estigma está  
245 diretamente relacionado ao conhecimento qualificado sobre a doença. Ressaltou que o  
246 desconhecimento acerca das manifestações da hanseníase contribui para atraso diagnóstico,  
247 manutenção do estigma social e baixa percepção do problema de saúde pública. Informou que  
248 o diagnóstico precoce constitui medida central para prevenção de incapacidades físicas,  
249 principal marcador do estigma, salientando que a hanseníase deve ser reconhecida antes do  
250 aparecimento de deformidades e, preferencialmente, antes mesmo das lesões cutâneas, uma  
251 vez que se trata de doença predominantemente neural. Assim, destacou a necessidade de  
252 valorização de sintomas iniciais, como dormência, formigamento e dor em nervos periféricos,  
253 bem como do uso de tecnologias diagnósticas capazes de avaliar comprometimento neural.  
254 Apontou que a redução de casos notificados mundialmente não reflete necessariamente  
255 diminuição da transmissão, mas sim subdiagnóstico, decorrente da baixa capacidade de  
256 reconhecimento clínico. Observou que parte significativa dos pacientes apresenta exames  
257 laboratoriais negativos, tornando o diagnóstico essencialmente clínico e dependente da  
258 formação/capacitação dos profissionais de saúde. Destacou que aproximadamente um quarto  
259 dos casos possui confirmação bacilos cópica, o que reforça a necessidade de formação  
260 adequada dos trabalhadores da saúde, especialmente na atenção básica. Ressaltou ainda que  
261 a formação acadêmica aborda insuficientemente a hanseníase, dificultando o reconhecimento  
262 da doença em territórios hiperendêmicos, e defendeu investimento permanente em qualificação  
263 profissional, vigilância ativa e busca de casos. Apresentou experiências de detecção ativa que  
264 demonstraram aumento expressivo na identificação de pessoas doentes quando há atuação  
265 sistemática de investigação clínica e territorial. Destacou que a doença pode permanecer por  
266 anos manifestando apenas sintomas neurológicos, sendo as lesões cutâneas manifestações  
267 tardias. Assim, defendeu revisão dos paradigmas tradicionais de diagnóstico e maior atenção a  
268 sinais sensoriais precoces e alterações de sensibilidade cutânea e neural. Abordou, também, a  
269 necessidade de incorporação de tecnologias, como exames de imagem e métodos  
270 moleculares, além do desenvolvimento de novos esquemas terapêuticos mais bactericidas,  
271 capazes de reduzir a carga bacilar, interromper a transmissão e prevenir incapacidades.  
272 Apresentou evidências de recuperação funcional com tratamento oportuno, ressaltando que a  
273 reversão das alterações de sensibilidade demonstra a possibilidade de evitar sequelas  
274 permanentes. Finalizando, salientou que é enorme o número e os tipos de pacientes não  
275 diagnosticados, pois se espera que apareça uma lesão cutânea típica e se torne positiva por  
276 biópsia, ou até mesmo uma deficiência. Desse modo, frisou que é preciso reconhecer a  
277 HANSENÍASE de forma rápida e adequada, entendendo tratar-se de uma doença sistêmica  
278 (nervo e pele). Portanto, é essencial garantir treinamento e capacitações profissionais e  
279 formação médica (SBH precisa voltar a ser uma especialidade). Ressaltou ainda que é  
280 necessário tratar o paciente com menor carga bacilar o quanto antes (formas não clássicas) e,  
281 assim, eliminar a cadeia de transmissão e também da doença, evitando incapacidade,  
282 estigmas e também custos (no Brasil, 18% pacientes com hanseníase usaram INSS = R\$ 6  
283 bilhões INSS/20 ANOS). Fechou afirmando que somente por meio da qualificação da atenção,  
284 da capacitação profissional e da detecção precoce será possível combater a invisibilidade, o  
285 preconceito e o estigma associados à hanseníase. Na continuidade das exposições, a  
286 Coordenadora-Geral da CGHDE/DEDT/SVSA/MS, **Jurema Guerrieri Brandão**, explanou sobre  
287 a situação epidemiológica e as estratégias nacionais de enfrentamento da hanseníase.  
288 Inicialmente, destacou a relevância do “Janeiro Roxo” como período de mobilização social e  
289 institucional para conscientização acerca da doença, ressaltando que as ações desenvolvidas  
290 ao longo do mês devem servir como ponto de partida para atividades permanentes durante  
291 todo o ano. Explicou que a hanseníase permanece como problema de saúde pública em razão,  
292 principalmente, do potencial de causar incapacidades e deformidades físicas, que podem  
293 ocorrer antes, durante ou após o tratamento e que constituem fatores centrais para a  
294 manutenção do estigma e da discriminação. Assim, afirmou que o enfrentamento do  
295 preconceito está diretamente relacionado ao diagnóstico precoce e ao início oportuno do  
296 tratamento, evitando o surgimento de incapacidades. Informou que o Ministério da Saúde  
297 adota a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase (2024-2030), alinhada à

298 estratégia global, que altera a lógica anterior centrada apenas na eliminação como problema de  
299 saúde pública. A nova abordagem prioriza, em primeiro lugar, a interrupção da transmissão da  
300 doença - definida pela ausência de casos autóctones em menores de 15 anos por cinco anos  
301 consecutivos - e, posteriormente, a eliminação da doença. Salientou que o PCDT é um avanço  
302 para a política pública, pois garantiu a incorporação de novas tecnologias e, no momento,  
303 estão em avaliação para exclusão ou inclusão de novas. Apresentou, ainda, metas vinculadas  
304 ao Plano Nacional de Saúde e ao Programa Brasil Saudável, incluindo a expectativa de que,  
305 até 2030, a maioria dos municípios alcance o status de interrupção da transmissão. Apontou  
306 que o país permanece em cenário de alta endemicidade e que houve redução artificial dos  
307 diagnósticos durante a pandemia de COVID-19, ainda não totalmente revertida. Destacou que  
308 o diagnóstico tardio continua sendo evidenciado pela presença de casos com grau dois de  
309 incapacidade e que a estratégia nacional busca reduzir tais ocorrências, além de adotar  
310 medidas para enfrentar práticas discriminatórias relacionadas à doença. Apresentou resultados  
311 de inquérito nacional que demonstraram agravamento das incapacidades após a alta do  
312 tratamento, indicando necessidade de acompanhamento contínuo e de ampliação da atenção  
313 assistencial, inclusive cirúrgica e reabilitadora. Ressaltou também a importância da avaliação e  
314 acompanhamento de contatos, considerados principal grupo de risco para adoecimento, uma  
315 vez que a vigilância ativa e o diagnóstico precoce são as principais formas de interromper a  
316 cadeia de transmissão. Informou, ainda, que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da  
317 hanseníase foi instituído recentemente, incorporando tecnologias diagnósticas e estava em  
318 análise a ampliação do uso de métodos laboratoriais e de medicamentos (uso da claritromicina  
319 como opção de 2ª linha e tratamento e ampliação do uso do qPCR para auxiliar o diagnóstico  
320 de casos suspeitos) e mapeamento dos procedimentos relacionados à hanseníase amparados  
321 no PCDT, mas ainda não incorporados, além de ações para ampliar a produção nacional de  
322 poliquimioterapia. Relatou iniciativas voltadas à qualificação da atenção primária, capacitação  
323 de profissionais, fortalecimento da vigilância e criação de instrumentos de registro e  
324 monitoramento do atendimento. Por fim, destacou a elaboração de nota técnica intersetorial  
325 para adequar a abordagem assistencial às pessoas acometidas pela doença, com enfoque na  
326 perspectiva anticapacitista e no acesso às políticas destinadas às pessoas com deficiência,  
327 enfatizando que a qualificação profissional e o fortalecimento das ações de campo constituem  
328 pilares fundamentais para o diagnóstico correto, a redução do atraso diagnóstico e o  
329 enfrentamento do estigma social associado à hanseníase. Na sequência, o assessor do  
330 Gabinete da SAPS/MS, **Artur Custódio Moreira de Sousa**, ex-conselheiro nacional de saúde  
331 representando o MORHAN, representando a Secretária de Atenção Primária à Saúde,  
332 apresentou considerações sobre o papel da Atenção Primária à Saúde - APS no enfrentamento  
333 da hanseníase. Inicialmente, destacou a criação, no âmbito do atual governo, de área técnica  
334 específica para a doença na atenção primária (Coordenação de Atenção às Condições  
335 Crônicas Transmissíveis na APS), entendida como avanço institucional para organização das  
336 ações de cuidado, vigilância e acompanhamento das pessoas atingidas. Ressaltou que a APS  
337 constitui a porta de entrada do SUS e o primeiro nível de atenção, responsável por ações de  
338 promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em  
339 saúde, sendo também o espaço de construção do vínculo com usuários, famílias e  
340 comunidades. Enfatizou que a organização territorial do cuidado, a orientação comunitária e a  
341 coordenação do cuidado entre os níveis assistenciais são elementos fundamentais para o  
342 enfrentamento da doença. Informou sobre a expansão da Estratégia Saúde da Família e sobre  
343 mudanças no financiamento da atenção primária, com inclusão de componentes relacionados à  
344 equidade, vulnerabilidade social, acompanhamento territorial e qualidade da atenção, bem  
345 como a utilização de indicadores e monitoramento para qualificação das práticas. Destacou  
346 ainda a importância dos sistemas de informação (E-SUS APS, e-SUSAD, e-SUS Território, e-  
347 SUS Atividade Coletiva, e- SUS Vacinação e Gestão e-SUS APS) como instrumentos para  
348 planejamento, acompanhamento dos casos e definição de políticas públicas. Apresentou dados  
349 que indicam aumento do atendimento de pessoas com hanseníase na atenção primária e  
350 defendeu a necessidade de análise desses registros para qualificar o cuidado e estabelecer  
351 parâmetros adequados de acompanhamento clínico. Observou que a distribuição territorial dos  
352 atendimentos acompanha a incidência epidemiológica da doença, reforçando a necessidade de  
353 monitoramento contínuo e identificação de boas práticas locais. Destacou a persistência de  
354 casos diagnosticados com deficiência decorrente de diagnóstico tardio e afirmou que a redução  
355 dessas ocorrências deve constituir meta prioritária das políticas públicas. Ressaltou a  
356 importância das atividades coletivas, da avaliação de contatos e do uso de testes auxiliares ao  
357 diagnóstico, além da necessidade de fortalecimento das ações comunitárias e de vigilância

358 ativa. Informou que o Ministério da Saúde está elaborando guia prático de cuidado da pessoa  
359 com hanseníase na atenção primária e linha de cuidado articulada entre diferentes áreas do  
360 Ministério, além de ampliação de instrumentos de acompanhamento e avaliação de contatos.  
361 Comunicou também a disponibilização do estesiômetro em todas as unidades de atenção  
362 primária do país, para avaliação de sensibilidade e diagnóstico precoce. Abordou, ainda, a  
363 necessidade de considerar determinantes sociais e interseccionais, destacando maior  
364 ocorrência de diagnóstico tardio em populações em situação de vulnerabilidade, como pessoas  
365 negras, populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas, bem como a importância de  
366 incorporar as políticas de saúde da mulher, de áreas de antigas colônias, da criança, do idoso  
367 e da saúde do homem ao enfrentamento da doença. Por fim, ressaltou a relevância do controle  
368 social para a eliminação da hanseníase, incentivando a criação e fortalecimento dos conselhos  
369 locais de saúde e a ampliação do debate sobre a atenção primária, destacando que as  
370 contribuições do CNS são fundamentais para o aprimoramento da gestão e das políticas do  
371 Ministério da Saúde. antes de passar à próxima exposição, a mesa registrou a presença de  
372 Luís Henrique Costa, coordenador geral de assistência farmacêutica de medicamentos  
373 estratégicos/DAF/MS, que atua na distribuição de medicamentos para tratamento de  
374 hanseníase. A representante da diretoria nacional do MORHAN, **Patrícia Soares**, deu  
375 continuidade às exposições, com abordagem da dimensão do estigma social associado à  
376 doença. Inicialmente, caracterizou a hanseníase como doença negligenciada e invisibilizada,  
377 destacando que, embora tratável e curável, o maior impacto recai sobre o peso social que  
378 acompanha o diagnóstico. Explicou que o estigma não se limita à percepção da doença, mas à  
379 forma como a pessoa acometida é vista socialmente, sendo frequentemente considerada  
380 perigosa ou diferente, o que produz exclusão e isolamento. Ressaltou que esse processo está  
381 ligado ao histórico de isolamento compulsório vigente no país até a década de 1980, quando  
382 pessoas eram segregadas em colônias e famílias eram separadas, situação que deixou marcas  
383 sociais profundas e ainda repercute no presente. Relatou que, mesmo atualmente, muitas  
384 pessoas ocultam o diagnóstico por medo de discriminação no ambiente familiar, escolar e de  
385 trabalho, resultando em abandono do tratamento, isolamento social e prejuízos na construção  
386 de vínculos afetivos e profissionais. Destacou ainda a ocorrência do autoestigma, quando a  
387 própria pessoa passa a evitar a participação social na comunidade por receio do julgamento  
388 externo. Recordou, inclusive, que o Brasil é o segundo país em número de casos novos e  
389 salientou que os números podem ser ainda maiores. Além disso, apontou que o tratamento  
390 medicamentoso pode reforçar a exposição social, em razão de alterações físicas visíveis  
391 provocadas pela medicação e pelas sequelas da doença, como deformidades e limitações  
392 funcionais, o que amplia o sofrimento social e psicológico, afetando não apenas o indivíduo,  
393 mas também sua família e seu entorno social. Defendeu que o enfrentamento do estigma exige  
394 ações permanentes de educação em saúde, divulgação de informações corretas e  
395 desconstrução de mitos, destacando a importância de elucidar formas de transmissão,  
396 tratamento e cura, bem como a necessidade de avaliação de contatos e acompanhamento  
397 contínuo. Ressaltou ainda a necessidade de apoio psicológico, social e comunitário às pessoas  
398 acometidas desde o início do tratamento, visando assegurar dignidade e participação social  
399 plena. Por fim, enfatizou que o combate à hanseníase deve ocorrer de forma concomitante ao  
400 combate ao preconceito, afirmando que a eliminação da doença deve ser acompanhada pela  
401 eliminação do estigma, por meio de políticas públicas, informação acessível e mobilização  
402 social ampliada. Concluídas as explanações, foi aberto o debate. Conselheira **Heliana**  
403 **Hemetério dos Santos** parabenizou a mesa pela condução do tema e questionou a existência  
404 de pesquisas com recorte de raça e gênero, com destaque para população negra e mulheres,  
405 bem como a abordagem da hanseníase na formação médica. Indagou sobre a preparação de  
406 dermatologistas para o reconhecimento de sinais iniciais da doença e demonstrou preocupação  
407 com o diagnóstico em fase não visível, especialmente no âmbito da atenção básica, apontando  
408 a necessidade de qualificação dos profissionais para identificação precoce dos casos.  
409 Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, ressaltou a importância da  
410 composição plural da mesa de debate, com a participação de representantes do Ministério da  
411 Saúde, da universidade e de gestores, bem como a presença de Artur Custódio e Patrícia, que  
412 já haviam integrado o Pleno do CNS e contribuído para a formulação de políticas públicas  
413 relacionadas à hanseníase. Enfatizou que a doença não deve ser analisada apenas sob a  
414 dimensão clínica, chamando atenção para o aspecto humano e subjetivo do adoecimento.  
415 Observou que, embora a hanseníase possa ocasionar perda de sensibilidade física, há, em  
416 contraposição, intenso impacto emocional nas pessoas acometidas. Nesse sentido, apontou a  
417 necessidade de incorporar abordagens psicológicas e educativas no cuidado, voltadas à

418 sensibilização da população, à superação do estigma e ao enfrentamento do preconceito  
419 historicamente associado à doença. Também destacou a existência de parcerias históricas  
420 internacionais voltadas ao enfrentamento da hanseníase, mencionando iniciativas articuladas  
421 por entidades e cooperações estabelecidas ao longo dos anos. Informou, ainda, a previsão de  
422 realização de evento específico sobre o tema, a ocorrer no Rio de Janeiro, ressaltando a  
423 importância da participação e do apoio institucional do Conselho para dar visibilidade à pauta e  
424 fortalecer ações de combate à discriminação. Conselheira **Marisa Palacios de Almeida Rego**  
425 destacou a importância deste debate para enfrentamento do estigma e do preconceito  
426 relacionados à hanseníase. Inclusive, informou que tramita no Senado Federal o Estatuto de  
427 Direitos dos Pacientes, instrumento que considerou fundamental para a garantia de direitos no  
428 âmbito do sistema de saúde, especialmente para populações vulnerabilizadas e para pessoas  
429 acometidas por doenças negligenciadas, como a hanseníase. Assinalou a relevância de  
430 mobilização e apoio social para sua aprovação, destacando a pertinência do tema para o  
431 campo da bioética. Além disso, comunicou que a sociedade científica da área iniciaria ampla  
432 campanha para a criação de comitês de bioética tanto na atenção primária à saúde quanto nos  
433 hospitais. Avaliou que tais instâncias poderiam ampliar o debate ético, fortalecer a educação  
434 em direitos humanos nas unidades de saúde e contribuir para qualificar o cuidado prestado às  
435 pessoas atingidas pela hanseníase. Conselheiro **Elenilson Silva de Souza** agradeceu a mesa  
436 pelas ricas explanações e saudou a militância que acompanha o debate pela transmissão. Na  
437 sua fala, apontou a insuficiente qualificação dos profissionais das unidades básicas de saúde  
438 como um dos principais obstáculos ao diagnóstico precoce, observando que muitos usuários  
439 chegam aos serviços já com sequelas. Destacou a ausência de campanhas educativas e a  
440 persistência do desconhecimento social acerca da doença e defendeu maior investimento em  
441 educação em saúde e conscientização para redução do estigma. Por fim, reiterou a luta  
442 diuturna do MORHAN no enfrentamento da hanseníase e agradeceu o apoio do Conselho a  
443 essa pauta. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** reforçou a importância do debate  
444 deste tema e relatou dificuldades práticas na atenção básica, especialmente a falta de equipe  
445 multiprofissional suficiente, a precariedade da saúde mental e a limitação das ações territoriais,  
446 que comprometem a vigilância ativa e a prevenção. Ressaltou a necessidade de formação  
447 permanente e popular, atuação interdisciplinar e fortalecimento da vigilância em saúde para  
448 identificação de casos nas famílias e nos territórios, destacando que a doença atinge  
449 principalmente populações em situação de vulnerabilidade. Conselheira **Rosaura de Oliveira**  
450 **Rodrigues** enfatizou a necessidade de abordagem intersetorial da hanseníase, envolvendo  
451 educação e assistência social, além do setor saúde, para erradicar a doença. Criticou a  
452 precarização do trabalho nas unidades básicas e a rotatividade de profissionais terceirizados,  
453 apontando que a ausência de vínculo com o território dificulta capacitações profissionais,  
454 continuidade do cuidado e organização de conselhos locais. Defendeu maior compromisso  
455 político, ampliação do orçamento e utilização de tecnologias como a telessaúde para  
456 qualificação da linha de cuidado. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** destacou que, embora  
457 o “Janeiro Roxo” seja o marco simbólico de mobilização social, a pauta da hanseníase  
458 permanece permanente no CNS, em razão da atuação contínua dos representantes do  
459 MORHAN. Ressaltou a importância de reconhecer e valorizar a resistência e a mobilização  
460 histórica do movimento, bem como sua parceria com o Conselho. Apontou que, historicamente,  
461 o Estado brasileiro promoveu graves violações de direitos humanos contra pessoas atingidas  
462 pela doença, citando o isolamento compulsório, a separação de famílias e o estigma social,  
463 processos que aproximou de outras agendas de luta por direitos, como a antimanicomial.  
464 Defendeu a necessidade de dar visibilidade a esse passado e assegurar memória, justiça e  
465 reparação histórica. Por fim, avaliou como avanço o reconhecimento estatal dessas violações e  
466 a implementação de políticas públicas, mas ressaltou que tais medidas devem ser ampliadas,  
467 garantindo efetivamente direitos, visibilidade e reparação às pessoas atingidas pela  
468 hanseníase. Conselheira **Maria Thereza Antunes** relacionou a discussão ao enfrentamento do  
469 estigma em outras condições de saúde, ressaltando a importância da visibilidade social, da  
470 inclusão e da educação como instrumentos para superação do preconceito, destacando que a  
471 exposição pública e a informação constituem estratégias essenciais para mudança cultural.  
472 Concluídas as manifestações, a coordenação devolveu a palavra à mesa para comentários  
473 sobre os questionamentos apresentados no debate. O Presidente da SBH, **Marco Andrey**  
474 **Cipriani Frade**, ressaltou que a insuficiente formação dos profissionais de saúde está  
475 relacionada às lacunas existentes na graduação médica e nas demais especialidades,  
476 observando que a hanseníase deixou de ocupar espaço adequado nas matrizes curriculares.  
477 Destacou que a doença não é exclusiva da dermatologia, envolvendo diferentes áreas médicas

478 e exigindo abordagem sistêmica e multiprofissional, inclusive com atenção à saúde mental das  
479 pessoas acometidas. Apontou que o tratamento ainda utiliza medicamentos antigos, com  
480 efeitos adversos que interferem na vida laboral e social dos pacientes, contribuindo para o  
481 estigma. Informou, ainda, a proposta de capacitação específica em hansenologia para médicos  
482 da atenção primária e relatou experiências de formação regionalizada, com destaque para o  
483 Mato Grosso. Ressaltou também a importância de campanhas permanentes de  
484 conscientização, e citou a experiência da SBH com a campanha “Todos contra a hanseníase”,  
485 com cartilha com linguagem acessível para a sociedade. Também reforçou a necessidade de  
486 atuação integrada das equipes de saúde, incluindo inclusive agentes comunitários, na  
487 identificação ativa de casos. Chamou atenção para a persistência de práticas discriminatórias,  
488 inclusive em editais de concursos públicos que tratam a doença como condição excludente,  
489 sugerindo atuação institucional para enfrentamento dessas situações. Também destacou  
490 impactos sociais relevantes, como demissões, evasão escolar e ocultação do diagnóstico,  
491 evidenciando que o estigma permanece como um dos principais obstáculos ao enfrentamento  
492 da doença. Na sequência, a Coordenadora-Geral de CGHDE/DEDT/SVSA/MS, **Jurema**  
493 **Guerrieri Brandão**, agradeceu as contribuições e destacou que a hanseníase é uma doença  
494 histórica, mas ainda persistem questões a serem enfrentadas, especialmente no campo da  
495 organização do cuidado e da qualificação das respostas do sistema de saúde. Em relação às  
496 indagações sobre pesquisas, informou que existem estudos com recortes populacionais,  
497 incluindo população negra e mulheres, ainda que não tenham sido apresentados na exposição  
498 em razão do tempo disponível. No campo da formação profissional, ressaltou que o Ministério  
499 da Saúde tem atuado tanto na qualificação de profissionais em serviço quanto na articulação  
500 com a formação acadêmica. Informou a aproximação com o Ministério da Educação, inclusive  
501 por meio do Programa Saúde na Escola, entendendo que o enfrentamento da hanseníase  
502 exige ações intersetoriais que ultrapassem os limites do setor saúde. Também destacou a  
503 necessidade de fortalecer a comunicação e a educação em saúde, mencionando a produção  
504 de materiais informativos e a previsão de distribuição de peças de comunicação para estados e  
505 municípios, de modo a suprir a ausência de materiais nas unidades de saúde. No tocante à  
506 organização da assistência, enfatizou que a maior parte dos casos (cerca de 80%) é  
507 acompanhada na APS, mas reconheceu a necessidade de estruturar a retaguarda assistencial  
508 para manejo de reações, complicações e reabilitação. Por fim, destacou que a organização da  
509 rede deve assegurar acesso a diferentes níveis de atenção, incluindo tratamento de reações,  
510 reabilitação e alternativas terapêuticas quando não houver resposta ao tratamento padrão,  
511 reafirmando a necessidade de estruturar os serviços conforme previsto nas normativas do SUS  
512 e de integrar a hanseníase à rede de atenção à saúde. O assessor do Gabinete da SAPS/MS,  
513 **Artur Custódio Moreira de Sousa**, iniciou sua intervenção registrando a presença da  
514 vereadora **Estela Almagro**. Em seguida, retomou apontamentos do debate para reafirmar que  
515 a hanseníase se distribui de forma desigual na sociedade, incidindo com maior intensidade  
516 entre pessoas vinculadas a programas sociais e refletindo marcadores de classe, raça/cor e  
517 gênero. Defendeu que esses recortes precisam ser aprofundados nas análises e nas  
518 estratégias de enfrentamento. Assinalou que o estigma associado à hanseníase produz  
519 sofrimento psíquico e que diversas manifestações reforçaram a urgência de incorporar a  
520 dimensão da saúde mental às respostas do SUS. Avaliou que a APS deve avançar na  
521 integração do cuidado em saúde mental e que o próprio Conselho precisa se debruçar sobre  
522 essa temática no âmbito da APS. Fez referência à articulação com a atenção especializada, e  
523 defendeu que é necessário organizar a trajetória assistencial das pessoas atingidas pela  
524 hanseníase dentro do sistema. Destacou que a doença demanda respostas multiprofissionais e  
525 acesso a diferentes especialidades, citando necessidades relacionadas à saúde bucal,  
526 oftalmologia, reabilitação e outras complicações que exigem retaguarda para além do  
527 atendimento na atenção básica. Informou que, a partir dessa discussão, vinha sendo  
528 estruturado grupo de trabalho para tratar dessas interfaces e encaminhamentos. Ainda sobre a  
529 Atenção Primária, afirmou que as principais doenças transmissíveis atendidas nesse nível  
530 incluem dengue, tuberculose e hanseníase, o que reforça a necessidade de qualificação do  
531 cuidado e de maior atenção à problemática. Também abordou a persistência do estigma ao  
532 mencionar que o Brasil possui legislação considerada antidiscriminatória que proíbe o uso do  
533 termo “lepra”, ressaltando a distinção entre a referência bíblica e a hanseníase contemporânea,  
534 mas observando que práticas discriminatórias permanecem no cotidiano e precisam ser  
535 enfrentadas. Ao comentar desigualdades regionais, afirmou que, em determinados territórios  
536 onde há menor percepção sobre a doença, ocorrem mais situações de diagnóstico tardio e  
537 chegada de pessoas com sequelas, o que exigiria reforço da vigilância, do reconhecimento

538 precoce e da organização da rede de atenção. Informou também articulações relacionadas a  
539 evento previsto para ocorrer no Rio de Janeiro, com expectativa de participação do Presidente  
540 da República, e do qual o Conselho faria parte, apontando que buscaria influenciar agendas  
541 governamentais no sentido de priorizar doenças negligenciadas. No mesmo contexto, abordou  
542 a discussão sobre datas comemorativas, observando limitações do calendário atual do Dia  
543 Mundial, pensado a partir de contexto europeu, e mencionou a existência de proposta  
544 legislativa para alteração de data, visando melhores condições para mobilização, planejamento  
545 e execução orçamentária, com escolas em funcionamento e maior capacidade de ação.  
546 Observou a necessidade de rever a data do Dia Mundial da hanseníase para favorecer  
547 mobilização, planejamento e execução das ações. Reafirmou a articulação do movimento com  
548 direitos humanos, ética e pesquisa e destacou a importância do acolhimento humanizado,  
549 criticando práticas de violência institucional e a pouca divulgação dos direitos dos usuários nas  
550 unidades de saúde. Defendeu a intersectorialidade no território, com integração entre saúde,  
551 assistência social, educação e demais redes, e ressaltou que novas estratégias na Atenção  
552 Primária exigem formação e mobilização contínuas das equipes. Por fim, colocou o movimento  
553 à disposição do Conselho para aprofundar o debate e qualificar a rede de cuidado às pessoas  
554 atingidas pela hanseníase. Por fim, a representante da diretoria nacional do MORHAN, **Patrícia**  
555 **Soares**, reforçou a importância de conhecer a história social da hanseníase no país para  
556 compreensão do estigma ainda presente, destacando que o preconceito permanece como  
557 marca significativa associada à doença e que o enfrentamento deve envolver informação,  
558 memória e mobilização social. Por fim, agradeceu a oportunidade e manifestou sua satisfação  
559 em retornar ao Conselho para debater essa pauta tão relevante. Seguindo, a mesa agradeceu  
560 a fala dos convidados e compilou os principais pontos a partir do debate, salientando que boa  
561 parte estava contemplada na recomendação: qualificar urgentemente a Atenção Básica para  
562 diagnóstico oportuno, manejo adequado e prevenção de sequelas evitáveis, com foco em  
563 hanseníase e outras doenças negligenciadas; retomar e fortalecer campanhas educativas  
564 permanentes, enfrentando estigma e preconceito e estimulando a busca precoce por cuidado;  
565 adotar como diretriz do CNS a não patologização dos debates institucionais, reafirmando o  
566 enfoque político, regulatório e de direitos nas análises; reafirmar que a erradicação de doenças  
567 é decisão política, vinculada a financiamento público, orçamento adequado e continuidade das  
568 políticas de Estado; fortalecer a intersectorialidade e o território como eixos centrais do  
569 enfrentamento, integrando saúde, educação, assistência social e controle social; reposicionar o  
570 CNS como ator político ativo, reconhecendo e valorizando a resistência permanente dos  
571 movimentos sociais na sustentação das pautas estruturantes; dar visibilidade às agendas,  
572 acúmulos históricos e parcerias estratégicas, fortalecendo metodologias nacionais, a bioética  
573 em saúde e iniciativas como o evento previsto no Rio de Janeiro (junho/julho); e que o CNS se  
574 manifeste no sentido de proibir a inclusão, em editais de concursos públicos, de dispositivos  
575 que caracterizem a hanseníase como condição excludente para a participação ou para o  
576 provimento de cargos públicos. Em seguida, a mesa procedeu à leitura da minuta de  
577 recomendação, reiterando que parte significativa dos encaminhamentos debatidos ao longo do  
578 ponto de pauta já se encontrava incorporada ao documento. A minuta recomenda medidas  
579 integradas para o enfrentamento da hanseníase, a efetivação do cuidado integral às pessoas  
580 atingidas e o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS. Ao Ministério da Saúde,  
581 recomenda-se: 1) Adotar as providências necessárias para a implementação das diretrizes  
582 nacionais de enfrentamento à hanseníase, em consonância com a Estratégia Nacional de  
583 Enfrentamento da Hanseníase 2023–2030, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da  
584 Hanseníase e a Portaria GM/MS nº 3.558/2024; 2) Apresentar ao Conselho Nacional de Saúde,  
585 no prazo de até 120 (cento e vinte) dias, relatório técnico circunstanciado contendo: a) o  
586 planejamento nacional atualizado das ações de enfrentamento à hanseníase; b) a situação da  
587 execução física e financeira das ações no âmbito do SUS; c) as estratégias de fortalecimento  
588 da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado; d) a organização das linhas de  
589 cuidado, da vigilância, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação; 3) Informar, no mesmo  
590 prazo, as fontes de financiamento, os valores executados e previstos, bem como os  
591 mecanismos de monitoramento e avaliação adotados; 4) Submeter o referido relatório à  
592 apreciação do Conselho Nacional de Saúde, para fins de acompanhamento, monitoramento e  
593 controle social da política pública de enfrentamento à hanseníase; 5) Garantir a participação do  
594 Conselho Nacional de Saúde e de representantes da sociedade civil nos processos de  
595 monitoramento, avaliação e eventual atualização das estratégias nacionais relacionadas à  
596 hanseníase; 6) Manter o Conselho Nacional de Saúde informado periodicamente, por meio de  
597 relatórios semestrais, sobre os avanços, desafios e resultados alcançados na implementação

598 das ações; 7) Assegurar que o cumprimento das medidas recomendadas seja objeto de  
599 acompanhamento sistemático pelo Conselho Nacional de Saúde, no exercício de suas  
600 atribuições constitucionais de controle social do SUS; 8) Assegurar que o componente  
601 hanseníase no âmbito do Programa Brasil Saudável – Unir para Cuidar disponha de metas,  
602 indicadores, cronograma, recorte territorial e transparência da execução físico-financeira, com  
603 acompanhamento pelo Conselho Nacional de Saúde; 9) Campanhas nacionais de grande  
604 alcance: instituir e financiar campanhas nacionais de informação e comunicação em  
605 hanseníase, voltadas à detecção precoce, à redução da invisibilidade, ao enfrentamento do  
606 estigma e da discriminação; 10) Articulação interministerial com o Ministério da Educação  
607 (MEC) para a revisão e atualização do conteúdo de hanseníase nas Diretrizes Curriculares  
608 Nacionais, na graduação e pós-graduação em saúde; 11) Linha de financiamento específica  
609 para apoiar as unidades da Federação no desenvolvimento e fortalecimento das ações de  
610 hanseníase; 12) e-SUS Sinan: avanço do sistema para o monitoramento do acompanhamento  
611 dos contatos; 13) Cobrar e acompanhar a ampliação do acesso e a qualificação da atenção  
612 integral à pessoa atingida pela hanseníase, incluindo: prevenção de incapacidades, reabilitação  
613 física e psicossocial, articulação com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS,  
614 acesso a programas de transferência de renda e BPC; e 14) Cobrar a implementação dos  
615 centros de referências estaduais em hanseníase, com definição de fluxos assistenciais, apoio  
616 técnico aos municípios e financiamento adequado. À Comissão Intergestores Tripartite – CIT:  
617 revisar e pactuar indicadores, metas e mecanismos de monitoramento relacionados à  
618 hanseníase, no âmbito das responsabilidades interfederativas, em articulação com o Conselho  
619 Nacional de Saúde. Aos conselhos estaduais, distrital e municipais de saúde: 1) Ampliar o  
620 debate sobre a situação epidemiológica da hanseníase em seus territórios, considerando  
621 dados sobre sequelas, incapacidades, reabilitação, estigma social e organização da Atenção  
622 Primária à Saúde; 2) Acompanhar, monitorar e deliberar sobre a implementação das políticas e  
623 ações de enfrentamento à hanseníase no SUS; e 3) Promover campanhas educativas e ações  
624 de mobilização social, em articulação com movimentos sociais e organizações da sociedade  
625 civil. Para o fortalecimento do controle social: 1) Incentivar o protagonismo das pessoas  
626 atingidas pela hanseníase e de seus movimentos representativos, assegurando sua  
627 participação efetiva nos espaços de formulação, monitoramento e avaliação das políticas  
628 públicas; e 2) Fortalecer a atuação das Comissões Intersetoriais e de Vigilância em Saúde dos  
629 Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, como espaços estratégicos para qualificação  
630 do debate e incidência política. Após a leitura, foram apresentadas as seguintes propostas de  
631 ajustes ao texto: adequação da terminologia para “incapacidade por deficiência”, inclusão de  
632 referência ao apoio psicológico no trecho final dos considerandos; reforço do caráter educativo  
633 das campanhas e aperfeiçoamentos em dispositivos relativos à atenção integral e ao controle  
634 social, com menção às comissões intersetoriais do Conselho. As sugestões foram acolhidas  
635 pela mesa. Assim, a mesa colocou a minuta em votação. **Deliberação: aprovada, com**  
636 **ajustes no texto, recomendação com medidas integradas para o enfrentamento da**  
637 **hanseníase, a efetivação do cuidado integral às pessoas atingidas e o fortalecimento do**  
638 **controle social no âmbito do SUS.** Nada mais havendo a tratar no ponto de pauta, a mesa  
639 agradeceu novamente a presença das pessoas convidadas e encerrou o Item 3. Estiveram  
640 presentes as seguintes pessoas conselheiras na manhã do primeiro dia de reunião: *Titulares* -  
641 **Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Antonio Erinaldo Lima**  
642 **Vasconcelos**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras  
643 Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores –  
644 CUT; **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Débora Raymundo Melecchi**,  
645 Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de  
646 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Elgiane de Fátima**  
647 **Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda**  
648 **Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Marcello**  
649 **Nunes Pereira**, Conselho Federal de Nutrição (CFN); **Francisca Valda da Silva**, Associação  
650 Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional  
651 das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de  
652 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas  
653 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**,  
654 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação  
655 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação  
656 Brasileira de Hospitais (FBH); **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das  
657 Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação

658 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante**  
659 **Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson**  
660 **Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Paula Johns**, Associação de  
661 Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Priscila Torres**  
662 **da Silva**, Biored Brasil; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e  
663 Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho  
664 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de  
665 Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação  
666 Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Silvana Nair Leite Contezini**, Escola Nacional dos  
667 Farmacêuticos (ENFAR); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida  
668 (REDEUNIDA); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
669 (CNBB); e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE).  
670 *Suplentes* – **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,  
671 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Ana Carolina Freire Lopes**, Conselho Federal de  
672 Psicologia (CFP); **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF);  
673 **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de**  
674 **Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice**  
675 **Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em  
676 Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Francisco Marcelino Rogério Filho**,  
677 Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de**  
678 **Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **José Oliveira da**  
679 **Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de  
680 Diabetes Juvenil (ADJ); **Luana Ferreira Lima**, Associação Brasileira de Talassemia  
681 (ABRASTA); **Maria Cecília Jorge Branco Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares,  
682 Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG); **Maria Eufrásia de**  
683 **Oliveira Lima**, Ministério da Saúde (MS); **Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida**  
684 **Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de  
685 Educação Médica (ABEM); **Rafael Gomes Ditterich**, Conselho Federal de Odontologia (CFO);  
686 **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados,  
687 Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento  
688 Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosaura de Oliveira Rodrigues Entidade**, Rede  
689 Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); **Shirley Marshal**  
690 **Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Silvia Cavalleire da Silva**, União  
691 Nacional LGBT (UNA-LGBT); e **Thâmara Gonçalves dos Reis**, Conselho Federal de Biologia  
692 (CFBIO). Após o intervalo, a reunião foi retomada às 14h50, com a composição da mesa para  
693 o Item 4 da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RELAÇÃO DE TRABALHO E**  
694 **EDUCAÇÃO NA SAÚDE - CIRTES – Informes – Apresentação:** conselheira **Francisca Valda**  
695 **da Silva**, coordenadora da CIRTES/CNS. *Coordenação:* conselheira **Heliana Hemetério dos**  
696 **Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da  
697 CIRTES/CNS, apresentou informes relativos às atividades e à agenda estratégica da  
698 Comissão, destacando inicialmente a abrangência da rede do SUS, presente nos municípios  
699 brasileiros, nos serviços estaduais e nos hospitais federais, sob gestão tripartite. Ressaltou que  
700 essa rede envolve mais de cinco milhões de trabalhadoras e trabalhadores, razão pela qual a  
701 Comissão tem mantido atenção permanente às condições de trabalho e à qualidade da  
702 prestação dos serviços de saúde à população. Informou que o plano de trabalho da Comissão  
703 priorizou a valorização do trabalho no SUS e a qualificação da produção do cuidado em saúde,  
704 situando a pauta da carreira como demanda histórica oriunda do controle social. Assinalou que  
705 a proposta de carreira constituiu política pública em construção, incorporada progressivamente  
706 pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e que deveria consolidar-se como política de  
707 Estado, capaz de garantir estabilidade, segurança, desprecarização dos vínculos e proteção à  
708 saúde dos trabalhadores. Recordou que a reivindicação por plano de cargos, carreira e salários  
709 para o SUS esteve presente desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e foi  
710 reafirmada em conferências posteriores, inclusive nas Conferências Nacionais de Gestão do  
711 Trabalho. Destacou que o Conselho promoveu debates, oficinas e eventos nacionais sobre o  
712 tema, tendo aprovado resoluções relacionadas à Mesa Nacional de Negociação Permanente  
713 do SUS, criada em 1993 e reinstalada em 2023. Feito esse histórico, apresentou ao Pleno o  
714 Protocolo nº 12/2025 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que estabeleceu  
715 diretrizes nacionais para estruturação, pactuação, implementação, financiamento e  
716 acompanhamento da carreira única interfederativa do SUS, fundamentado em resoluções do  
717 CNS e em deliberações das 16ª e 17ª Conferências Nacionais de Saúde. Informou que a

718 construção do protocolo contou com participação da sociedade civil, entidades sindicais,  
719 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, Conselho Nacional de  
720 Secretários de Saúde - CONASS e Ministério da Saúde. Relatou que o tema foi amplamente  
721 debatido na 23ª reunião da CIRTES/CNS, com participação de representantes da gestão e dos  
722 trabalhadores, bem como em reunião da COFIN/CNS, que passou a elaborar proposta de  
723 deliberação intercomissões. Acrescentou que, em reunião realizada em dezembro, a Mesa  
724 Nacional de Negociação apresentou formalmente a proposta à Comissão. Disse que o  
725 documento tratou dos princípios e diretrizes da carreira, estrutura organizacional, formas de  
726 ingresso, vínculos de trabalho, cargos, classes e níveis, remuneração, incentivos, educação  
727 permanente, saúde e segurança do trabalhador, mobilidade, jornada, equidade e diversidade,  
728 avaliação e progressão funcional. Destacou ainda o enfrentamento da precarização decorrente  
729 de terceirizações e vínculos informais. Informou que o protocolo também previu mecanismos  
730 de financiamento, incluindo a proposta de criação de fundo nacional tripartite para o trabalho no  
731 SUS (FUNTRAB), com governança e acompanhamento do controle social, estabelecendo  
732 parâmetros nacionais mínimos para implementação da carreira interfederativa. Como resultado  
733 do debate, disse que a Comissão elaborou minuta de resolução, para apreciação e votação do  
734 Pleno do Conselho. No documento, o CNS resolve aprova o Protocolo nº 012/2025 da Mesa  
735 Nacional de Negociação Permanente do SUS, que estabelece diretrizes nacionais para a  
736 estruturação, pactuação, implementação, financiamento e acompanhamento da Carreira Única  
737 Interfederativa do SUS, e dá outras providências. Concluída a apresentação, abriu a palavra  
738 para considerações. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** iniciou as manifestações  
739 registrando preocupação quanto à organização da pauta, observando que a matéria constava  
740 como informe neste ponto e não como item deliberativo, devendo ser votada no último item da  
741 reunião. A coordenadora da Comissão explicou que a proposta era apreciar o documento  
742 naquele ponto, visto que estava relacionado aos temas debatidos pela CIRTES. Diante dessa  
743 fala, conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** sugeriu que, em situações futuras, temas que  
744 seriam objeto votação fossem previamente indicados na pauta. Sobre o tema, explicou que não  
745 trataria do mérito ou da relevância do debate acerca da carreira única interfederativa do SUS,  
746 tema que afirmou acompanhar há muitos anos no âmbito das conferências e das instâncias de  
747 gestão. Informou que sua manifestação se concentraria no processo de construção da  
748 proposta, a fim de explicitar as razões de seu posicionamento. Relatou que, aproximadamente  
749 um ano e meio antes, havia sido construída, em conjunto com instâncias do Ministério da  
750 Saúde, do CONASS e do CONASEMS, uma portaria, com cooperação da área de gestão do  
751 trabalho do Ministério, que organizaria uma comissão e definiria um conjunto de procedimentos  
752 a serem seguidos ao longo do processo de elaboração da proposta. Informou que a comissão  
753 foi formalmente constituída, porém os procedimentos pactuados não foram efetivamente  
754 cumpridos, o que, segundo avaliou, desorganizou a condução do tema. Destacou que, em  
755 razão da complexidade da carreira única interfederativa, envolvendo aspectos de  
756 financiamento, fundo específico, havia sido acordada a realização de uma série de iniciativas  
757 destinadas a envolver gestores estaduais e municipais desde o início do debate, para evitar  
758 que a proposta se tornasse mais uma formulação sem condições de implementação. Segundo  
759 relatou, participou de duas reuniões da comissão nas quais reiterou a necessidade de inserir a  
760 discussão na agenda regular da gestão, considerando que caberia às instâncias gestoras  
761 assumir protagonismo e responsabilidade pelo tema. Avaliou que os secretários estaduais e  
762 municipais não participaram adequadamente da discussão e que o assunto não foi  
763 efetivamente levado às agendas das gestões, apesar das sugestões apresentadas. Assinalou  
764 que a ausência de debate estruturado com os gestores comprometeria a viabilidade da  
765 proposta, uma vez que a carreira única vinha sendo discutida desde a década de 1980 e sua  
766 implementação dependia de ampla pactuação federativa. Por essas razões, declarou voto  
767 contrário à resolução relacionada ao Protocolo nº 12/2025 da MNNPSUS, fundamentando sua  
768 posição na avaliação de que o tema não foi adequadamente incorporado à agenda da gestão e  
769 que a adoção de procedimentos sem efetiva adesão dos gestores não produziria resultados  
770 concretos para a implementação da carreira única interfederativa do SUS. Na sequência,  
771 conselheiro **Mauri Bezerra de Souza**, coordenador da COFIN/CNS, avaliou tratar-se de  
772 momento histórico para os trabalhadores do SUS, considerando que a aprovação de resolução  
773 relativa a protocolo da Mesa Nacional de Negociação representaria importante avanço do  
774 controle social. Reconheceu as dificuldades de implementação, mas defendeu a aprovação da  
775 matéria, entendendo que o ato fortaleceria a defesa do SUS em contexto de debates sobre  
776 reforma administrativa. Em resposta, conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da  
777 CIRTES/CNS, elucidou que a tramitação observou o fluxo definido na resolução de

778 reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que estabeleceu a  
779 apreciação dos protocolos nas comissões e posterior submissão ao Pleno para votação.  
780 Considerou tratar-se de etapa histórica após décadas de mobilização social e propôs a  
781 deliberação do protocolo como resolução do Conselho. Feitas essas considerações, colocou  
782 em votação a minuta de resolução. **Deliberação: aprovada, por maioria (26 votos**  
783 **favoráveis, quatro contrários e três abstenções), a resolução em que o CNS aprova o**  
784 **Protocolo nº 012/2025 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, que**  
785 **estabelece diretrizes nacionais para a estruturação, pactuação, implementação,**  
786 **financiamento e acompanhamento da Carreira Única Interfederativa do SUS, e dá outras**  
787 **providências.** Conforme solicitação do conselheiro Haroldo de Carvalho Pontes, os quatro  
788 votos contrários estão registrados nominalmente: **Haroldo de Carvalho Pontes; Antônio**  
789 **Magno Borba; Nelson Augusto Mussolini; e Luiz Fernando Corrêa Silva.** Continuando,  
790 conselheira **Francisca Valda da Silva** apresentou breves informes ao Pleno do Conselho.  
791 Primeiro, informou sobre o Seminário VERSUS e o lançamento do edital 2026, destacando o  
792 programa como estratégia histórica de integração ensino-serviço, ao inserir estudantes nos  
793 territórios e em realidades de vulnerabilidade social, qualificando a formação para o SUS.  
794 Registrou que o programa está em seu terceiro edital, com meta de alcançar 15 mil estudantes,  
795 tendo cerca de 9 mil participantes, e que o lançamento ocorreu na Fiocruz com  
796 acompanhamento nacional. Falou também sobre a primeira edição do Exame Nacional de  
797 Avaliação da Formação Médica - ENAMED, ressaltando a grande repercussão pública e  
798 política após a divulgação dos resultados, que apontaram desempenho insatisfatório em  
799 parcela significativa dos cursos de medicina. Apontou que os resultados indicaram, entre 351  
800 cursos de medicina existentes no país, 107 com desempenho insatisfatório, situação que  
801 repercutiu no Congresso Nacional, onde tramitam projetos de lei propondo exame de  
802 proficiência para o exercício profissional. Informou que há iniciativas tanto na Câmara dos  
803 Deputados quanto no Senado com essa finalidade e que setores defendem aprovação célere  
804 da medida. Apresentou a posição da CIRTES, segundo a qual a instituição de exame de  
805 proficiência como requisito para registro profissional poderia penalizar estudantes sem  
806 enfrentar adequadamente a qualidade dos cursos de graduação, majoritariamente ofertados  
807 por instituições privadas e com mensalidades elevadas. Avaliou que a medida tenderia a  
808 impedir o exercício profissional sem responsabilizar a formação ofertada. Ressaltou que o  
809 ENAMED adota concepção mais ampla de avaliação, ao considerar não apenas o desempenho  
810 do egresso, mas também a qualidade dos cursos e das instituições formadoras, produzindo  
811 impactos estruturantes sobre a formação em saúde e alinhando-se aos interesses da  
812 população. Observou que a expansão de cursos de Medicina tornou-se campo de interesse  
813 econômico relevante, o que reforça a necessidade de regulação e acompanhamento público.  
814 Inclusive, disse que a Comissão elaborou documento a respeito deste tema para ser  
815 amplamente divulgado. Concluiu que o CNS continuará acompanhando e ampliando o debate  
816 por sua relevância para a qualidade da formação e para o SUS. A seguir, abriu a palavra para  
817 breves manifestações. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** avaliou que a  
818 precariedade da formação em saúde é histórica e que mecanismos avaliativos não deveriam  
819 penalizar o estudante, mas responsabilizar o processo formativo e as instituições. Defendeu  
820 posicionamento firme do Conselho frente a iniciativas corporativas e destacou a necessidade  
821 de defesa do SUS e da política pública de formação. Conselheira **Marisa Palácios de Almeida**  
822 **Rego** informou que o ENAMED constitui instrumento de avaliação institucional e não exame  
823 individual de profissionais, cabendo ao Ministério da Educação a avaliação dos cursos.  
824 Ressaltou que instituições impedidas de abrir novas vagas deveriam garantir a formação  
825 adequada dos estudantes já matriculados. Conselheira **Odete Messa Torres**, representante da  
826 Associação Brasileira de Educação Médica no Conselho, explicou que o ENAMED deve ser  
827 compreendido como um processo avaliativo amplo, disponível aos estudantes, mas não restrito  
828 à aferição individual de desempenho. Avaliou que, ao contrário do que as instituições  
829 afirmavam, a prova foi realizada de forma séria pelos estudantes, uma vez que sua nota está  
830 associada ao acesso a programas de residência médica, o que reforça o comprometimento dos  
831 participantes. Afirmou que os resultados evidenciam uma situação crítica na educação médica,  
832 anteriormente alertada pelas entidades acadêmicas, decorrente, entre outros fatores, da  
833 expansão acelerada e judicializada de cursos de Medicina. Nesse sentido, diferenciou o  
834 ENAMED do exame de proficiência proposto pelo Conselho Federal de Medicina, observando  
835 que este último seria conduzido por entidade contratada, enquanto o ENAMED constitui política  
836 de Estado, capaz de avaliar não apenas o egresso, mas também os cursos de graduação,  
837 inclusive com repercussões para aqueles com desempenho insatisfatório. Defendeu que a

838 eventual instituição de exame de proficiência penalizaria estudantes sem enfrentar o problema  
839 estrutural da qualidade dos cursos. Alertou ainda que a adoção desse modelo poderia  
840 estimular a continuidade da abertura indiscriminada de cursos, a exemplo do ocorrido em  
841 outras áreas profissionais. Informou que a ABEM desenvolve instrumentos de avaliação  
842 progressiva de estudantes, currículos e cursos e considerou que a competência para a  
843 avaliação institucional deve permanecer sob responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos  
844 e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP/MEC. Por fim, reiterou a posição da entidade  
845 contrária à adoção do exame de proficiência e favorável ao fortalecimento do ENAMED como  
846 instrumento de avaliação sistêmica da formação médica, com o objetivo de qualificar a  
847 educação médica, responsabilizar as instituições formadoras e assegurar profissionais  
848 adequadamente preparados para atuação no SUS. Conselheira **Victoria Matos das Chagas**  
849 **Silva** afirmou que os resultados do Exame confirmaram denúncias sobre precarização do  
850 ensino em saúde, agravada durante a pandemia, e defendeu atuação mais incisiva do  
851 Conselho na defesa da qualidade formativa e da preparação adequada dos profissionais para o  
852 SUS. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** enfatizou a necessidade urgente de fortalecer a  
853 ética, a ciência e a qualidade da formação dos profissionais de saúde, destacando que falhas  
854 na formação poderiam repercutir diretamente na segurança da assistência ofertada à  
855 população. Encerradas as manifestações, conselheira **Francisca Valda da Silva** agradeceu as  
856 falas, sinalizando que o Conselho continuaria acompanhando este debate e deu por concluído  
857 este ponto de pauta. **ITEM 5 – BIOECONOMIA DAS PLANTAS MEDICINAIS E**  
858 **FITOTERÁPICOS NA AGRICULTURA FAMILIAR - Apresentação: Apresentação: Antônio**  
859 **Erinaldo Lima**, Secretário de Políticas Sociais Confederação Nacional dos Trabalhadores  
860 Rurais Agricultores e Aricultoras Familiares - CONTAG; **Victor Doneida**, consultor técnico da  
861 Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica - CGAFB/DAF/SCTIE/MS; e **Wagner**  
862 **de Jesus Martins**, Coordenador de Integração Estratégica do Colaboratório da Escola de  
863 Governo Fiocruz-Brasília – EGF; conselheira **Débora Melecii**, coordenadora da Comissão  
864 Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF/CNS; e conselheiro  
865 **Abrahão Nunes**, Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas e  
866 Complementares em Saúde – CIPPISPICS. *Coordenação:* conselheira **Heliana Hemetério dos**  
867 **Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa  
868 Diretora do CNS. Após saudação, a mesa abriu a palavra às pessoas convidadas. Conselheira  
869 **Débora Melecii**, coordenadora da Comissão CICTAF/CNS, iniciou agradecendo o espaço para  
870 debater esta pauta trazida de forma conjunta pela CICTAF e a CIPPISPICS. Salientou que este  
871 é um tema estratégico para o controle social do SUS, enfatizando que a bioeconomia das  
872 plantas medicinais articula geração de renda, valorização dos saberes territoriais e promoção  
873 da saúde. Assinalou que a temática envolve dimensões de desenvolvimento sustentável,  
874 agroecologia e segurança alimentar, além de fortalecer a qualidade de vida da população.  
875 Ressaltou que o Departamento de Assistência Farmacêutica/MS passou a priorizar a agenda  
876 das plantas medicinais, por meio de políticas e programas voltados à valorização dos territórios  
877 e à incorporação dessas práticas no âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.  
878 Defendeu que a pauta se relaciona a um projeto nacional de desenvolvimento com geração de  
879 renda e ampliação do direito à saúde, em consonância com as diretrizes da 18ª Conferência  
880 Nacional de Saúde. Conselheiro **Abrahão Nunes da Silva**, coordenador da CIPPISPICS/CNS,  
881 agradeceu a oportunidade e considerou o debate relevante diante do cenário de restrição  
882 orçamentária nas três esferas de governo. Defendeu o fortalecimento da produção pública e  
883 dos laboratórios públicos de medicamentos, contrapondo a lógica de mercado orientada pelo  
884 lucro. Ressaltou a necessidade de valorização dos conhecimentos tradicionais, como os de  
885 rezadeiras, parteiras e raizeiros, alertando para o risco de invisibilização desses saberes  
886 quando apropriados pela academia ou pela indústria. Argumentou que a discussão não deveria  
887 se limitar ao aspecto econômico, mas priorizar a saúde da população e o reconhecimento  
888 cultural dos povos tradicionais. Após essas considerações iniciais sobre o tema, abriu a palavra  
889 para exposição. O primeiro expositor foi o Coordenador de Integração Estratégica do  
890 Colaboratório da EGF/Fiocruz-Brasília, **Wagner de Jesus Martins**, que iniciou destacando que  
891 o debate sobre bioeconomia das plantas medicinais deve ser compreendido a partir da relação  
892 entre economia e vida, ressaltando que a economia não se restringe à dimensão financeira,  
893 mas inclui os modos de produção e de sobrevivência social, especialmente a produção agrícola  
894 e a agroecologia. Defendeu que a bioeconomia articula produção, saúde e sustentabilidade,  
895 razão pela qual considerou necessário ampliar a participação do setor saúde nesse campo.  
896 Assinalou que, historicamente, as plantas medicinais têm sido tratadas apenas sob  
897 perspectivas cultural, tradicional ou espiritual, mas também podem constituir ativo econômico

898 capaz de gerar renda, fortalecer a agricultura familiar, valorizar o trabalho das mulheres e  
899 contribuir para o enfrentamento do desmatamento. Informou que, nesse contexto, foi  
900 estruturada cooperação entre a Fiocruz e a CONTAG, com ações de formação e qualificação  
901 social e produtiva. Como primeira iniciativa, foi realizado curso nacional de bioeconomia das  
902 plantas medicinais, que formou 45 agricultoras de treze unidades federativas e resultou na  
903 elaboração de projetos de implantação do cultivo em quintais produtivos nos territórios.  
904 Explicou que a proposta organiza uma cadeia produtiva completa, do cultivo ao consumo,  
905 envolvendo diversos órgãos e instituições, como Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento  
906 Social e do Desenvolvimento Agrário, além de Embrapa, Fundação Banco do Brasil,  
907 cooperativas da agricultura familiar e outras entidades, configurando programa intersetorial.  
908 Como antecedentes do Programa, citou a 1ª e 2ª Feira Nordestina da Agricultura Familiar e  
909 Economia Solidária. Apresentou dados para dimensionar o potencial estratégico da  
910 bioeconomia das plantas medicinais no país. Informou que o Brasil concentra  
911 aproximadamente 20% da biodiversidade mundial, embora apenas cerca de 5% das espécies  
912 sejam exploradas economicamente. Destacou que há cerca de 512 medicamentos fitoterápicos  
913 registrados na ANVISA, derivados de aproximadamente 162 extratos de plantas medicinais e  
914 outros derivados, sendo que 25% desses produtos têm origem em espécies existentes na  
915 América do Sul. Acrescentou que o mercado global de fitoterápicos alcançou, em 2023, cerca  
916 de US\$ 216,4 bilhões, enquanto no Brasil a receita anual registrada era de aproximadamente  
917 US\$ 160 milhões em 2008, indicando grande potencial de expansão nacional frente ao cenário  
918 internacional. Observou que a qualificação da produção nacional é essencial para a política de  
919 fitoterápicos, uma vez que a ausência de oferta estruturada leva à importação de insumos  
920 vegetais. Ressaltou que o setor de plantas medicinais e fitoterápicos constitui mercado de  
921 grande dimensão econômica e estratégico para o país, observando que o Brasil possui  
922 expressivo potencial em bioeconomia. Informou que já existem iniciativas conjuntas entre o  
923 Ministério da Saúde e o Ministério do Meio Ambiente voltadas ao desenvolvimento de  
924 fitoterápicos, citando experiências em curso, bem como discussões regulatórias conduzidas  
925 pela ANVISA relativas ao cultivo de espécies medicinais, inclusive cannabis para fins  
926 terapêuticos. Destacou que a proposta busca reduzir o déficit nacional de medicamentos e  
927 insumos farmacêuticos derivados de plantas medicinais, mediante estímulo à produção  
928 organizada no território brasileiro, especialmente pela agricultura familiar, com apoio de  
929 entidades representativas e cooperativas. Enfatizou que a estratégia articula agricultura e  
930 assistência farmacêutica, integrando conhecimento científico e saber tradicional, com formação  
931 de agentes locais capacitados em bioeconomia. Explicou que o projeto objetiva desenvolver  
932 simultaneamente a bioeconomia e a assistência farmacêutica com base na  
933 sociobiodiversidade, qualificando agricultores para o cultivo e inserção no mercado,  
934 promovendo restauração ambiental, geração de trabalho e renda e ampliação da autonomia  
935 econômica das mulheres, majoritariamente responsáveis pelo manejo das plantas medicinais  
936 nas comunidades. Informou que o Programa está estruturado em quatro eixos: fortalecimento  
937 da agricultura familiar; qualificação e padronização das drogas vegetais; desenvolvimento de  
938 mercados; e fortalecimento da gestão e governança comunitária. Nesse contexto, relatou a  
939 implementação dos chamados “quintais produtivos”, organizados territorialmente, com adoção  
940 de tecnologias sociais como cisternas, compostagem e sistemas integrados de cultivo.  
941 Acrescentou que serão implantadas estações móveis de processamento de plantas medicinais,  
942 desenvolvidas pela Fiocruz, destinadas ao beneficiamento e à padronização da produção,  
943 funcionando também como espaço de formação técnica e de gestão comunitária. Cada  
944 unidade atenderá diversos quintais produtivos e, após período de aprendizagem, a comunidade  
945 será capaz de estruturar unidade permanente. Informou que a primeira estação foi implantada  
946 em Limoeiro do Ajuru, no Pará, e que a tecnologia pode ser adaptada às espécies locais,  
947 exemplificando com a produção de óleo de andiroba desenvolvida por agricultoras da região,  
948 inclusive com construção coletiva de equipamentos produtivos. Registrou ainda a participação  
949 de instituições de pesquisa na qualificação e rastreabilidade dos produtos, assegurando  
950 padrões sanitários e capacidade de fornecimento. Avaliou que a iniciativa articula tecnologia  
951 social, ciência cidadã e economia solidária para estruturar novo arranjo produtivo voltado ao  
952 SUS. Concluiu afirmando que o Brasil possui condições de liderança internacional na  
953 bioeconomia das plantas medicinais, defendendo o fortalecimento da agricultura familiar com  
954 apoio técnico e financeiro, aprimoramento regulatório e maior inserção do Ministério da Saúde  
955 na agenda, a fim de consolidar o programa como política estratégica para o SUS. Na  
956 sequência, o Secretário de Políticas Sociais da CONTAG, **Antônio Erinaldo Lima**, apresentou  
957 experiências da agricultura familiar relacionadas aos quintais produtivos e à produção de

958 plantas medicinais e fitoterápicos. Informou que o programa busca empoderar principalmente  
959 mulheres rurais, responsáveis majoritárias pelos grupos produtivos, promovendo geração de  
960 trabalho e renda no campo e contribuindo para a produção de alimentos e saúde. Saliendo  
961 que a proposta não parte de experiências inexistentes, mas de práticas já desenvolvidas por  
962 agricultores e agricultoras familiares, especialmente por mulheres, que historicamente cultivam  
963 e utilizam plantas medicinais em seus territórios. Informou que o objetivo do Programa é  
964 qualificar essa produção por meio da integração entre conhecimento técnico-científico e  
965 saberes populares, organizando-a em cadeia produtiva capaz de atender a um mercado  
966 exigente e às necessidades do SUS. Nesse sentido, detalhou que a iniciativa busca estruturar  
967 a cadeia produtiva das plantas medicinais na agricultura familiar com base em sistemas  
968 agroflorestais e agroecológicos, promovendo conservação da sociobiodiversidade, geração de  
969 trabalho e renda e fortalecimento da atenção à saúde. Ressaltou que, diferentemente do  
970 agronegócio, a agricultura familiar ainda possui acesso limitado a tecnologias e assistência  
971 técnica, razão pela qual a iniciativa pretende levar conhecimento e inovação produtiva ao  
972 campo. Detalhou que o Programa está organizado em quatro eixos. O primeiro refere-se ao  
973 fortalecimento da agricultura familiar, com implantação de quintais produtivos agroecológicos  
974 distribuídos em diversos estados, articulando produção de alimentos para autoconsumo e  
975 cultivo de plantas medicinais. Serão implantados 520 quintais produtivos com treze Grupos de  
976 produção envolvendo quarenta pessoas agricultoras familiares em cada grupo, em onze  
977 Estados. O segundo eixo trata da qualificação e padronização das drogas vegetais, com  
978 adoção de protocolos produtivos e implantação de estações móveis de processamento de  
979 plantas medicinais, que permanecem temporariamente nos territórios até que os produtores  
980 adquiram autonomia técnica. Para cada grupo de quarenta pessoas agricultoras familiares será  
981 implantada uma estação móvel de processamento de plantas medicinais. O terceiro eixo  
982 corresponde ao desenvolvimento de mercados, custeado com recursos da Fundação Banco do  
983 Brasil por um período de três anos e será executado pela União Nacional das Cooperativas da  
984 Agricultura Familiar e Economia Solidária – UNICAFES. O quarto eixo envolve a governança  
985 do programa, com comissões nacionais e territoriais compostas por instituições públicas,  
986 organizações sociais e parceiros institucionais, responsáveis por apoiar as comunidades,  
987 agregar conhecimento e organizar a produção. Em nível nacional foi criada uma comissão  
988 constituída com duas representações das instituições: Contag, Unicafes, Fiocruz, Fundação  
989 Banco do Brasil, MDA, MDS E DAF/MS. Em nível dos territórios para cada grupo de 40  
990 agricultoras/es familiares será constituído um comitê de governança e gestão dos projetos  
991 constituídos por instituições de atuação nos territórios. Destacou que os quintais produtivos  
992 localizam-se próximos às residências, facilitando o uso da mão de obra familiar, preservando  
993 saberes tradicionais e gerando renda complementar. Observou que a agricultura familiar  
994 enfrenta pressão decorrente da concentração fundiária, do avanço do agronegócio e de  
995 atividades extrativas, o que torna ainda mais relevante a valorização produtiva de pequenas  
996 propriedades. Apresentou ainda exemplos de tecnologias sociais utilizadas, como cisternas de  
997 captação de água, reaproveitamento hídrico, viveiros de mudas, secagem de plantas e  
998 produção de chás e derivados já comercializados em programas institucionais. Relatou  
999 experiências concretas de agricultores que passaram a gerar renda a partir da produção e  
1000 beneficiamento de plantas medicinais, incluindo a extração de óleos vegetais, evidenciando  
1001 impactos econômicos e sociais positivos, especialmente para o protagonismo das mulheres  
1002 rurais. Concluiu afirmando que o Programa contribuirá para organizar redes cooperativas  
1003 solidárias, integrar mercados regionais, agregar valor à produção, fortalecer o reconhecimento  
1004 social das agricultoras e ampliar a inserção da agricultura familiar no fornecimento de insumos  
1005 e produtos ao SUS. Por último, expôs o consultor técnico da CGAFB/DAF/SCTIE/MS, **Vítor**  
1006 **Doneida**, que iniciou sua apresentação registrando satisfação em participar da reunião e  
1007 transmitindo agradecimentos da direção do Departamento. Justificou a ausência do diretor do  
1008 DAF/MS e do coordenador da CFAFB/MS, que não puderam participar da atividade em razão  
1009 de compromissos de agenda e necessidade de antecipação de deslocamento. Registrou que  
1010 sua apresentação se daria a partir da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos,  
1011 situada no âmbito da assistência farmacêutica básica do Ministério da Saúde. Informou que o  
1012 objetivo central dessa Política é garantir à população o acesso seguro e o uso racional de  
1013 plantas medicinais e fitoterápicos, associado ao uso sustentável da biodiversidade e ao  
1014 desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Destacou que a política foi  
1015 construída de forma intersetorial, iniciada anteriormente e publicada em 2006, envolvendo  
1016 diversos ministérios, além da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Fundação Oswaldo  
1017 Cruz, contemplando amplo conjunto de diretrizes e ações. Ressaltou que, recentemente, foi

1018 restabelecido o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, atualmente composto  
1019 por representantes de quinze ministérios, além de representantes da sociedade civil, do  
1020 Conselho Nacional de Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, responsável pelo  
1021 acompanhamento e monitoramento das estratégias da política. Apresentou as principais  
1022 frentes de atuação em curso, incluindo ciência e inovação, capacitação profissional,  
1023 desenvolvimento de produtos e financiamento. Informou que houve incremento significativo de  
1024 recursos federais destinados à fitoterapia a partir do Plano Plurianual, com publicação de  
1025 portarias em 2024 e 2025 que possibilitam aos municípios implementar estratégias locais  
1026 previstas na política. Explicou que a mudança de modelo de financiamento permitiu que os  
1027 recursos passassem a considerar as iniciativas já existentes nos territórios, estimulando ações  
1028 municipais e ampliando o acesso da população. Abordou a Relação Nacional de Medicamentos  
1029 Essenciais - RENAME, observando que a lista de fitoterápicos ainda é restrita, e relatou a  
1030 mobilização nacional para identificar experiências locais. Informou que municípios registraram  
1031 aproximadamente 500 inclusões de fitoterápicos No Hórus, permitindo dar visibilidade às  
1032 práticas existentes e possibilitando financiamento e apoio às ações já desenvolvidas. Destacou  
1033 ainda que foram publicadas monografias de espécies prioritárias para o SUS, com dezenas já  
1034 publicadas e outras em preparação, bem como a produção de materiais técnicos e o  
1035 fortalecimento de ações de capacitação profissional. Informou que foram ofertados cursos de  
1036 formação e qualificação, incluindo cursos de grande carga horária voltados a aspectos  
1037 farmacêuticos, fitoquímicos e clínicos, preparando profissionais para prescrição e uso  
1038 adequado de fitoterápicos. Apresentou também iniciativas executadas por meio de termos de  
1039 execução descentralizada com a Fiocruz, voltadas à estruturação de redes de Farmácias Vivas  
1040 e criação de centros de referência em plantas medicinais e fitoterápicos em diferentes estados.  
1041 Além disso, citou projeto voltados à bioeconomia (TED) voltado à ampliação e qualificação da  
1042 capacidade nacional da cadeia produtiva em PMF, qualificação da Assistência farmacêutica em  
1043 PMF, pesquisa e inovação e apoio à gestão da PNPMF. Citou ainda o ACT com MDA voltado à  
1044 assistência farmacêutica e à agricultura familiar com a finalidade de construir um programa de  
1045 aquisição, qualificar prescritores, realizar mapeamentos e criar unidades de referência e apoio.  
1046 Por fim, ressaltou que a Política busca consolidar uma fitoterapia estruturada no país, baseada  
1047 no território, na agricultura familiar, na capacitação profissional e na segurança sanitária,  
1048 defendendo que o fortalecimento dessas ações permitirá ampliar o acesso da população e  
1049 desenvolver modelo próprio de produção e uso de plantas medicinais no SUS. Concluídas as  
1050 exposições, a mesa abriu para manifestações. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**  
1051 manifestou preocupação quanto à qualidade e segurança das plantas medicinais,  
1052 especialmente em relação ao uso de agrotóxicos, que pode comprometer a saúde de  
1053 agricultores e consumidores, a eficácia terapêutica dos fitoterápicos e o meio ambiente.  
1054 Apontou ainda riscos de biopirataria, ausência de assistência técnica, dificuldades de  
1055 certificação e financiamento e perda de biodiversidade decorrente de monoculturas. Defendeu  
1056 o incentivo à agroecologia, à produção orgânica, à rastreabilidade e à proteção dos  
1057 conhecimentos tradicionais, questionando como o SUS pode garantir uso seguro das plantas  
1058 medicinais sem enfrentar o modelo produtivo baseado em agrotóxicos. Conselheiro **Getúlio**  
1059 **Vargas de Moura Filho** ressaltou que as plantas medicinais podem complementar os  
1060 tratamentos convencionais e ampliar o acesso à saúde, tanto no meio rural quanto urbano.  
1061 Sugeriu a implantação de hortas comunitárias e iniciativas em áreas urbanas e cozinhas  
1062 comunitárias, valorizando saberes populares, comunidades tradicionais e povos originários,  
1063 defendendo o aprofundamento da política pública nessa área. Conselheira **Rosaura de**  
1064 **Oliveira Rodrigues** destacou a importância da segurança científica na prescrição de  
1065 fitoterápicos e da qualidade das pesquisas realizadas sobre esses medicamentos. Ressaltou o  
1066 potencial das hortas urbanas e da participação comunitária na preservação do conhecimento  
1067 tradicional e afirmou que a organização produtiva pode gerar autonomia econômica para  
1068 mulheres, inclusive com impacto na redução de situações de violência. Conselheiro **José**  
1069 **Oliveira da Silva** afirmou que a preocupação com agrotóxicos deve abranger todo o sistema  
1070 alimentar e não apenas os fitoterápicos. Defendeu políticas de comercialização para garantir  
1071 renda à agricultura familiar, a articulação com programas públicos e a importância do  
1072 saneamento rural. Também destacou a relevância da regulamentação do cultivo de *cannabis*  
1073 para fins medicinais como tema a ser incorporado ao debate em saúde. Conselheira **Elgiane**  
1074 **de Fatima Machado Lago** relatou sua experiência como agricultora familiar e ressaltou a  
1075 importância do Programa para permitir que comunidades produzam seus próprios  
1076 medicamentos com segurança e geração de renda. Destacou também a expectativa de  
1077 regulamentação que permita produzir e comercializar fitoterápicos, sem penalizações e com

1078 reconhecimento do trabalho das agricultoras. Por fim, manifestou sua satisfação em  
1079 representar o Conselho no Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e reforçou o  
1080 seu compromisso com essa representação. Conselheira **Lucimary Santos Pinto**,  
1081 coordenadora adjunta da CIPPIS/PCS/CNS, enfatizou que plantas medicinais e fitoterápicos  
1082 fortalecem a agricultura familiar, ampliam a autonomia das famílias e contribuem para a saúde  
1083 pública por meio de tratamentos mais acessíveis e de menor custo. Nessa linha, defendeu o  
1084 fortalecimento da Política e a valorização dos conhecimentos tradicionais no SUS. Conselheiro  
1085 **Abraão Nunes da Silva** defendeu maior priorização política e investimento público no  
1086 desenvolvimento da fitoterapia, com fortalecimento da pesquisa nacional e redução da  
1087 dependência de importação de medicamentos. Apresentou, inclusive, a proposta de solicitar  
1088 reunião com o Ministro da Saúde a fim de impulsionar a Política e ampliar seu financiamento e  
1089 institucionalização. Conselheira **Lúcia Xavier** apresentou questionamentos ao Ministério da  
1090 Saúde sobre a existência de plano específico de bioeconomia em saúde, previsão de parcerias  
1091 produtivas e integração da biotecnologia à estratégia do Complexo Econômico-Industrial da  
1092 Saúde, indicando a necessidade de articulação entre a política de plantas medicinais e a  
1093 política industrial em saúde. Finalizadas as intervenções, a mesa retornou à mesa. Conselheira  
1094 **Cristiane Pereira dos Santos** retomou a palavra registrando solidariedade institucional à  
1095 Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares -  
1096 CONTAG diante das dificuldades enfrentadas pela entidade, manifestando apoio político do  
1097 Conselho. Na sequência, concedeu a palavra às pessoas expositoras. O consultor técnico da  
1098 CGAFB/DAF/SCTIE/MS, **Victor Doneida**, em resposta às manifestações, destacou que os  
1099 investimentos recentes na política demonstraram resultados concretos: após o repasse de  
1100 recursos aos municípios, observou-se, em quatro meses, aumento de 6% no volume de  
1101 estoque de fitoterápicos, crescimento de 14% no número de produtos disponíveis e ampliação  
1102 de 16% no número de municípios com pelo menos um fitoterápico, chegando a 19% nos  
1103 municípios de menor desenvolvimento humano. Avaliou que a Política contribui para dar  
1104 visibilidade e respaldo institucional a práticas já existentes nos territórios, historicamente  
1105 tratadas como informais. Elucidou ainda que a legislação sanitária é rigorosa quanto ao  
1106 medicamento industrializado, mas que a Política também contempla o uso de plantas  
1107 medicinais in natura e secas, possibilitando ampliação do acesso. Informou que iniciativas de  
1108 pesquisa existem, embora ainda não estruturadas especificamente como agenda nacional de  
1109 bioeconomia, sugerindo aprofundamento do tema com áreas técnicas do Ministério da Saúde.  
1110 O Secretário de Políticas Sociais da CONTAG, **Antônio Erinaldo Lima**, agradeceu o  
1111 reconhecimento do Conselho e afirmou a seriedade institucional da Confederação. Em  
1112 seguida, explicou que o Programa prevê capacitação prévia dos grupos participantes para  
1113 garantir qualidade da produção e certificação orgânica. Destacou o potencial produtivo da  
1114 agricultura familiar brasileira, responsável por parcela significativa dos alimentos consumidos  
1115 no país (72%), e avaliou que a inserção das plantas medicinais pode ampliar renda, autonomia  
1116 e geração de trabalho, especialmente para mulheres rurais. Por fim, agradeceu a parceria com  
1117 a FIOCRUZ e o Conselho pelo espaço. O Coordenador de Integração Estratégica do  
1118 Colaboratório da FIOCRUZ, **Wagner de Jesus Martins**, agradeceu as contribuições  
1119 apresentadas no debate e afirmou que o Programa está sendo construído a partir das bases  
1120 territoriais, com participação de diferentes ministérios e caráter intersetorial. Frisou que a  
1121 iniciativa dialoga com os conceitos de saúde única e saúde planetária, integrando saúde  
1122 humana, ambiental e social. Argumentou que a bioeconomia das plantas medicinais pode  
1123 constituir alternativa ao modelo produtivo predatório, especialmente pelo estímulo à  
1124 agroecologia e pela articulação entre assistência técnica, pesquisa e conhecimento popular.  
1125 Destacou a valorização do pesquisador popular e das tecnologias sociais, bem como a  
1126 implantação de hortos agroflorestais em unidades básicas de saúde e a necessidade de  
1127 rastreabilidade das plantas desde a origem até o produto final, com participação de instituições  
1128 de pesquisa. Concluiu afirmando que a iniciativa busca consolidar cadeia produtiva completa,  
1129 do cultivo à dispensação no SUS, fortalecendo economia solidária, geração de renda e bem-  
1130 viver. **A seguir, a mesa compilou as propostas que surgiram do debate, a saber: 1) incentivar a agroecologia e a produção orgânica de plantas medicinais, respeitando os territórios, os saberes tradicionais e a biodiversidade; 2) estimular ações de educação e formação sobre o tema, articulando saberes populares, ancestrais e o conhecimento científico; 3) pensar e desenvolver possibilidades de inserção nas cozinhas comunitárias, articulando alimentação saudável, cuidado e geração de renda; 4) ampliar e divulgar, sem medo de produzir, contemplando e fortalecendo as famílias agricultoras e as economias locais; 5) contribuir para o fortalecimento do SUS, valorizando as**

1138 **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a soberania do cuidado; e 6)**  
1139 **solicitar reunião com Ministro Alexandre Padilha para dialogar sobre a possibilidade de**  
1140 **expansão da Política Nacional de plantas medicinais e Fitoterápicos- PNPMP.** Não  
1141 havendo manifestações sobre as propostas, a mesa agradeceu a participação das pessoas  
1142 convidadas e encerrou este ponto de pauta. **ITEM 6 – ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA**  
1143 **“AGORA TEM ESPECIALISTAS”** - Diretriz II - Atenção equânime aos territórios, com alocação  
1144 de recursos conforme parâmetros técnicos, com foco em regiões com maior tempo médio de  
1145 espera em relação à população e índices que caracterizam desigualdades regionais. Diretriz V  
1146 - Qualificação dos serviços especializados, com ênfase em estratégias de educação  
1147 permanente, comunicação e saúde digital. Diretriz X - Comunicação direta com cidadãos,  
1148 gestores e trabalhadores de saúde, assegurando informação clara, acessível e transparente  
1149 sobre situação da lista de espera, tempo estimado de atendimento e critérios de prioridade.  
1150 *Apresentação:* **Ana Luisa Afonso Guimarães**, Diretora adjunta do Departamento de  
1151 Estratégias para a Expansão e a Qualificação da Atenção Especializada - DEEQAE/SAES/MS;  
1152 **Maria Aparecida Cina da Silva**, Secretária Adjunta da SEIDIGI/MS; **Marcos Pedrosa**,  
1153 assessor da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS.  
1154 *Coordenação:* conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro  
1155 **Getúlio Vargas de Souza**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Priscila Torres da Silva**,  
1156 integrante da Mesa Diretora do CNS, abriu o ponto de pauta saudando todas as pessoas e  
1157 informando tratar-se da etapa final de apresentação das diretrizes do Programa “Agora Tem  
1158 Especialistas”. Ressaltou que as diretrizes em debate referiam-se: à atenção equânime aos  
1159 territórios com alocação de recursos conforme parâmetros técnicos; à qualificação dos serviços  
1160 especializados por meio de educação permanente, comunicação e saúde digital; e à  
1161 comunicação direta com cidadãos, gestores e trabalhadores de saúde sobre listas de espera,  
1162 tempo estimado de atendimento e critérios de prioridade. Conselheiro **Getúlio Vargas de**  
1163 **Souza**, integrante da Mesa Diretora do CNS, recordou que o programa foi apresentado ao  
1164 Conselho em meados de 2025 e, desde então, passou a ser acompanhado sistematicamente  
1165 pelo Pleno, com exposição progressiva de suas treze diretrizes. Destacou que, encerrado este  
1166 ciclo de apresentações, o Conselho passaria à fase de monitoramento do Programa.  
1167 Aproveitou para agradecer a disponibilidade da equipe ministerial em compartilhar dados  
1168 iniciais de financiamento e implementação do Programa. Feitas essas considerações iniciais,  
1169 abriu a palavra às pessoas convidadas para as exposições. A primeira expositora foi a Diretora  
1170 adjunta do DEEQAE/SAES/MS, **Ana Luisa Afonso Guimarães**, que iniciou cumprimentando o  
1171 Plenário do Conselho e agradecendo o espaço de diálogo com o controle social. Recordou que  
1172 o Programa integra estratégia nacional de ampliação da oferta de serviços especializados com  
1173 objetivo de reduzir o tempo de espera por atendimentos e procedimentos. Destacou que o  
1174 acompanhamento do Conselho permite avaliar resultados e realizar ajustes a partir das  
1175 contribuições dos territórios e dos atores do sistema de saúde. Recuperou que o Programa  
1176 está organizado como prestação complementar de serviços especializados pela União em  
1177 apoio a estados e municípios, envolvendo múltiplas estratégias e cooperação interfederativa.  
1178 Sobre a Modalidade 1, Credenciamento universal de estabelecimentos, recordou que está  
1179 destinada a ampliar a capacidade de oferta assistencial por meio de contratação  
1180 complementar. Informou que foram apresentadas centenas de propostas de adesão em  
1181 diversos estados, com parte já pré-aprovada e outras em análise, evidenciando forte interesse  
1182 dos territórios em ampliar a oferta de consultas, exames e cirurgias. Disse, contudo, que o  
1183 Ministério da Saúde tem priorizado o fortalecimento da rede pública existente antes da  
1184 execução dessa modalidade, buscando utilizar plenamente a capacidade instalada do SUS,  
1185 motivo pelo qual ainda não foram iniciadas intervenções diretas nesse eixo. Na sequência,  
1186 apresentou a modalidade 2 de intervenções territoriais, realizada em parceria com a Agência  
1187 Brasileira de Apoio à Gestão do SUS e o Grupo Hospitalar Conceição, com utilização da  
1188 capacidade ociosa dos estabelecimentos de saúde. Relatou ações realizadas no Amazonas,  
1189 nos municípios de Manacapuru e Itacoatiara, com cirurgias e atendimentos especializados,  
1190 bem como expansão prevista para outros municípios da Região Norte, como Santarém e  
1191 Macapá. Mostrou alguns sobre as próximas ações: Santarém (PA) 1500 cirurgias  
1192 oftalmológicas - início 02/02; 350 cirurgias ginecológicas - início 19/02; e Macapá (AP) 129  
1193 cirurgias ginecológicas - Início 26/02. Detalhou que a estratégia consiste em intervenções  
1194 temporárias organizadas a partir das filas existentes, permitindo redução da demanda  
1195 reprimida e diminuição da pressão assistencial. Destacou que a prioridade regional decorre da  
1196 identificação de maior carência de profissionais e infraestrutura, buscando reduzir  
1197 desigualdades de acesso entre regiões do país. A seguir, apresentou dados sobre o

1198 componente das unidades móveis (carretas), voltadas ao atendimento especializado em  
1199 microrregiões de saúde. Informou que o Programa conta com 47 carretas e alcançou dezenas  
1200 de unidades, distribuídas em três tipologias: exames de imagem, saúde da mulher e cirurgias  
1201 oftalmológicas, com milhares de pessoas atendidas (21.466) e grande volume de  
1202 procedimentos realizados (57.948). Destacou que a inovação reside na integração dessas  
1203 unidades ao arranjo regulatório local, garantindo atendimento de pacientes previamente  
1204 regulados e efetiva redução do tempo de espera. Ressaltou a relevância para o diagnóstico  
1205 precoce de câncer de mama e colo do útero e para realização de cirurgias oftalmológicas em  
1206 regiões sem estrutura especializada. Também trouxe quadros com dados sobre o atendimento  
1207 dessas unidades móveis da atenção especializada (carretas), por município. Em seguida,  
1208 detalhou o componente de créditos financeiros e ressarcimento ao SUS, mecanismo que  
1209 permite converter dívidas tributárias ou de operadoras de saúde em prestação direta de  
1210 serviços assistenciais. Explicou que, ao invés de retorno financeiro ao Tesouro, o recurso é  
1211 imediatamente revertido em consultas, exames e cirurgias para a população. Informou que  
1212 centenas de propostas foram analisadas e cerca de duzentas foram aprovadas, além de  
1213 dezenas de instituições contratadas (33), com investimento adicional significativo no sistema de  
1214 saúde (R\$ 175.390.487,31). Detalhou que a aprovação depende de avaliação da capacidade  
1215 estrutural e profissional dos estabelecimentos e de pactuação nas Comissões Intergestores  
1216 Bipartite, observando diferenças regionais quanto à velocidade de adesão e contratação.  
1217 Relatou também alterações normativas recentes que regulamentaram o componente e  
1218 estabeleceram a interveniência do Ministério da Saúde nos contratos, garantindo que estados e  
1219 municípios não assumam ônus financeiro direto pela execução das ações. Detalhando, disse  
1220 que dez propostas foram aprovadas, dezenove estabelecimentos e três termos em execução  
1221 (um no Recife; e dois no Rio de Janeiro), totalizando quase R\$ 11 milhões, viabilizando mais  
1222 de 2.200 cirurgias/3.180 OCl. Continuando, apresentou dados de produção ambulatorial e  
1223 cirúrgica, indicando crescimento das ofertas de cuidado integrado e ampliação do acesso.  
1224 Apontou que o Programa contribuiu para elevar significativamente o número de cirurgias  
1225 realizadas no país, com aumento de quase quatro milhões de procedimentos em comparação  
1226 ao período anterior. Explicou que esse resultado decorre da articulação interfederativa, do  
1227 financiamento adicional, da regulação assistencial e da participação do controle social.  
1228 Ressaltou que cada cirurgia representa a resolução concreta do sofrimento de um usuário em  
1229 fila de espera e exige estrutura hospitalar complexa, equipe multiprofissional e organização da  
1230 rede. Por fim, frisou que o Programa “Agora Tem Especialistas” constitui estratégia estruturante  
1231 para enfrentar desigualdades regionais, reduzir vazios assistenciais e qualificar o acesso à  
1232 atenção especializada no SUS. Em seguida, a Secretária Adjunta da SEIDIGI/MS, **Maria**  
1233 **Aparecida Cina da Silva**, falou sobre o componente de saúde digital do programa, informando  
1234 que a estratégia está ancorada no Programa SUS Digital, instituído pela Portaria nº.  
1235 3.232/2024, cujo objetivo consiste em promover a transformação digital do SUS, integrando  
1236 tecnologias à gestão e à assistência em saúde. Explicou que a saúde digital estrutura-se em  
1237 eixos voltados à tele saúde, comunicação e monitoramento do atendimento e governança  
1238 compartilhada entre especialistas, gestores estaduais e municipais. Informou que o  
1239 componente tem como finalidades reduzir o tempo de espera por atendimento especializado,  
1240 organizar a regulação assistencial, acompanhar a jornada do paciente e qualificar a  
1241 comunicação com o cidadão, integrando informações anteriormente fragmentadas. Destacou a  
1242 utilização de plataformas digitais voltadas aos diferentes atores do sistema. Afirmou que o  
1243 aplicativo Meu SUS Digital permite acompanhar agendamentos, atendimentos e dados de  
1244 saúde, enquanto ferramenta específica para profissionais possibilita acesso às informações  
1245 clínicas dos pacientes. Informou ainda que sistema destinado aos gestores encontra-se em  
1246 fase de desenvolvimento, visando subsidiar a formulação de políticas públicas a partir de dados  
1247 assistenciais consolidados. Relatou que a infraestrutura tecnológica baseia-se na Rede  
1248 Nacional de Dados em Saúde, responsável por garantir segurança e interoperabilidade das  
1249 informações, permitindo acompanhamento longitudinal da saúde do indivíduo ao longo da vida.  
1250 Ressaltou a importância da proteção de dados pessoais e da preservação das informações  
1251 clínicas dos usuários do SUS. Apresentou, ainda, os canais de comunicação direta com o  
1252 cidadão, incluindo notificações eletrônicas sobre agendamentos e lembretes de atendimento,  
1253 além de mecanismos de avaliação do serviço prestado. Informou que milhares de mensagens  
1254 já foram enviadas a usuários para confirmação e acompanhamento de consultas e  
1255 procedimentos, contribuindo para reduzir faltas e melhorar a organização das filas. No campo  
1256 da infraestrutura, destacou ações de conectividade em regiões de difícil acesso, incluindo  
1257 territórios indígenas, bem como expansão da internet em unidades de saúde, condição

1258 necessária para funcionamento da telesaúde. Apresentou as modalidades de telesaúde  
1259 implementadas, abrangendo teleconsultoria, telediagnóstico, teleinterconsulta, teleconsulta,  
1260 teletriagem e teleregulação, além da elaboração de protocolos de cuidado em especialidades  
1261 prioritárias. Informou que a rede nacional de telesaúde foi ampliada para todos os estados e  
1262 que equipamentos foram distribuídos a centenas de municípios para viabilizar os atendimentos  
1263 remotos (1928 kits foram entregues em 999 municípios). Por fim, destacou que o Programa  
1264 conta com monitoramento e avaliação permanentes por meio de painéis públicos de dados,  
1265 permitindo acompanhamento das ações por gestores e controle social. Por último, expôs o  
1266 assessor da SGTES/MS, **Marcos Pedrosa**, que apresentou o componente de formação e  
1267 provimento profissional do programa. Inicialmente, destacou que o objetivo central do “Agora  
1268 Tem Especialistas” - reduzir o tempo de espera e ampliar a qualidade e a integralidade do  
1269 acesso - exige intervenções desde a Atenção Primária à Saúde, local onde frequentemente se  
1270 inicia o cuidado. Informou que, por essa razão, a estratégia articula-se ao Programa Mais  
1271 Médicos, responsável por ampliar o acesso e qualificar a resolutividade da atenção primária.  
1272 Relatou que o Programa mais Médicos Especialistas conta com dezenas de milhares de vagas  
1273 de médicos nas equipes de saúde da família, com grande parte dos profissionais em formação  
1274 na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, incluindo trilhas formativas  
1275 específicas para contextos diferenciados, como atenção à população em situação de rua e  
1276 populações do campo, da floresta e das águas. Explicou que, além da formação na atenção  
1277 primária, a iniciativa prevê aperfeiçoamento e provimento de especialistas para serviços com  
1278 capacidade ociosa ou localizados em áreas de difícil fixação de profissionais, mediante  
1279 cooperação entre União, estados e municípios e pactuação regional nas comissões  
1280 intergestores. Informou que a adesão parte dos municípios e dos serviços hospitalares,  
1281 reconhecidos como prioritários pelos gestores locais. Apresentou oferta de formações em nível  
1282 de aperfeiçoamento em diversas especialidades, integradas à rede de atenção regional,  
1283 permitindo ampliar rapidamente consultas e procedimentos. Exemplificou que hospitais com  
1284 equipamentos subutilizados podem aderir ao programa e receber especialistas acompanhados  
1285 por centros de excelência e hospitais parceiros, garantindo apoio técnico e qualificação do  
1286 atendimento. Informou que centenas de profissionais já atuavam no Programa, com  
1287 predominância de alocação em cidades do interior, demonstrando a capacidade da iniciativa de  
1288 interiorizar especialistas e reduzir desigualdades regionais. Apresentou ainda as áreas de  
1289 maior adesão formativa, incluindo anestesiologia perioperatória e sedação segura, cirurgia  
1290 geral minimamente invasiva, colposcopia, diagnóstico mamário e cirurgia minimamente  
1291 invasiva, destacando que essas especialidades dialogam diretamente com as demandas do  
1292 SUS e com a incorporação tecnológica na atenção especializada. Abordou a retomada do  
1293 Programa de Residências em Saúde (Pró-Residência), com financiamento federal para  
1294 expansão de programas de residência médica e multiprofissional, priorizando regiões com  
1295 escassez de especialistas e especialidades estratégicas para o sistema de saúde. Informou  
1296 que foram contemplados 1.023 programas de residência médica, com total de 2.199 bolsas  
1297 concedidas, em praticamente todas as unidades da federação, condicionados à avaliação de  
1298 qualidade pelas comissões nacionais de residência. No caso da residência em área profissional  
1299 da saúde, foram contemplados 169 PRAPS, sendo mil novas bolsas concedidas. Destacou  
1300 também iniciativas voltadas à formação técnica estratégica, incluindo cursos técnicos e  
1301 especializações em áreas essenciais ao funcionamento da rede assistencial, como radiologia,  
1302 enfermagem, órteses e próteses e manutenção de equipamentos biomédicos, realizados em  
1303 parceria com escolas técnicas do SUS, institutos federais e universidades federais. Informou  
1304 previsão de 4 mil vagas para essas formações, voltadas a apoiar, por exemplo, serviços  
1305 oncológicos e funcionamento de equipamentos de alta complexidade. Concluiu afirmando que  
1306 o conjunto de ações de formação, provimento e qualificação profissional constitui eixo  
1307 estruturante do programa, articulado ao fortalecimento regionalizado da rede de atenção e à  
1308 ampliação do acesso à atenção especializada. Concluídas as apresentações, foi aberta a  
1309 palavra para manifestações. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** agradeceu as  
1310 exposições e, na condição de representante do CNS no comitê de acompanhamento do  
1311 Programa, considerou importante o monitoramento da iniciativa pelo Conselho. Solicitou  
1312 informações acerca do funcionamento das unidades móveis (“carretas”), questionando se os  
1313 atendimentos obedecem às filas reguladas e como ocorre a articulação com a rede de  
1314 regulação local, bem como o retorno dos usuários à rede para acompanhamento posterior ao  
1315 procedimento. Indagou também sobre a execução financeira, valores contratados, dificuldades  
1316 de aprovação nas instâncias gestoras e distribuição desigual entre estados. Reforçou a  
1317 relevância da formação de profissionais de nível técnico para operação de equipamentos.

1318 Também manifestou preocupação com a pouca visibilidade da atenção primária à saúde na  
1319 implementação do Programa, solicitando maior participação da área. Por fim, reforçou a  
1320 necessidade da presença mais frequente de representantes do Ministério da Saúde nas  
1321 reuniões do Conselho. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** avaliou positivamente o  
1322 acompanhamento do Programa pelo Conselho, mas questionou a participação de operadoras  
1323 privadas em projetos aprovados, solicitando informações sobre a prestação de serviços ao  
1324 SUS. Perguntou quais tipos de cirurgias foram realizados e como se organiza a continuidade  
1325 do cuidado e a reabilitação após os procedimentos. Requereu ainda acesso a dados sobre  
1326 impactos formativos do SUS Digital e sugeriu maior facilidade de utilização das ferramentas por  
1327 estudantes e usuários. Por fim, reiterou a necessidade de integração efetiva do Programa com  
1328 a atenção primária à saúde. Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** declarou que faria  
1329 avaliação mais consistente após período maior de execução, afirmando que, até o momento,  
1330 ainda não percebia resultados concretos na ponta dos serviços. Conselheiro **Mauri Bezerra  
1331 dos Santos** apresentou avaliação distinta, reconhecendo avanços com a implementação do  
1332 Programa. Considerou que a estratégia vem evoluindo gradualmente e pode contribuir para  
1333 redução das filas assistenciais, destacando a importância da divulgação pública do Programa e  
1334 da identificação das ações como políticas do SUS. Ressaltou, contudo, a necessidade de  
1335 atenção ao contexto político e de continuidade das ações para consolidação dos resultados ao  
1336 longo dos anos. Conselheira **Priscila Torres da Silva** destacou a importância da comunicação  
1337 direta com os usuários, apontando que a utilização de ferramentas digitais institucionais  
1338 respondeu a demanda anteriormente apresentada pelo Conselho. Avaliou que a comunicação  
1339 pelo próprio SUS qualifica o acompanhamento, protege dados dos usuários e fortalece o  
1340 controle social. Ressaltou ainda a relevância dos atendimentos realizados para pessoas com  
1341 demanda reprimida e defendeu a manutenção do diálogo permanente com o Conselho, mesmo  
1342 após a conclusão dos trabalhos do comitê. Conselheira **Maria Cecília Jorge Branco de  
1343 Oliveira** apresentou reflexão a partir de relato de profissional médico sobre rastreamento por  
1344 mutirões de mamografia, alertando que a realização de exames sem garantia de diagnóstico e  
1345 tratamento em tempo oportuno pode agravar o prognóstico dos pacientes. Destacou a  
1346 necessidade de organizar toda a linha de cuidado - rastreamento, diagnóstico e tratamento -  
1347 de forma contínua na rede de saúde. Conselheiro **Elenilson Silva de Souza** questionou a  
1348 estratégia para alcançar regiões remotas, especialmente locais acessíveis apenas por via  
1349 aérea ou fluvial. Indagou sobre medidas para áreas com escassez de especialistas, citando  
1350 exemplos de municípios do Estado do Acre onde não houve adesão de profissionais ao  
1351 Programa. Encerradas as inscrições, a mesa abriu para comentários sobre as falas. Antes das  
1352 considerações das pessoas convidadas, conselheiro **Fausto Soriano Estrela Neto**,  
1353 responsável pelo acompanhamento do Programa por parte da Secretaria Executiva do  
1354 Ministério da Saúde, fez algumas considerações. Agradeceu o debate e destacou a  
1355 complexidade do Programa, que envolve diversas secretarias da pasta e monitoramento  
1356 permanente pela alta e média gestão, além da equipe técnica. Informou que a condução ocorre  
1357 por reuniões semanais de acompanhamento, com participação de dirigentes e equipes  
1358 técnicas, diante do reconhecimento de que o acesso à atenção especializada constitui um dos  
1359 principais desafios históricos do SUS. Assinalou que, por muitos anos, inexistiram diretrizes  
1360 nacionais estruturadas para essa área, o que levou estados e municípios a adotarem  
1361 estratégias próprias, ampliando a heterogeneidade organizacional da rede. Explicou que o  
1362 Programa busca transformar diretrizes em atendimento concreto à população, combinando  
1363 ações emergenciais e medidas estruturantes. Indicou que a execução envolve diferentes  
1364 modalidades, como contratualização de serviços, crédito financeiro, credenciamento e  
1365 unidades móveis, além de ajustes normativos em curso para dar maior celeridade à  
1366 implementação. Em relação às unidades móveis, ressaltou que não se tratam de mutirões, mas  
1367 de estratégia complementar, vinculada às filas reguladas dos estados e municípios, com  
1368 compromisso de continuidade do cuidado após o atendimento. Explicou que a lógica do  
1369 Programa é garantir o percurso completo do usuário, da consulta ao tratamento, articulando  
1370 diagnóstico, exames e acompanhamento terapêutico. Informou também que o Ministério tem  
1371 dialogado com gestores locais sempre que surgem dificuldades estruturais, inclusive ausência  
1372 de equipamentos ou capacidade instalada nos serviços. Acrescentou que o programa combina  
1373 medidas emergenciais para redução da demanda reprimida com investimentos estruturantes,  
1374 como ampliação da resolutividade da Atenção Primária, distribuição de equipamentos,  
1375 expansão de serviços diagnósticos e implantação de policlínicas, visando deixar legado  
1376 permanente para a rede assistencial. Na sequência, a diretora adjunta do DEEQA/SAES/MS,  
1377 **Ana Luisa Afonso Guimarães**, elucidou dúvidas relativas às unidades móveis, afirmando que

1378 os atendimentos são realizados exclusivamente por meio de regulação, sem demanda  
1379 espontânea. Informou que as carretas realizam inclusive biópsias quando necessárias e que,  
1380 antes de sua instalação, ocorre reunião com gestores e serviços para organização do fluxo  
1381 assistencial e garantia de encaminhamento imediato dos casos diagnosticados. Reforçou que a  
1382 estratégia prevê navegação do paciente e articulação com a rede local, evitando realização de  
1383 exames sem continuidade terapêutica. Citou ainda a busca de articulação com a Marinha para  
1384 garantir barcos hospitalares e chegar a áreas onde as carretas não conseguem ir. Destacou  
1385 também que os atendimentos prestados por estabelecimentos privados, no âmbito do  
1386 ressarcimento ou abatimento de dívidas, dependem da escolha do gestor público e somente  
1387 geram compensação financeira após a prestação efetiva do serviço ao usuário regulado pelo  
1388 SUS. Na sequência, a mesa fez a leitura dos encaminhamentos que surgiram do debate: **1)**  
1389 fortalecer a articulação entre os serviços ofertados pelas carretas do programa e a Rede de  
1390 Atenção Primária à Saúde dos territórios; **2)** incidir na gestão dos territórios, por meio das  
1391 Comissões Intergestores Bipartites – CIBs, para destravar barreiras institucionais e  
1392 operacionais no processo de implementação do Programa; **3)** qualificar a formação técnica dos  
1393 trabalhadores de nível técnico vinculados ao Programa, por meio de estratégias de educação  
1394 permanente; **4)** cobrar a participação efetiva da Secretaria de Atenção Primária à Saúde –  
1395 SAPS/MS e de sua gestão no Ministério da Saúde no acompanhamento do Programa; **5)**  
1396 convocar reunião do Comitê de Acompanhamento do CNS para organizar apresentação ao  
1397 Plenário sobre o monitoramento do Programa; **6)** apresentar ao Plenário, na reunião ordinária  
1398 do mês de fevereiro, a sistematização do monitoramento realizado pelo Comitê de  
1399 Acompanhamento do CNS; **7)** realizar reunião de monitoramento, no mês de março, com  
1400 apresentação dados sobre a efetivação do programa no território nacional; **8)** consolidar e  
1401 apresentar dados sobre a execução financeira do Programa, em articulação com a  
1402 COFIN/CNS; **9)** levar os questionamentos do Pleno do Conselho apresentados nas discussões  
1403 deste tema à COFIN/CNS para debate e respostas, a partir das informações do Ministério da  
1404 Saúde; e **10)** apresentar ao Pleno do Conselho os primeiros dados sistematizados sobre  
1405 financiamento e execução do Programa. Acrescentou que Comitê de Acompanhamento fará  
1406 apresentação sobre o monitoramento do Programa, na reunião ordinária do mês de fevereiro e,  
1407 no mês de março, a proposta é que o Ministério da Saúde apresente os resultados do  
1408 Programa. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** registrou que os encaminhamentos  
1409 estavam em consonância com debates anteriores e comunicou que a COFIN/CNS receberá  
1410 apresentação com dados financeiros e de execução do Programa, visando aprofundar o  
1411 monitoramento. **Não havendo objeções do Pleno, os encaminhamentos foram**  
1412 **considerados acatados.** Após agradecer a presença das pessoas convidadas, a mesa  
1413 encerrou este ponto de pauta. A seguir, foi reproduzido vídeo em comemoração aos 89 anos  
1414 do CNS, em cerimônia simbólica. A seguir, todas as pessoas foram convidadas a participar de  
1415 um lanche festivo. Com isso, a mesa encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes  
1416 as seguintes pessoas conselheiras na tarde do primeiro dia: *Titulares* - **Abraão Nunes da**  
1417 **Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Antonio Eraldo Lima Vasconcelos**,  
1418 Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares  
1419 (CONTAG); **Carmem Sílvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT;  
1420 **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Elenilson**  
1421 **Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase -  
1422 MORHAN); **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do  
1423 Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –  
1424 FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio**  
1425 **Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM);  
1426 **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves**  
1427 **Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE  
1428 CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina  
1429 Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na  
1430 Saúde (CNTS); **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Maria**  
1431 **Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down  
1432 (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em  
1433 Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do  
1434 Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação  
1435 Nacional da Indústria (CNI); **Paula Johns**, Associação de Controle do Tabagismo, Promoção  
1436 da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo**  
1437 **Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e

1438 Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de  
1439 Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e  
1440 Negras Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de  
1441 Nutrição (ASBRAN); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida  
1442 (REDEUNIDA); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
1443 (CNBB); e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE).  
1444 *Suplentes* – **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,  
1445 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Ana Carolina Freire Lopes**, Conselho Federal de  
1446 Psicologia (CFP); **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF);  
1447 **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Eurídice Ferreira de**  
1448 **Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições  
1449 de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Fausto Soriano Estrela Neto**, Ministério da Saúde  
1450 (MS); **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Gilson**  
1451 **Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de  
1452 Secretários de Saúde (CONASS); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT);  
1453 **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Maria Cecília Jorge**  
1454 **Branco Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças  
1455 Graves, Raras e Deficiências (AFAG); **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde  
1456 (MS); **Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética  
1457 (SBB); **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Rafael**  
1458 **Gomes Ditterich**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Renata Soares de Souza**,  
1459 Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosaura de Oliveira Rodrigues**  
1460 **Entidade**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS);  
1461 **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Silvia Cavalleire**  
1462 **da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT); e **Thâmara Gonçalves dos Reis**, Conselho  
1463 Federal de Biologia (CFBIO). Retomando, a mesa iniciou os trabalhos do segundo dia, com  
1464 saudação às pessoas presentes e as que acompanhavam a reunião e composição da mesa  
1465 para debate do item 7 da pauta. **ITEM 7 - APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE**  
1466 **DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NO SUS - PNDL - Apresentação:** **Maria Elizabeth**  
1467 **Menezes**, Presidenta da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas - SBAC; **Thaynah Rocha**  
1468 **Alencar Guedes**, Analista Técnica da Coordenação-Geral de Atenção Especializada -  
1469 CGAE/DAET/SAES/MS; **Wilson Shcolnik**, Diretor de Relações Institucionais da Sociedade  
1470 Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial - SBPC/ML; e Conselheira **Débora**  
1471 **Melecchi**, coordenadora da CICTAF/CNS. *Coordenação:* conselheira **Vânia Lúcia Ferreira**  
1472 **Leite**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da Comissão Intersetorial Atenção à Saúde  
1473 nos Ciclos de Vida - CIASCV/CNS; e conselheira **Priscila Torres**, da Mesa Diretora do CNS.  
1474 Iniciando este ponto de pauta, conselheira **Débora Melecchi**, coordenadora da CICTAF/CNS,  
1475 contextualizou a pauta, informando que o tema havia sido previamente debatido em articulação  
1476 entre a CICTAF e a CIASCV/CNS, destacando que o diagnóstico laboratorial deve ser  
1477 compreendido como atividade estratégica para o fortalecimento do SUS e como política  
1478 estruturante de Estado. Ressaltou que a proposta não deveria ser tratada de forma isolada,  
1479 devendo articular-se com a assistência farmacêutica, a vigilância em saúde e a atenção básica,  
1480 por ser no território onde se desenvolve a vida e o cuidado. Destacou ainda a importância da  
1481 Política para o fortalecimento do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e do  
1482 trabalho multiprofissional e interdisciplinar, incluindo a atuação de profissionais da Farmácia no  
1483 processo diagnóstico. A primeira expositora foi a presidenta da SBAC, **Maria Elizabeth**  
1484 **Menezes**, apresentou a proposta de criação da Política Nacional de Diagnóstico Laboratorial,  
1485 explicando que o documento serviu de base para projeto de lei em tramitação no Congresso  
1486 Nacional. Relatou que a construção da proposta iniciou-se em 2022 e avançou em diálogo com  
1487 a assistência farmacêutica e com instâncias do controle social, tendo sido inicialmente  
1488 apresentada à Comissão Intersetorial Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida - CIASCV/CNS.  
1489 Definiu o diagnóstico laboratorial como pilar estratégico da atenção integral e da vigilância em  
1490 saúde, além de componente relevante para a soberania tecnológica nacional. Informou que o  
1491 país precisa de uma PNDL, porque grande parte dos exames do SUS é realizada por  
1492 laboratórios privados de pequeno e médio porte contratualizados, responsáveis pela  
1493 capilaridade da rede assistencial. Avaliou que a ausência de integração entre sistemas,  
1494 fragilidades na gestão e inexistência de diretrizes nacionais específicas contribuem para  
1495 desigualdades no acesso e na qualidade do atendimento. Sustentou que a política busca  
1496 estabelecer integração entre serviços públicos e privados, com foco no interesse coletivo e na  
1497 qualidade do diagnóstico, defendendo contratualizações baseadas na capacidade técnica e na

1498 qualidade dos serviços. Apontou a necessidade de racionalização de solicitações de exames,  
1499 visando reduzir custos sem prejuízo ao cuidado. Falou sobre a capilaridade dos laboratórios no  
1500 Brasil, destacando que o país possui 27.776 de pequeno e médio porte. No que diz respeito ao  
1501 contexto e motivação, salientou que o diagnóstico é parte essencial do cuidado integral em  
1502 saúde e a ausência de políticas públicas gera fragmentação e desigualdades regionais. Nessa  
1503 linha, destacou que a pandemia de COVID-19 evidenciou a relevância da rede laboratorial para  
1504 resposta rápida e efetiva em saúde pública. Salientou que o Brasil precisa de diretrizes  
1505 nacionais para qualidade, regulação e integração digital. Inclusive, disse que a Organização  
1506 Mundial da Saúde recomenda que os países instituem políticas nacionais de diagnóstico  
1507 laboratorial para fortalecer seus sistemas de saúde. Feito esse contexto, apresentou o Projeto  
1508 de Lei nº 5.478, que propõe instituir a PNDL como instrumento de Estado para redução de  
1509 desigualdades, integração dos serviços laboratoriais, definição de regras de regulação sanitária  
1510 e governança compartilhada, promoção da equidade territorial e segurança diagnóstica, além  
1511 de incentivo à produção nacional de insumos, pesquisa e inovação. Defendeu a criação de  
1512 diretrizes nacionais de qualidade, integração digital e definição de rol mínimo de exames  
1513 conforme necessidades regionais. Concluiu afirmando que a política pretende otimizar a  
1514 estrutura existente, fortalecer a rede pública e utilizar de forma complementar a capacidade  
1515 instalada do setor privado, assegurando equidade territorial, acesso oportuno ao diagnóstico e  
1516 continuidade do cuidado à população. A seguir, o diretor de relações institucionais da  
1517 SBPC/ML, **Wilson Shcolnik**, também expôs sobre o tema, inicialmente agradecendo o convite  
1518 do Conselho e manifestando reconhecimento à relevância do espaço de controle social para o  
1519 debate de políticas públicas de saúde. Destacou que o setor de diagnóstico laboratorial é  
1520 composto por diferentes categorias profissionais - médicos patologistas clínicos, farmacêuticos,  
1521 biomédicos, biólogos e outros profissionais habilitados - que atuam de forma colaborativa para  
1522 garantir resultados confiáveis e subsidiar decisões clínicas em todos os níveis de atenção à  
1523 saúde. Ressaltou que a evolução tecnológica das últimas décadas permitiu a automação de  
1524 exames e a análise simultânea de múltiplos biomarcadores, ampliando a capacidade de  
1525 atendimento e reduzindo o tempo de resposta assistencial. Explicou que os exames  
1526 laboratoriais desempenham diversas funções no cuidado em saúde: confirmação ou exclusão  
1527 de diagnósticos, identificação de condições biológicas, monitoramento terapêutico e  
1528 acompanhamento de doenças. Informou que o avanço de metodologias genômicas e da  
1529 medicina personalizada permite melhor direcionamento terapêutico, com potencial de  
1530 racionalização de custos no sistema de saúde. Assinalou ainda que os exames laboratoriais  
1531 são fundamentais para o enfrentamento da resistência antimicrobiana e para o manejo de  
1532 doenças crônicas, cujo crescimento acompanha o envelhecimento populacional. Observou que  
1533 grande parte dos dados registrados em prontuários clínicos origina-se nos laboratórios e que a  
1534 interoperabilidade de sistemas, associada ao uso de inteligência artificial, tende a ampliar a  
1535 contribuição do setor para a organização da assistência. Destacou a relevância do diagnóstico  
1536 laboratorial para a vigilância epidemiológica, prevenção de agravos e promoção da saúde,  
1537 mencionando a experiência recente da pandemia de COVID-19 como demonstração de sua  
1538 centralidade para a saúde pública. Recordou que a Organização Mundial da Saúde recomenda  
1539 a oferta de exames essenciais nos sistemas nacionais de saúde e orienta o fortalecimento da  
1540 capacidade diagnóstica como preparação para futuras emergências sanitárias. Por fim, avaliou  
1541 que, apesar de sua importância, o setor permanece pouco visível nas políticas públicas de  
1542 saúde e declarou apoio institucional da SBPC/ML ao projeto de lei que propõe instituir a  
1543 Política Nacional de Diagnóstico Laboratorial. Fechou informando a adesão de diversas  
1544 entidades científicas e profissionais à iniciativa e solicitou o apoio do Conselho à sua  
1545 tramitação. A Analista Técnica da CGAE/DAET/SAES/MS, **Thaynah Rocha Alencar Guedes**,  
1546 cumprimentou o Pleno do Conselho e registrou o reconhecimento institucional do Ministério da  
1547 Saúde às contribuições das sociedades científicas e dos conselhos profissionais para a  
1548 qualificação das práticas assistenciais, dos protocolos clínicos e das diretrizes do SUS. Sobre o  
1549 diagnóstico laboratorial, frisou que constitui temática transversal na rede de atenção à saúde e  
1550 está presente na Atenção Primária, na Atenção Especializada e na Vigilância em Saúde.  
1551 Ressaltou que, por essa característica, o debate deve envolver múltiplas áreas técnicas e  
1552 secretarias do Ministério da Saúde, de modo a assegurar construção integrada e responsável  
1553 das eventuais normativas. Explicou que a Atenção Especializada já dispõe de política nacional  
1554 estruturante, instituída por portaria ministerial de 2023, na qual os serviços de apoio  
1555 diagnóstico e terapêutico estão reconhecidos como componente integrante da rede de atenção  
1556 à saúde. Indicou que qualquer avanço na temática deverá dialogar com essa política existente  
1557 e respeitar a organização do Sistema. Defendeu que a definição de instrumentos normativos,

1558 seja protocolo, diretriz ou outra forma regulatória, deve ocorrer por meio de articulação  
1559 intersetorial e escuta qualificada dos entes envolvidos, envolvendo diferentes esferas de gestão  
1560 e áreas técnicas, a fim de garantir solução adequada ao SUS. Concluiu reiterando a disposição  
1561 do Ministério da Saúde para o diálogo institucional e para a construção compartilhada de  
1562 alternativas que qualifiquem a organização da atenção especializada e do diagnóstico  
1563 laboratorial no SUS. O assessor do DAET/SAES/MS, **Rogério Barreto**, acrescentou alguns  
1564 aspectos à fala da assessora **Thaynah Rocha**, destacando inicialmente a relevância da  
1565 proposta de organização nacional do diagnóstico laboratorial diante das dimensões territoriais  
1566 do país e das desigualdades regionais de acesso. Informou que a temática vinha sendo  
1567 analisada internamente pelo Ministério da Saúde e avaliou necessária a estruturação de  
1568 diretrizes que ampliem a capilaridade do acesso da população a exames de qualidade,  
1569 evitando expansão desordenada sem garantia de padrões técnicos adequados. Ressaltou que  
1570 a pauta possui caráter transversal e envolve praticamente todas as secretarias do Ministério da  
1571 Saúde, incluindo Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Saúde Digital, Vigilância  
1572 em Saúde, Saúde Indígena, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e a área de Ciência,  
1573 Tecnologia e Inovação. Destacou a necessidade de integração dos sistemas de informação e  
1574 da interoperabilidade dos dados laboratoriais para evitar repetição de exames e qualificar o  
1575 cuidado. Defendeu que a qualificação da formação profissional deve ser considerada,  
1576 especialmente quanto à adequada solicitação de exames, uma vez que o valor clínico do  
1577 diagnóstico depende não apenas da qualidade do laboratório, mas também da pertinência do  
1578 pedido médico. Acrescentou que a política deve dialogar com o Complexo Econômico-  
1579 Industrial da Saúde, reduzindo a dependência de importação de insumos laboratoriais e  
1580 fortalecendo a produção nacional. Concluiu reconhecendo a importância da proposta e  
1581 indicando a necessidade de debate ampliado dentro do Ministério da Saúde e entre as  
1582 diferentes áreas governamentais para construção integrada da política. Encerradas as  
1583 apresentações, foi aberta a palavra para manifestações. Conselheira **Débora Melecchi**  
1584 reafirmou preocupações discutidas previamente nas comissões do Conselho, destacando a  
1585 necessidade de atenção à governança dos dados em saúde, especialmente quanto à proteção  
1586 de informações sensíveis dos cidadãos e ao cumprimento da legislação de proteção de dados.  
1587 Defendeu o fortalecimento do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e a  
1588 articulação estratégica com a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Assinalou ainda a  
1589 importância de integração da proposta com outras iniciativas do SUS, incluindo o Programa  
1590 “Agora Tem Especialistas”. Como encaminhamento, sugeriu a constituição de grupo de  
1591 trabalho no âmbito do CNS para acompanhamento da matéria e monitoramento do projeto de  
1592 lei. Por fim, disse que a recomendação, elaborada pelas comissões citadas, seria apresentada  
1593 posteriormente. Conselheiro **Rafael Gomes Ditterich** manifestou preocupação com a ausência  
1594 de participação da área de Vigilância em Saúde no debate e com a possível priorização da  
1595 iniciativa privada em detrimento da rede pública. Ressaltou o sucateamento de laboratórios  
1596 públicos estaduais e questionou como a política contemplaria a valorização dos laboratórios  
1597 centrais e regionais de saúde pública. Solicitou informações sobre a operacionalização dos  
1598 sistemas de informação laboratoriais e sobre o acesso oportuno dos usuários aos resultados  
1599 dos exames. Conselheira **Lucia Helena Modesto Xavier** questionou se a política preveria  
1600 definição de linhas prioritárias voltadas às doenças crônicas não transmissíveis, sobre a  
1601 existência de rol mínimo nacional de exames laboratoriais essenciais por linha de cuidado e a  
1602 adoção de indicadores de avaliação, como redução de exames repetidos e melhoria do  
1603 controle de doenças, exemplificando o diabetes. Conselheiro **Antônio Magno Borba** avaliou a  
1604 proposta como avanço para o diagnóstico e acompanhamento clínico dos pacientes,  
1605 destacando dificuldades históricas relacionadas ao custo e ao financiamento dos exames  
1606 laboratoriais (são 34 anos sem reajuste de tabela). Defendeu que a política deve garantir  
1607 acesso equânime aos usuários do SUS e contribuir para desenvolvimento da produção  
1608 nacional de insumos, reduzindo custos e ampliando a capacidade diagnóstica. Ressaltou a  
1609 complementaridade entre serviços públicos e privados e apoiou a proposta de criação de grupo  
1610 de trabalho para aprofundar o debate do tema. Conselheira **Paula Johns** informou  
1611 posicionamento da CIVS/CNS, que reconheceu o mérito da proposta, mas apontou fragilidades  
1612 no texto, especialmente quanto à governança e participação social, financiamento, riscos de  
1613 captura pelo setor privado, proteção de dados e soberania sanitária, interoperabilidade das  
1614 informações e valorização da rede pública existente. Reforçou a necessidade de  
1615 aprofundamento do debate no âmbito do controle social e apoiou a criação de grupo de  
1616 trabalho específico no Conselho. Conselheiro **Francisco Marcelino Rogério Filho** relatou  
1617 dificuldades decorrentes do sucateamento de laboratórios públicos, inclusive situações de

1618 doação de insumos e equipamentos para realização de exames essenciais. Defendeu a  
1619 definição nítida das responsabilidades dos entes federativos na implementação da política,  
1620 para evitar sua inefetividade prática. Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** manifestou  
1621 satisfação com o debate deste tema e sinalizou a importância da parceria entre setores público  
1622 e privado para melhoria da assistência e avaliou que a política poderá beneficiar a população  
1623 ao estruturar o diagnóstico laboratorial no país. Manifestou expectativa de amplo debate  
1624 legislativo e de aprovação de política estruturante para o sistema de saúde e salutar para  
1625 população brasileira. Conselheira **Maria Thereza Antunes** parabenizou a iniciativa de  
1626 elaboração de política específica para o diagnóstico laboratorial e ressaltou a relevância da  
1627 adequada formação profissional para solicitação e interpretação dos exames. Recordou  
1628 experiências acadêmicas em que a formação clínica incluía ensino sobre o momento  
1629 apropriado de solicitar exames e questionou se tal abordagem permanece contemplada nos  
1630 currículos atuais, considerando o valor preditivo e o uso racional do diagnóstico laboratorial.  
1631 Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** destacou que o diagnóstico laboratorial constitui  
1632 parte integrante do cuidado em saúde, porém não deve substituir a anamnese, o exame clínico  
1633 e a avaliação integral do paciente. Alertou para riscos de sobrediagnóstico, repetição  
1634 desnecessária de exames e utilização indiscriminada de check-ups, com impacto financeiro e  
1635 assistencial para o sistema e para os usuários. Também defendeu o fortalecimento da rede  
1636 pública de laboratórios, a organização de protocolos clínicos e a inserção do tema nas linhas  
1637 de cuidado, ressaltando que a política deve garantir gestão pública, mesmo na existência de  
1638 parcerias. Conselheira **Luana Ferreira Lima** avaliou a proposta como essencial ao cuidado  
1639 integral e relatou dificuldades enfrentadas por usuários relacionadas a contratualizações,  
1640 qualidade dos resultados e acompanhamento clínico. Manifestou preocupação com a elevada  
1641 participação do setor privado na realização de exames e defendeu governança adequada,  
1642 participação social e articulação institucional, inclusive junto ao Congresso Nacional. Por fim,  
1643 também manifestou apoio à criação de grupo de trabalho para aprofundamento do debate.  
1644 Conselheira **Silvana Nair Leite** parabenizou a iniciativa e ressaltou que o diagnóstico  
1645 laboratorial deve ser compreendido como componente estruturante da atenção à saúde, e não  
1646 apenas como serviço contratado. Defendeu investimentos nos laboratórios próprios do SUS,  
1647 valorização da rede pública e utilização das informações laboratoriais para vigilância em saúde.  
1648 Alertou também para o crescimento de tecnologias diagnósticas e autotestes, destacando a  
1649 necessidade de integração dessas informações ao sistema público e à formulação de políticas.  
1650 Por fim, endossou a proposta de criação do GT para aprofundar o debate da Política e  
1651 acompanhar a discussão do tema no Congresso Nacional. Conselheira **Marisa Palacios da**  
1652 **Cunha e Melo**, primeiro, apoiou a criação de grupo de trabalho no âmbito do Conselho para  
1653 examinar a proposta de forma aprofundada e colocou-se à disposição para contribuir nesse  
1654 espaço. Apresentou questionamentos sobre critérios de participação de diferentes tipos de  
1655 laboratórios na política, bem como sobre mecanismos de monitoramento, qualidade e  
1656 prevenção de irregularidades. Destacou ainda a necessidade de proteção de dados pessoais  
1657 em saúde e de transparência quanto ao uso das informações dos usuários, enfatizando o papel  
1658 do Conselho na defesa dos direitos dos pacientes. Conselheira **Francisca Valda da Silva**  
1659 ressaltou a importância da integralidade e da regionalização da atenção em um país de  
1660 dimensões continentais, alertando para a existência de população ainda sem acesso ao  
1661 diagnóstico laboratorial. Defendeu cooperação entre áreas do Ministério da Saúde, saúde  
1662 digital, formação e provimento de equipes multiprofissionais, incluindo trabalhadores de nível  
1663 médio, além de investimentos na rede própria de laboratórios públicos. Manifestou apoio à  
1664 criação de grupo de trabalho e ao acompanhamento do projeto de lei pelo Conselho no  
1665 Congresso Nacional. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** afirmou que a política é estruturante  
1666 para a segurança clínica, vigilância e tomada de decisão em saúde. Destacou a necessidade  
1667 de articulação do diagnóstico laboratorial com as práticas integrativas e complementares em  
1668 saúde, reforçando a integralidade do cuidado e fortalecendo o SUS. Alertou para condições  
1669 precárias de trabalho de profissionais que atuam em laboratórios e defendeu a valorização dos  
1670 trabalhadores como condição para efetividade da política pública. Encerradas as inscrições, a  
1671 coordenação passou à fase de devolutiva dos integrantes da mesa. O diretor de relações  
1672 institucionais da SBPC/ML, **Wilson Shcolnik**, iniciou a devolutiva agradecendo as  
1673 contribuições apresentadas pelo Plenário e avaliou positivamente o debate. Ressaltou  
1674 preocupações relativas à formação profissional, mencionando que conteúdos de patologia  
1675 clínica não são obrigatórios em muitos currículos e que a ausência dessa formação contribui  
1676 tanto para a superutilização quanto para a subutilização de exames, situações que impactam  
1677 usuários e o financiamento do Sistema. Observou que, embora a superutilização receba maior

1678 atenção, estudos indicam prevalência significativa da subutilização de exames necessários ao  
1679 esclarecimento clínico. Destacou a necessidade de proteção de dados sensíveis em saúde e  
1680 apontou riscos de segurança cibernética, informando que já ocorre transferência de grande  
1681 volume de resultados laboratoriais para a Rede Nacional de Dados em Saúde, a fim de  
1682 subsidiar a tomada de decisão dos gestores de saúde. Informou ainda debate internacional  
1683 sobre privacidade de dados em saúde, citando a revisão da Declaração de Taipei da  
1684 Associação Médica Mundial, que ocorrerá em março de 2026. Por fim, concordou com a  
1685 importância da valorização das equipes multiprofissionais, incluindo profissionais de nível  
1686 superior, técnico e básico, para garantir qualidade dos resultados laboratoriais. Na sequência, a  
1687 assessora do DAET/SAES/MS, **Thaynah Rocha Alencar Guedes**, agradeceu as contribuições  
1688 e explicou que o Ministério da Saúde recebeu a proposta das sociedades científicas e iniciou  
1689 diálogo interno entre áreas técnicas. Informou que a Secretaria de Atenção Especializada/MS  
1690 integra apenas parte da estrutura ministerial e que a discussão envolve outras secretarias e  
1691 departamentos, incluindo áreas responsáveis por laboratórios públicos, dados em saúde,  
1692 provimento profissional e vigilância. Finalizou ressaltando a necessidade de debate intersetorial  
1693 para definição responsável do instrumento normativo mais adequado à política. O assessor do  
1694 DAET/SAES/MS, **Rogério Barreto**, complementou que o Ministério da Saúde possui múltiplos  
1695 departamentos com competências distintas e que a proposta ainda não foi construída  
1696 internamente, encontrando-se em fase de análise e diálogo. Defendeu que a discussão envolva  
1697 todas as áreas ministeriais relacionadas, a fim de assegurar visão integral do Sistema,  
1698 fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde e preservação da soberania clínica  
1699 e do cuidado ao paciente. A presidenta da SBAC, **Maria Elizabeth Menezes**, ressaltou que a  
1700 proposta da PNDL resulta de construção acumulada ao longo de aproximadamente quinze  
1701 anos, iniciada no âmbito profissional e desenvolvida por entidades científicas. Inclusive,  
1702 informou que o PL contempla a formação e a educação continuada da equipe multidisciplinar.  
1703 Defendeu a criação de espaço institucional permanente de debate sobre diagnóstico  
1704 laboratorial no Ministério da Saúde e solicitou apoio do Conselho para intermediar diálogo com  
1705 a pasta. Explicou que a proposta não busca revisão de tabela de remuneração, mas  
1706 organização da política pública, formação contínua de profissionais e fortalecimento da  
1707 produção nacional de insumos diagnósticos. Por fim, agradeceu a acolhida do Conselho e  
1708 colocou-se à disposição para maior aprofundamento do debate. Conselheira **Débora Melecchi**,  
1709 coordenadora da CICTAF/MS, agradeceu à Mesa Diretora do CNS pelo acolhimento da pauta  
1710 e ressaltou que o debate evidenciou a importância do tema para o controle social. Também  
1711 defendeu a ampliação das discussões com participação das diversas comissões do Conselho.  
1712 Após essas falas, a coordenação da mesa ponderou, a partir das falas, que a iniciativa  
1713 representa avanço ao reconhecer o caráter estratégico do diagnóstico laboratorial para a  
1714 organização da atenção à saúde. Contudo, foi ressaltada a necessidade de salvaguardas  
1715 democráticas, financeiras e institucionais que assegurem que a política esteja orientada pelo  
1716 interesse público, fortaleça a rede pública de laboratórios, garanta controle social efetivo e  
1717 previna a captura privada de recursos, dados e amostras biológicas, preservando, sobretudo, a  
1718 soberania sanitária nacional. Alertou que, sem os devidos ajustes, há risco de consolidação de  
1719 modelo formalmente regulamentado, porém estruturalmente privatizado, no qual o SUS  
1720 financie e integre dados, enquanto a capacidade estratégica de diagnóstico permaneça  
1721 majoritariamente fora do controle estatal e social. Considerando as contribuições apresentadas  
1722 pelo Plenário do CNS, submeteu à apreciação do CNS a proposta de constituição de Grupo de  
1723 Trabalho - GT no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, com a finalidade de revisar o texto  
1724 da proposta, de modo a reorientá-lo para o fortalecimento do SUS, afastando-se de uma lógica  
1725 de mera regulação de mercado. O GT deverá analisar, acompanhar e formular diretrizes  
1726 relativas ao diagnóstico laboratorial no SUS, contemplando suas dimensões clínica,  
1727 assistencial, tecnológica, formativa e de vigilância em saúde. **Deliberação: aprovada, por**  
1728 **unanimidade, a criação de Grupo de Trabalho no âmbito do CNS, para analisar,**  
1729 **acompanhar e formular diretrizes sobre o diagnóstico laboratorial no SUS, considerando**  
1730 **sua dimensão clínica, assistencial, tecnológica, formativa e de vigilância em saúde.** A  
1731 composição observará a paridade prevista no Regimento do CNS, com representação dos  
1732 segmentos de usuários, trabalhadores e gestores/prestadores de serviço, além da participação  
1733 dos setores do Ministério da Saúde relacionados ao tema, bem como convite ao CONASS e ao  
1734 CONASEMS para contribuição técnica e institucional. Além desta deliberação, a mesa  
1735 compilou os seguintes encaminhamentos que surgiram do debate: **1) reconhecer formalmente**  
1736 **o diagnóstico laboratorial como componente estruturante do SUS, estratégico para a atenção à**  
1737 **saúde, a vigilância em saúde e a soberania sanitária e tecnológica do país, compreendido**

1738 como parte de um processo diagnóstico complexo e integrado, e não como ato isolado; **2)**  
1739 reafirmar que o diagnóstico em saúde é um processo clínico indissociável da anamnese, do  
1740 exame físico, da escuta qualificada do usuário e do raciocínio clínico, sendo os exames  
1741 laboratoriais, de imagem, histopatológicos e outros instrumentos complementares, destinados a  
1742 confirmar, excluir ou refinar hipóteses diagnósticas; **3)** fortalecer a integração entre atenção  
1743 primária, atenção especializada e serviços diagnósticos, evitando a fragmentação do cuidado e  
1744 o uso inadequado de exames como mera triagem, assegurando a integralidade da atenção no  
1745 SUS; **4)** valorizar o papel estratégico dos profissionais da atenção na esfera municipal e da  
1746 atenção primária à saúde, reconhecendo sua centralidade na construção do cuidado, do  
1747 diagnóstico e do acompanhamento longitudinal dos usuários; **5)** fortalecer a governança  
1748 pública do diagnóstico laboratorial no SUS, assegurando capacidade estatal de planejamento,  
1749 regulação, coordenação e uso qualificado das informações diagnósticas, de modo a orientar o  
1750 cuidado integral, a Vigilância em Saúde e a tomada de decisão em saúde pública; **6)** assegurar  
1751 que os avanços tecnológicos em diagnóstico sejam incorporados de forma crítica, racional e  
1752 equitativa, a serviço do cuidado integral, evitando a substituição da clínica pelo exame e a  
1753 captura do processo diagnóstico; **7)** recomendar o alinhamento da formação em saúde às  
1754 diretrizes do SUS, da PNVS e do SISLAB, fortalecendo práticas formativas que valorizem a  
1755 clínica ampliada, a escuta, a humanização e o uso responsável dos exames complementares;  
1756 **8)** incluir ou manter nos currículos dos cursos de saúde as disciplinas sobre exames  
1757 laboratoriais, incluindo “como e quando” solicitar exames e como interpretar; **9)** determinar que  
1758 qualquer iniciativa de formulação ou revisão de política nacional de diagnóstico laboratorial seja  
1759 debatida no âmbito do SUS, com apreciação pelo CNS, respeito ao controle social e  
1760 articulação com as políticas já vigentes; **10)** valorizar o trabalho dos laboratórios públicos  
1761 existentes, reforçando sua estrutura e financiamento; **11)** analisar o papel de cada ente  
1762 federativo na política; **12)** regionalizar os laboratórios públicos, para que estejam presentes nos  
1763 territórios; e **12)** garantir acompanhamento do CNS na tramitação da Política no congresso  
1764 nacional. A recomendação sobre este tema não foi apresentada e retorna à Mesa Diretora do  
1765 CNS para os devidos encaminhamentos (se for o caso, pautar após as atividades do GT).  
1766 Encerrados os encaminhamentos, a mesa agradeceu a participação dos convidados e  
1767 conselheiros e deu prosseguimento à reunião. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE**  
1768 **ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO - COFIN - Programação Anual de Saúde de 2026 -**  
1769 *Apresentação:* conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, da Comissão Intersetorial de  
1770 Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS; e **Francisco Funcia**, assessor técnico da  
1771 COFIN/CNS. *Coordenação:* conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, coordenador da  
1772 COFIN/CNS e integrantes da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério dos**  
1773 **Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, integrante da  
1774 Mesa Diretora do CNS, iniciou o ponto de pauta registrando observações relativas à  
1775 organização dos trabalhos no plenário e, em seguida, transferiu a condução da mesa ao  
1776 conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, coordenador da COFIN/CNS e integrante.  
1777 Informou que a pauta trataria a apresentação preliminar da Programação Anual de Saúde -  
1778 PAS de 2026, sem caráter deliberativo naquele momento, destacando que eventuais propostas  
1779 de deliberação seriam elaboradas posteriormente, após análise mais aprofundada da  
1780 Comissão. Explicou que a reunião da COFIN ocorreria na semana seguinte e que as  
1781 contribuições do Pleno subsidiariam a formulação de recomendações a serem encaminhadas  
1782 oportunamente. Registrou, ainda, repercussão positiva do seminário sobre emendas  
1783 parlamentares, realizado anteriormente e informou que a comissão já iniciara tratativas para  
1784 acompanhamento jurídico da matéria, incluindo diálogo institucional e consulta a instâncias  
1785 competentes. Comunicou ainda que foi aprovada, na Mesa Diretora, a proposta de realização  
1786 de ciclo de oficinas macrorregionais articuladas às reuniões ordinárias da COFIN, com o  
1787 objetivo de ampliar o debate sobre financiamento do SUS e subsidiar a preparação da 18ª  
1788 Conferência Nacional de Saúde. Informou também previsão de apresentações técnicas, em  
1789 parceria com o Fundo Nacional de Saúde, sobre execução orçamentária e estratificação das  
1790 emendas parlamentares, além de avaliação do primeiro ano de execução do Programa “Agora  
1791 Tem Especialistas”, cujos dados seriam compartilhados com conselhos estaduais e municipais  
1792 de saúde nas oficinas. Na sequência, conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos Filho**,  
1793 coordenador adjunto da COFIN/CNS, cumprimentou o Pleno do Conselho e destacou que o  
1794 ano em curso exigiria intenso trabalho da comissão, em razão das atividades preparatórias da  
1795 18ª Conferência Nacional de Saúde e do acompanhamento das políticas de financiamento.  
1796 Assinalou expectativa de ampliação dos debates ao longo do ano e da construção coletiva de  
1797 propostas voltadas ao fortalecimento do SUS. Após essas manifestações iniciais, a

1798 coordenação concedeu a palavra ao assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, para  
1799 apresentação técnica preliminar da Programação Anual de Saúde de 2026. O assessor técnico  
1800 **Francisco Funcia** iniciou cumprimentando o Pleno do Conselho e reiterando que apresentaria  
1801 análise preliminar da Programação Anual de Saúde - PAS 2026. Acrescentou que seria uma  
1802 introdução sobre o documento, cujo aprofundamento seria realizado na COFIN/CNS, agendada  
1803 para a primeira semana de fevereiro, com posterior devolutiva ao Pleno do Conselho. Destacou  
1804 que a metodologia adotada concentrou-se, nesta primeira leitura, nas metas associadas aos  
1805 objetivos que apresentaram maior relevância orçamentária, ou seja, aquelas vinculadas a  
1806 ações e planos orçamentários com valores mais expressivos no orçamento do Ministério da  
1807 Saúde para 2026. Ressaltou que essa opção metodológica não significava desconsideração  
1808 das demais metas, as quais seriam analisadas em momento oportuno. No tocante ao aspecto  
1809 normativo, explicou que a PAS constitui instrumento de planejamento previsto na Lei  
1810 Complementar nº 141, integrando o ciclo de planejamento do SUS e derivando do Plano  
1811 Nacional de Saúde - PNS 2024–2027, que organiza diretrizes, objetivos e metas para o  
1812 quadriênio. Acrescentou que a Programação reflete tanto as diretrizes da Conferência  
1813 Nacional de Saúde quanto as prioridades aprovadas previamente pelo Conselho Nacional de  
1814 Saúde para orientar o processo orçamentário. Informou que a análise posterior também  
1815 compararia a presença dessas prioridades no planejamento ministerial. Ao tratar do primeiro  
1816 objetivo, voltado ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, destacou metas relacionadas  
1817 à ampliação da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família e da saúde bucal, à  
1818 expansão de equipes de saúde da família ribeirinha, à implantação de unidades básicas de  
1819 saúde fluviais e ao incremento de equipes multiprofissionais, todas com cofinanciamento  
1820 federal. Observou que houve atualização em meta referente ao pré-natal, com ampliação do  
1821 número de consultas preconizadas, em consonância com pactuações tripartites recentes e com  
1822 ajustes nos indicadores de financiamento da APS, o que tornou o parâmetro de aferição mais  
1823 exigente. Nas observações deste objetivo, informou alteração no trecho de enunciado de “seis  
1824 consultas pré-natal realizadas” para “sete consultas pré-natal realizadas”, para atender aos  
1825 ajustes realizados e pactuados de forma tripartite dos novos indicadores de financiamento da  
1826 APS e da Rede Alyne, conforme Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que  
1827 altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Além disso, houve  
1828 alteração de Índice de Referência de “42% (dez/2022)” para “59% (ago/2025)”, para  
1829 acompanhar as mudanças no enunciado da meta. O Objetivo 1 visa fortalecer a Atenção  
1830 Primária à Saúde, ampliando a cobertura da Estratégia Saúde da Família e da saúde bucal,  
1831 com vistas à universalização do acesso, à integralidade do cuidado e à redução das  
1832 desigualdades. Entre as metas com maior expressão orçamentária destacou: ampliação da  
1833 cobertura populacional estimada da APS; a expansão das equipes de Saúde da Família  
1834 Ribeirinha; a implantação de Unidades Básicas de Saúde Fluvial; a ampliação das equipes  
1835 multiprofissionais; o aumento da cobertura de saúde bucal; a elevação da proporção de  
1836 gestantes com, no mínimo, sete consultas de pré-natal iniciadas até a 12ª semana; a ampliação  
1837 de ações do Programa Saúde na Escola voltadas à alimentação adequada e saudável; e o  
1838 incremento de atendimentos relacionados à obesidade na APS. O Objetivo 2 trata da  
1839 ampliação da oferta e do acesso às ações e serviços da Atenção Especializada, promovendo  
1840 integralidade e equidade. Neste Objetivo, citou as 22 metas voltadas a: ampliação de  
1841 procedimentos especializados para tratamento do câncer; expansão dos serviços de saúde  
1842 mental na Rede de Atenção Psicossocial; aumento da taxa de cirurgias eletivas; ampliação da  
1843 atenção domiciliar; certificação de hospitais de ensino no SUS dos hospitais públicos e  
1844 privados sem fins lucrativos; ampliação de leitos de UTI adulto; incremento do número de  
1845 profissionais especialistas no SUS; ampliação de transplantes de órgãos sólidos, córnea e de  
1846 células-tronco hematopoéticas; aumento do índice de doadores por milhão de população;  
1847 expansão das regiões com serviços de reabilitação; ampliação do percentual de recém-  
1848 nascidos vivos com coleta do teste do pezinho até o 5º dia de vida, triados no Programa  
1849 Nacional de Triagem Neonatal (PNTN); ampliação do exame Doppler transcraniano para  
1850 crianças com doença falciforme; incremento de exames para doenças raras e condições  
1851 genéticas complexas; ampliação de procedimentos destinados à população trans;  
1852 universalização progressiva do SAMU 192; implementação das Ofertas de Cuidados  
1853 Integrados no âmbito do Programa Mais Acesso a Especialistas; e ampliação dos serviços de  
1854 saúde materna e infantil na Rede Alyne. O Objetivo 3 concentra-se na redução e controle de  
1855 doenças e agravos preveníveis, com enfoque na superação das desigualdades. Entre as metas  
1856 com maior alocação de recursos, elencou: ampliação de exames realizados pela Rede  
1857 Nacional de Laboratórios de Saúde Pública; aumento do índice composto de redução da carga

1858 de HIV/aids, tuberculose, hepatites virais e sífilis congênita; redução de casos autóctones de  
1859 malária na Região Amazônica; redução da incidência média de arboviroses; e distribuição de  
1860 imunobiológicos aos estados conforme a demanda estimada. O Objetivo 4 visa promover o  
1861 desenvolvimento científico e tecnológico para produção, inovação e avaliação em saúde,  
1862 contribuindo para a soberania nacional e a redução da dependência de insumos. Foram  
1863 ressaltadas metas como a ampliação do percentual de pesquisas prioritárias fomentadas; o  
1864 aumento do número de sequências genômicas completas; a ampliação do número de projetos  
1865 e projetos e instrumentos voltados para o desenvolvimento, inovação e produção local de  
1866 tecnologias em saúde visando a ampliação do acesso e o fortalecimento da soberania nacional  
1867 e manutenção de projetos de pesquisa em saúde e ambiente. O Objetivo 5 busca ampliar o  
1868 acesso a medicamentos, insumos estratégicos e serviços farmacêuticos, qualificando a  
1869 assistência farmacêutica. Entre as metas destacadas estão a ampliação do número de  
1870 usuários atendidos pelo Programa Farmácia Popular; a aquisição de fármacos e insumos  
1871 estratégicos dos Componentes Básico e Especializado, sob responsabilidade do Ministério da  
1872 Saúde, conforme a Rename; e a ampliação do envio de dados à Base Nacional de Dados de  
1873 Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica (Bnafar), fortalecendo a gestão e a  
1874 transparência. O Objetivo 6 contempla a promoção e qualificação das ações e serviços de  
1875 saúde destinados à população indígena, considerando os contextos étnico-culturais. Foram  
1876 ressaltadas metas relacionadas à ampliação da cobertura vacinal em crianças indígenas  
1877 menores de um ano; aumento das consultas de crescimento e desenvolvimento; ampliação do  
1878 pré-natal; ampliação do acesso ao exame citopatológico; fortalecimento do acompanhamento  
1879 nutricional; ampliação da investigação de óbitos infantis e maternos; ampliação do acesso a  
1880 consultas odontológicas no pré-natal; aumento da primeira consulta odontológica programática;  
1881 e ampliação da conclusão de tratamentos odontológicos básicos. Por fim, o Objetivo 7 propõe  
1882 aprimorar o cuidado à saúde por meio do fortalecimento da gestão estratégica do SUS, do  
1883 trabalho e da educação em saúde, intensificando a inovação e a saúde digital e enfrentando  
1884 desigualdades. Entre as metas com maior aporte de recursos destacam-se a ampliação do  
1885 percentual de categorias profissionais com demografias concluídas, ampliação do número de  
1886 instrumentos de planejamento e dimensionamento da força de trabalho no âmbito do SUS  
1887 validados, ampliação dos percentuais de Mesas de Negociação Permanente nos estados e nos  
1888 municípios, ampliação do número de gestores/trabalhadores certificados na área da gestão do  
1889 trabalho no âmbito do SUS, ampliação do número de qualificações de trabalhadores, gestores,  
1890 estudantes e usuários em temas da área da saúde prioritários para o SUS, ampliação do  
1891 número de bolsas financiadas do Programa de Educação para o Trabalho na Saúde (PET-  
1892 Saúde), ampliação do número de projetos executados de Vivências no SUS, ampliação do  
1893 número de bolsas de residência médica e de residência em área profissional da saúde  
1894 financiadas pelo MS, ampliação do percentual de preceptores e gestores de programas de  
1895 residências em saúde qualificados, ampliação do número de bolsas de incentivo à preceptoria  
1896 de residência médica e de residência em área profissional da saúde financiadas pelo MS,  
1897 ampliação do número de estratégias visando a implantação do Programa Nacional de  
1898 Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no SUS para o enfrentamento às  
1899 iniquidades em saúde e aumento do número de alunos concluintes nas ações formativas para  
1900 redução das desigualdades regionais e sociais em saúde. Em cada um dos objetivos, o  
1901 assessor técnico fez observações específicas sobre o conjunto de metas. Encerrando a  
1902 exposição, reiterou que a apresentação correspondia a leitura inicial das metas com maior  
1903 peso orçamentário e que análise mais completa, incluindo avaliação comparativa com o Plano  
1904 Nacional de Saúde e as diretrizes aprovadas pelo Conselho, seria apresentada posteriormente  
1905 pela COFIN para subsidiar posicionamento do Pleno. A seguir, a mesa abriu a palavra ao  
1906 Pleno do Conselho para manifestações. Conselheira **Shirley Marshal Morales** iniciou as  
1907 intervenções parabenizando a COFIN pelo esforço de análise de tema complexo e solicitou  
1908 maior observância ao Regimento Interno do CNS quanto ao envio prévio da pauta detalhada  
1909 acompanhada dos documentos pertinentes, a fim de permitir estudo prévio qualificado pelas  
1910 pessoas conselheiras. Manifestou preocupação com a publicização prévia da Programação  
1911 Anual de Saúde no site do Ministério da Saúde, o que tem gerado, nas bases estaduais e  
1912 municipais, a compreensão equivocada de que o documento já teria sido aprovado pelo CNS.  
1913 Questionou ainda a exclusão ou substituição de metas por insuficiência orçamentária e indagou  
1914 sobre a baixa previsão de financiamento à produção científica, considerando a necessidade de  
1915 investimentos mais robustos em pesquisa e inovação. Conselheira **Paula Johns** apresentou  
1916 dúvida específica relativa ao Objetivo 1, especialmente às metas 14 e 19, questionando a  
1917 existência de dois valores associados às metas e se os números indicariam baixa execução.

1918 Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** solicitou detalhamento da distribuição  
1919 orçamentária entre as diferentes metas, a fim de compreender a priorização do Ministério da  
1920 Saúde dentro do montante global. Questionou também o impacto da introdução do teste de  
1921 HPV no rastreamento do câncer do colo do útero sobre as metas e sobre a organização dos  
1922 serviços laboratoriais e de coleta no país. Conselheiro **Rafael Gomes Ditterich** reforçou a  
1923 necessidade de envio prévio do documento original para análise do Pleno do Conselho, junto  
1924 com a pauta e também destacou a problemática da publicação antecipada do documento pelo  
1925 Ministério da Saúde, em dezembro de 2025. Propôs que o material fosse encaminhado às  
1926 demais comissões intersetoriais para análise temática, de modo a subsidiar avaliação  
1927 consolidada pela COFIN. Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes**, primeiro, reconheceu o  
1928 trabalho minucioso da COFIN para subsidiar os debates do Conselho. Para melhor elucidação,  
1929 perguntou se há diferença entre o documento publicizado pelo Ministério da Saúde e o  
1930 documento encaminhado ao Conselho, lembrando que o CNS constitui instância deliberativa e  
1931 que a análise posterior à divulgação comprometeria o sentido das contribuições do controle  
1932 social. Concluídas as falas, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, comentou  
1933 as questões colocadas, na condição de consultor da COFIN, visto que algumas respostas  
1934 somente poderiam ser dadas pelo Ministério da Saúde. Explicou que a COFIN realizou análise  
1935 preliminar a partir do documento formalmente encaminhado ao Conselho, e destacou não ter  
1936 conhecimento do material disponibilizado no site eletrônico do Ministério da Saúde, em  
1937 novembro de 2025. Ponderou que o documento poderia ter sido divulgado no site, com  
1938 observação de que ainda não havia sido apreciado pelo Conselho, a fim de evitar dúvidas ou  
1939 questionamentos. Respondeu que eventuais exclusões ou substituições de metas deverão ser  
1940 analisadas na próxima reunião específica da COFIN à luz do Plano Nacional de Saúde, para  
1941 verificar se se tratam de ajustes de indicadores ou alterações de conteúdo. Destacou, no caso  
1942 das metas 14 e 19 do objetivo 1, que os valores apresentados correspondem a diferentes  
1943 ações orçamentárias vinculadas a mais de uma meta, não sendo possível identificar, na  
1944 Programação Anual de Saúde, quanto cada meta representa dentro da dotação total. Informou  
1945 que essa informação deverá ser solicitada formalmente ao Ministério da Saúde. Quanto ao  
1946 impacto de novos procedimentos, como o teste de HPV, afirmou que a definição e o  
1947 detalhamento de incorporação nas metas dependem de explicações da área técnica ministerial,  
1948 comprometendo-se a levar a demanda para discussão na reunião da COFIN com a  
1949 Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS. Reiterou ainda que a análise apresentada foi  
1950 preliminar, elaborada pela própria Comissão para possibilitar conhecimento inicial do conteúdo,  
1951 e que a avaliação completa seria realizada a reunião prevista para o início de fevereiro, com  
1952 encaminhamento do arquivo integral às comissões e retorno ao Pleno. Conselheiro **Getúlio**  
1953 **Vargas de Moura Júnior**, coordenador da COFIN/CNS, reconheceu que o documento não foi  
1954 enviado com a antecedência regimental em razão do calendário de atividades e do período de  
1955 recesso, comprometendo-se a restabelecer o envio antecipado nos próximos processos.  
1956 Destacou que a publicização prévia pelo Ministério da Saúde ocorreu em outras situações e  
1957 que o Conselho tem reiteradamente dialogado com a pasta sobre a necessidade de indicar que  
1958 os documentos ainda se encontram em análise pelo controle social. Informou que as dúvidas  
1959 apresentadas seriam levadas à reunião ordinária da comissão e posteriormente respondidas ao  
1960 Pleno do Conselho. Ressaltou que a apresentação preliminar teve como objetivo subsidiar o  
1961 debate e permitir a coleta de questionamentos para posterior interlocução com o Ministério da  
1962 Saúde, reforçando o papel do Conselho no acompanhamento do planejamento e da execução  
1963 orçamentária da saúde. Recordou que, em processos avaliativos como o Relatório Anual de  
1964 Gestão, a COFIN costuma acionar a Mesa Diretora do CNS para iniciar consultas ao conjunto  
1965 das comissões e fóruns. No caso da PAS, contudo, destacou que se trata de instrumento  
1966 derivado do Plano Nacional de Saúde, já previamente deliberado pelo Conselho e objeto de  
1967 monitoramento periódico apresentado ao Pleno. Assim, considerou que eventuais  
1968 questionamentos das comissões podem ser encaminhados diretamente às áreas técnicas  
1969 durante a própria apresentação, não sendo necessário, nesse caso, instaurar processo prévio  
1970 de consulta a todas as comissões. Ressaltou, ainda, que o Conselho enfrenta agenda intensa,  
1971 especialmente em ano de realização de etapas da conferência, e que muitas comissões  
1972 possuem estrutura limitada, o que exige equilíbrio na organização dos fluxos de trabalho. Por  
1973 fim, afirmou que a COFIN permanece aberta ao diálogo caso o Conselho entenda necessário  
1974 ajustar os procedimentos, a fim de garantir as condições para que o Colegiado acompanhe  
1975 adequadamente o planejamento e a execução orçamentária do Ministério da Saúde.  
1976 Conselheira **Shirley Marshal Morales** elucidou que suas manifestações anteriores não se  
1977 referiam à dificuldade operacional de envio de documentos pela COFIN, mas à necessidade de

1978 que a pauta contenha a identificação detalhada do tema e seja acompanhada do documento  
1979 integral encaminhado pelo Ministério da Saúde, possibilitando análise prévia das pessoas  
1980 conselheiras. Perguntou qual cronograma para retorno do tema ao Pleno do CNS, de modo a  
1981 permitir que as comissões intersetoriais organizem contribuições antes da apreciação final.  
1982 Fechou reconhecendo o trabalho de excelência da Comissão, essencial para subsidiar os  
1983 debates e as definições do Conselho. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** ressaltou que as  
1984 dúvidas apresentadas exigem elucidações do Ministério da Saúde e defendeu a presença de  
1985 representantes da pasta nas reuniões em que se discutem orçamento e financiamento.  
1986 Argumentou que o recebimento prévio dos materiais é condição necessária para qualificar as  
1987 contribuições do controle social. Em resposta, o conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**,  
1988 coordenador da COFIN, reconheceu as críticas relativas ao envio da pauta e comprometeu-se  
1989 a aprimorar a antecedência e o detalhamento dos materiais encaminhados aos conselheiros.  
1990 Informou que a próxima reunião da comissão já contemplaria retorno específico sobre o  
1991 financiamento do Programa “Agora Tem Especialistas” e que as futuras pautas das reuniões do  
1992 Conselho seriam divulgadas com identificação completa dos itens e envio dos documentos no  
1993 prazo regimental. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador adjunto da  
1994 COFIN/CNS, agradeceu a apresentação técnica e destacou que a análise realizada não  
1995 correspondia a posicionamento do Ministério da Saúde, mas à leitura preliminar elaborada pela  
1996 Comissão a partir dos documentos recebidos, reiterando que o trabalho da COFIN seria  
1997 intensificado ao longo do ano. A Presidenta do CNS informou que a Mesa Diretora do CNS  
1998 solicitará formalmente a presença de representantes do Ministério da Saúde, bem como da  
1999 área técnica, nos itens da COFIN, de modo a viabilizar respostas às indagações dos  
2000 conselheiros. **Encaminhamento: os pontos levantados pelo Pleno do Conselho durante o**  
2001 **debate serão levados à próxima reunião da COFIN/CNS, prevista para os dias 5 e 6 de**  
2002 **fevereiro, para serem tratados com a representação do Ministério da Saúde; e as**  
2003 **comissões temáticas do Conselho poderão solicitar informações às áreas técnicas do**  
2004 **Ministério da Saúde sobre pontos da PAS 2026.** Com isso, a coordenação agradeceu a  
2005 participação dos conselheiros e informou a suspensão da reunião para o almoço, com posterior  
2006 continuidade da pauta. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na manhã do  
2007 segundo dia de reunião: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos  
2008 Populares (CMP); **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos  
2009 Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia**  
2010 **Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Cristiane Pereira dos Santos**,  
2011 Ministério da Saúde (MS); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos  
2012 Farmacêuticos (FENAFAR); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e  
2013 Terapia Ocupacional (COFFITO); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das  
2014 Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central  
2015 dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**,  
2016 Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando Marcello Nunes Pereira**,  
2017 Conselho Federal de Nutrição (CFN); **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de  
2018 Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das  
2019 Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de  
2020 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas  
2021 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**,  
2022 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação  
2023 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação  
2024 Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**,  
2025 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício**  
2026 **Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC);  
2027 **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Paula Johns**,  
2028 Associação de Controle do Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT);  
2029 **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional  
2030 dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT);  
2031 **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
2032 (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais  
2033 de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade  
2034 (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN);  
2035 **Silvana Nair Leite Contezini**, Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFAR); **Sueli Terezinha**  
2036 **Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,  
2037 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União

2038 Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação  
2039 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos Alberto Eilert**,  
2040 Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de  
2041 Serviço Social (CFESS); **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias  
2042 Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos  
2043 de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do  
2044 Brasil; **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Gilson**  
2045 **Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de  
2046 Secretários de Saúde (CONASS); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT);  
2047 **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Luana Ferreira Lima**,  
2048 Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Maria Cecília Jorge Branco Martiniano de**  
2049 **Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e  
2050 Deficiências (AFAG); **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde (MS); **Marisa**  
2051 **Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Odete**  
2052 **Messa Torres**, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Rafael Gomes Ditterich**,  
2053 Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das  
2054 Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Entidade, Rede Nacional  
2055 Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); **Shirley Marshal Díaz**  
2056 **Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); e **Silvia Cavalleire da Silva**, União  
2057 Nacional LGBT (UNA-LGBT). Retomando, foi aberta a palavra para informe sobre dia da  
2058 visibilidade trans. Conselheira **Silvia Cavalleire Araújo da Silva** fez a realizou a leitura de  
2059 posicionamento elaborado conjuntamente com a conselheira Camila Lima, da ANAIDS, em  
2060 alusão ao Dia da Visibilidade Trans. No documento, destaca-se o reconhecimento de avanços  
2061 importantes na garantia de direitos da população trans, especialmente no campo da saúde,  
2062 mencionando, entre outros marcos, a instituição da Política Nacional de Saúde Integral de  
2063 Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; a regulamentação e ampliação do  
2064 processo transexualizador no Sistema Único de Saúde; o reconhecimento do uso do nome  
2065 social e da identidade de gênero na administração pública federal; a ampliação das instituições  
2066 habilitadas para a realização do processo transexualizador; e a retomada do Comitê Técnico  
2067 Nacional de Saúde LGBTI+. Apesar desses avanços normativos e institucionais, foi ressaltado  
2068 que a população trans ainda enfrenta diversas barreiras no acesso aos serviços de saúde,  
2069 como negligência institucional, ausência ou desatualização de protocolos, insuficiência de  
2070 profissionais capacitados e desrespeito ao nome social e à identidade de gênero. Destacou-se,  
2071 também, que essas dificuldades não se restringem ao processo transexualizador, mas  
2072 atravessam diferentes dimensões do cuidado em saúde, incluindo atenção básica, saúde  
2073 mental, saúde sexual e reprodutiva, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Nesse  
2074 contexto, enfatizou-se que o acesso à saúde da população trans deve ser compreendido como  
2075 direito humano fundamental, não podendo ser tratado como privilégio ou exceção. Reforçou-se  
2076 a necessidade de implementação efetiva de políticas públicas, financiamento adequado e  
2077 formação continuada de profissionais, como forma de enfrentar a transfobia institucional e  
2078 assegurar atendimento humanizado e integral. Ao final, o documento apresenta  
2079 recomendações ao Ministério da Saúde, no sentido de promover a transversalidade da saúde  
2080 integral da população trans nos programas Mais Médicos e Agora Tem Especialistas; garantir a  
2081 disponibilização de medicamentos para transição de gênero segura, incluindo hormonioterapia,  
2082 por meio do Programa Farmácia Popular; fortalecer práticas de atendimento humanizado com  
2083 respeito ao nome social e às identidades de gênero, inclusive no âmbito do SUS Digital; e  
2084 assegurar a integralidade do cuidado em saúde para a população trans para além do processo  
2085 de transição de gênero. Após a leitura do posicionamento, a Presidenta do CNS registrou  
2086 agradecimentos à conselheira Silvinha Cavalleire e à conselheira Camila Lima pela iniciativa e  
2087 destacou a importância da continuidade do enfrentamento ao preconceito e à estigmatização,  
2088 reafirmando o compromisso do Conselho com a construção de uma política de saúde inclusiva  
2089 e respeitosa à diversidade. **Encaminhamento: disponibilizar o documento nas redes de**  
2090 **comunicação do Conselho.** Seguindo, procedeu-se ao item 9 da pauta. **ITEM 9 –**  
2091 **CONFERÊNCIA DE SAÚDE – Apreciação de duas minutas de resolução sobre a 18ª**  
2092 **Conferência Nacional de Saúde.** *Composição da mesa:* conselheira **Fernanda Lou Sans**  
2093 **Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do  
2094 CNS. A Presidenta do CNS explicou que neste ponto de pauta seriam apreciadas e votadas  
2095 duas minutas de resolução. Informou que o primeiro documento tratava da alteração do  
2096 período de realização das etapas da 18ª Conferência Nacional de Saúde, em razão da  
2097 necessidade de tempo hábil para conclusão do documento orientador, do Regimento Interno e

2098 da formalização da comissão organizadora antes do início das conferências municipais. Feitas  
2099 essas considerações, procedeu à leitura integral da minuta de resolução, que alterou a  
2100 Resolução CNS nº 797/2025 e estabeleceu novo cronograma. O texto é o seguinte: “Resolução  
2101 nº xx, de 29 de janeiro de 2026. Dispõe sobre a alteração do período de realização das Etapas  
2102 Municipal e Nacional da 18ª Conferência Nacional de Saúde, estabelece o cronograma das  
2103 Conferências Livres Nacionais e dá outras providências. O Pleno do Conselho Nacional de  
2104 Saúde - CNS, em sua Trecentésima Septuagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos  
2105 dias 28 e 29 de janeiro de 2026, no uso de suas competências regimentais e atribuições  
2106 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro  
2107 de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de  
2108 11 de julho de 2006, e cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do  
2109 Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que a participação da  
2110 comunidade é uma diretriz do Sistema Único de Saúde, conforme estabelecido no art. 198 da  
2111 Constituição Federal de 1988 e representa um importante mecanismo de controle social;  
2112 considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da  
2113 comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e institui a Conferência de Saúde  
2114 como instância colegiada de caráter deliberativo; considerando a Resolução CNS nº 797, de 9  
2115 de outubro de 2025, que dispõe sobre a aprovação da realização da 18ª Conferência Nacional  
2116 de Saúde e outras medidas a ela concernentes; considerando que a 18ª Conferência Nacional  
2117 de Saúde, como processo participativo nacional, demanda planejamento compatível com a  
2118 segurança jurídica, a moralidade administrativa, a impessoalidade e a preservação da  
2119 legitimidade institucional do controle social, especialmente na definição de prazos e etapas de  
2120 realização das conferências municipais; considerando que, nos termos do art. 77, caput, da  
2121 Constituição Federal de 1988, a eleição ocorrerá no primeiro domingo de outubro, circunstância  
2122 que, em ano eleitoral, impõe maior cautela administrativa e normativa na delimitação temporal  
2123 de atividades institucionais com ampla visibilidade pública; considerando o disposto na Lei nº  
2124 9.504, de 30 de setembro de 1997, especialmente o art. 73, inciso VI, alínea b, que estabelece  
2125 vedação à publicidade institucional de atos, programas, obras, serviços e campanhas dos  
2126 órgãos públicos, nos três meses que antecedem o pleito, ressalvadas as hipóteses legalmente  
2127 admitidas; considerando a Nota Informativa nº 1/2025-CEMS/GM/MS, que dispõe sobre  
2128 condutas éticas de agentes públicos do Ministério da Saúde durante o período eleitoral de  
2129 2026, reforçando diretrizes de atuação administrativa pautadas pela impessoalidade,  
2130 sobriedade institucional, prevenção de riscos e conformidade com as normas eleitorais, com  
2131 orientação expressa para evitar condutas que possam ser interpretadas como promoção  
2132 pessoal, autopropaganda, ou direcionamento de comunicação institucional em benefício de  
2133 candidaturas; e considerando a necessidade de adequação do cronograma da Etapa Municipal  
2134 da 18ª Conferência Nacional de Saúde e estabelecimento prévio do relativo às Conferências  
2135 Livres Nacionais com vistas a assegurar a ampla participação social, a qualidade do debate e a  
2136 organização federativa do processo. Resolve: Art. 1º A Resolução CNS nº 797, de 9 de outubro  
2137 de 2025, passa a vigorar com as seguintes alterações: “Art. 3º..... I - Municipal, no período de  
2138 16 de março a 4 de julho de 2026; II - .....; III - Conferências Livres Nacionais, no período de  
2139 janeiro a abril de 2027; e IV - Nacional, a ser realizada em Brasília/DF, na primeira quinzena  
2140 de julho de 2027. (NR). Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.” Não  
2141 havendo inscrições para manifestação, a presidência submeteu a resolução ao regime de  
2142 votação. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, resolução que altera o período de**  
2143 **realização das Etapas Municipal e Nacional da 18ª Conferência Nacional de Saúde e**  
2144 **estabelece o cronograma das Conferências Livres Nacionais.** Seguindo, conselheira  
2145 **Fernanda Lou Sans Magano**, presidenta do CNS, falou sobre a segunda minuta de resolução,  
2146 informando que o documento instituiu a Comissão Organizadora e o Comitê Executivo da 18ª  
2147 Conferência Nacional de Saúde, dispondo sobre estrutura, composição e atribuições. Explicou  
2148 que versão preliminar havia sido disponibilizada previamente no sistema do Conselho, porém  
2149 dependia da confirmação de indicações de representantes dos segmentos. Com a chegada  
2150 das indicações em tempo hábil, disse que apresentaria ao Pleno versão atualizada com os  
2151 nomes indicados. Registrou que a composição respeitou a paridade entre usuários,  
2152 trabalhadores e gestores, conforme pactuado com os fóruns representativos dos segmentos.  
2153 Explicou que a documentação referente à composição da comissão organizadora seria  
2154 apresentada integralmente ao Pleno, destacando que alguns cargos, especialmente aqueles  
2155 vinculados ao Comitê Executivo da Conferência, bem como às funções diretamente  
2156 relacionadas à coordenação da conferência, à secretaria-geral e à relatoria-geral, já seriam  
2157 apresentados com a respectiva indicação. Informou, ainda, que os demais nomes indicados

2158 pelos fóruns seriam posteriormente distribuídos entre as comissões temáticas da conferência,  
2159 tais como as comissões de saúde, de infraestrutura e de articulação, conforme definição a ser  
2160 realizada na primeira reunião da comissão organizadora. Também informou que caberá à  
2161 comissão organizadora a responsabilidade de promover ações para elaboração do documento  
2162 orientador da 18ª Conferência Saúde, instrumento fundamental para orientar os debates e a  
2163 organização das etapas preparatórias. Assim, considerando o caráter coletivo e participativo  
2164 desse processo, registrou que foi constituído grupo de trabalho responsável pela elaboração do  
2165 documento orientador, composto por representantes de diferentes instituições e especialistas  
2166 convidados, com reconhecida atuação nas áreas da saúde coletiva, da gestão pública e dos  
2167 direitos humanos. Entre as instituições e organizações convidadas para integrar esse grupo de  
2168 trabalho, mencionou os nomes dos representantes do DIEESE, da Rede Unida, do Centro  
2169 Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES, da Fundação Estatal de Saúde da Família, do  
2170 DIESAT, do Gabinete do Ministro da Saúde, da Associação Brasileira de Economia da Saúde  
2171 (ABRES), Subprocuradora do trabalho, docente da PUC/SP, coordenação do Fórum dos Direitos  
2172 Humanos e Saúde/ENSP/Fiocruz, LAPES/FIOCRUZ, da Associação Brasileira de Saúde  
2173 Coletiva (ABRASCO, ex-presidente do CNS, da Frente pela Vida e CEAP. Registrou que já  
2174 havia sido realizada uma primeira reunião virtual com essas representações para início dos  
2175 trabalhos de elaboração do documento orientador e estava estando prevista a realização de  
2176 uma reunião presencial na primeira semana de fevereiro, com o objetivo de dar continuidade  
2177 ao processo de construção coletiva do documento. Feitas essas explicações, fez a leitura  
2178 compartilhada com a conselheira Francisca Valda da Silva, em razão da extensão do  
2179 documento. O texto é seguinte: Resolução nº xxx, de 29 de janeiro de 2026. Institui a Comissão  
2180 Organizadora e o Comitê Executivo da 18ª Conferência Nacional de Saúde e dispõe sobre sua  
2181 estrutura, composição e atribuições. O Pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua  
2182 Trecentésima Septuagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias XX e XX de janeiro  
2183 de 2026, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080,  
2184 de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei  
2185 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de  
2186 2006, e em conformidade com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a  
2187 legislação brasileira correlata; e considerando que a participação da comunidade é uma diretriz  
2188 do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido no art. 198 da Constituição Federal  
2189 de 1988; considerando a Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na  
2190 gestão do (SUS) e cria a Conferência de Saúde como instância colegiada de caráter  
2191 deliberativo, a ser realizada a cada quatro anos, com representação dos diversos segmentos  
2192 sociais, destinada a avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da  
2193 política de saúde nos níveis correspondentes; considerando que a Décima Sétima Conferência  
2194 Nacional de Saúde (17ª CNS) foi realizada entre os dias 2 e 5 de julho de 2023; considerando a  
2195 Resolução nº 797, de 9 de outubro de 2025, que aprova a realização da Décima Oitava  
2196 Conferência Nacional de Saúde (18ª CNS); considerando a Lei Complementar nº 141/2012,  
2197 que determina a obrigatoriedade de que os Conselhos de Saúde, entre outras atribuições,  
2198 deliberem sobre as diretrizes para a definição de prioridades nos Planos Plurianuais, nas leis  
2199 de diretrizes orçamentárias, nas leis orçamentárias e nos planos de aplicação de recursos dos  
2200 fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; considerando a  
2201 necessidade de observar os procedimentos e os prazos aplicáveis ao encaminhamento das  
2202 atividades relativas à organização da 18ª CNS, nos termos do seu Regimento; e considerando  
2203 que compete ao CNS fortalecer a participação e o controle social no SUS, nos termos do art.  
2204 11, inciso XIII, da Resolução CNS nº 765, de 19 de dezembro de 2024. Resolve: Art. 1º Ficam  
2205 instituídos a Comissão Organizadora, suas Comissões Temáticas, e o Comitê Executivo da 18ª  
2206 Conferência Nacional de Saúde. Art. 2º A estrutura, a composição e as atribuições da  
2207 Comissão Organizadora, de suas Comissões Temáticas e do Comitê Executivo da 18ª CNS  
2208 são aquelas estabelecidas nesta Resolução. Seção I - DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DA  
2209 COMISSÃO ORGANIZADORA. Art. 3º A Comissão Organizadora da 18ª Conferência Nacional  
2210 de Saúde é composta por vinte e quatro pessoas conselheiras nacionais de saúde, sendo: I –  
2211 oito pessoas integrantes oriundos da Mesa Diretora do triênio 2025–2027; e II – dezesseis  
2212 pessoas conselheiras nacionais de saúde indicados pelo Pleno do Conselho Nacional de  
2213 Saúde - CNS. § 1º A composição da Comissão Organizadora observa a paridade entre os  
2214 segmentos, com a seguinte distribuição: I - doze pessoas integrantes do segmento de usuários;  
2215 II – seis pessoas integrantes do segmento de trabalhadores e profissionais de saúde; e III - seis  
2216 pessoas integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços. § 2º A Comissão  
2217 Organizadora será coordenada pela Presidenta do Conselho Nacional de Saúde e, em sua

ausência ou impedimento, pela Coordenação-Geral Adjunta e, subsidiariamente, pela Secretaria-Geral. Art. 4º A Comissão Organizadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde conta, em sua estrutura organizativa, com funções de coordenação, relatoria e de secretaria, distribuídas entre suas pessoas integrantes, observada a paridade dos segmentos, compreendendo: I – Coordenação-Geral e Coordenação-Geral Adjunta; II – Secretaria-Geral; III – Relatoria-Geral e Relatoria Adjunta; IV – Coordenação de Comunicação e Acessibilidade e Coordenação Adjunta de Comunicação e Acessibilidade; V - Coordenação de Mobilização e Articulação e Coordenação Adjunta de Mobilização e Articulação; VI - Coordenação de Infraestrutura e Acessibilidade e Coordenação Adjunta de Infraestrutura e Acessibilidade; VII - Coordenação de Arte, Cultura e Educação Popular e Coordenação Adjunta de Arte, Cultura e Educação Popular; VIII – Coordenação de Saúde e Coordenação Adjunta de Saúde; §1º As funções de Coordenação-Geral, Coordenação-Geral Adjunta e Secretaria-Geral são exercidas, em sua titularidade, pelas pessoas integrantes da Mesa Diretora do CNS. §2º As pessoas integrantes indicadas para o exercício das funções de Coordenação e Coordenação Adjunta das Comissões Temáticas previstas nos incisos III a VIII do caput, são indicadas pela Comissão Organizadora Nacional da 18ª CNS, e aprovadas pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde. §3º As pessoas adjuntas correspondentes à estrutura da Comissão Organizadora prevista no art. 4º desta Resolução substituirão as respectivas pessoas Coordenadoras e Relatora Geral, em caso de impedimentos. §4º A Relatoria-Geral e as coordenações previstas nos incisos IV a VIII do caput contam, em suas respectivas estruturas, com comissões temáticas. §5º As comissões temáticas de Relatoria e Infraestrutura e Acessibilidade são compostas por dezesseis integrantes e observada a paridade dos segmentos, sendo: I - oito integrantes do segmento de usuários; II - quatro integrantes do segmento de trabalhadores e profissionais da saúde; e III - quatro integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços. §6º As comissões temáticas de Comunicação e Acessibilidade; Mobilização e Articulação; Arte, Cultura e Educação Popular; e Saúde são compostas por doze integrantes, observada a paridade dos segmentos, sendo: I - seis integrantes do segmento de usuários; II - três integrantes do segmento de trabalhadores e profissionais da saúde; e III - três integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços. §7º As pessoas integrantes das comissões temáticas são aprovadas pelo Pleno do CNS mediante resolução. Seção II - DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO Art. 5º O Comitê Executivo da 18ª CNS é composto por: I - dois integrantes da Secretaria-Executiva do CNS; II - dois integrantes da Comissão Organizadora; III - dois integrantes do Ministério da Saúde; IV - um integrante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e V - um integrante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. Parágrafo único. O Comitê Executivo, coordenado pela Secretaria-Executiva do CNS, atua de forma articulada com os demais órgãos do Ministério da Saúde e com instâncias, entidades e movimentos sociais, populares e sindicais envolvidos, com o objetivo de prestar apoio técnico, administrativo, financeiro, logístico e de infraestrutura para a realização da 18ª CNS. Seção III - DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO ORGANIZADORA, DE SUAS COMISSÕES TEMÁTICAS E DO COMITÊ EXECUTIVO. Art. 6º Compete à Comissão Organizadora da 18ª CNS: I - promover as ações necessárias à realização da 18ª CNS, em seus aspectos técnicos, políticos, administrativos, financeiros e sanitários, assegurada a coerência com as deliberações do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde, especialmente para: a) elaborar o documento orientador, a partir de processo participativo, com a contribuição de pessoas convidadas pela Comissão; b) propor o regimento interno, as diretrizes metodológicas e o regulamento da etapa nacional; c) indicar as pessoas expositoras das mesas e participantes das demais atividades programadas; d) elaborar as ementas destinadas às pessoas expositoras das mesas; e) propor os critérios para participação e indicação das pessoas convidadas nacionais e internacionais, a serem aprovados pelo Pleno do CNS; e f) propor os critérios para participação das pessoas delegadas indicadas ou eleitas por entidades nacionais dos segmentos de usuários, trabalhadores e profissionais de saúde e gestores e prestadores de serviços de saúde, a serem aprovadas pelo Pleno do CNS. II - assegurar as condições de infraestrutura, logística, saúde, acolhimento e acessibilidade necessárias à realização da etapa nacional; III - acompanhar a execução orçamentária da etapa nacional, propor os ajustes necessários e apresentar a prestação de contas da 18ª CNS; IV – encaminhar ao Conselho Nacional de Saúde, no prazo de até sessenta dias após o encerramento da etapa nacional, a resolução contendo as deliberações aprovadas na 18ª CNS, para assegurar sua utilização nos processos de planejamento e monitoramento do SUS. V – elaborar e apresentar o relatório final da conferência, a ser publicado até o primeiro trimestre de 2028, ressalvada a necessidade de

2278 ajustes técnicos, editoriais ou de acessibilidade, devidamente informados ao Pleno do CNS; VI  
2279 - apreciar os recursos técnicos e operacionais relativos ao credenciamento das pessoas  
2280 delegadas; VII - acompanhar e deliberar sobre instrumentos, sistemas e fluxos de inscrição,  
2281 credenciamento, controle de acesso, votações e sistematização; VIII - estimular, monitorar e  
2282 apoiar a realização das Atividades Preparatórias, Conferências Municipais, Estaduais e  
2283 Distrital, bem como as Conferências Livres Nacionais da 18ª CNS; IX - discutir e deliberar  
2284 sobre questões pertinentes à 18ª CNS e submetê-las ao Pleno do CNS, quando necessário; e  
2285 X - resolver casos omissos no âmbito de sua competência. Art. 7º À Coordenação-Geral  
2286 compete: I – exercer a direção política e institucional da Comissão Organizadora da 18ª  
2287 Conferência Nacional de Saúde; II – representar a Comissão Organizadora junto ao Pleno do  
2288 Conselho Nacional de Saúde, aos órgãos e entidades do controle social, às instâncias  
2289 governamentais e a outras instituições externas; III – convocar, presidir e coordenar as  
2290 reuniões da Comissão Organizadora, orientando os debates e conduzindo as deliberações; IV  
2291 – articular politicamente, o processo de organização da 18ª CNS, em diálogo com as instâncias  
2292 do controle social, entes federativos e demais atores institucionais envolvidos; V – implementar  
2293 as deliberações da Comissão Organizadora; VI – orientar o funcionamento das coordenações  
2294 temáticas e assegurar a integração entre as áreas de trabalho; VII – dirimir questões de  
2295 natureza política e estratégica relacionadas à organização da 18ª CNS; VIII - submeter ao  
2296 Pleno do CNS as propostas e os encaminhamentos produzidos pela Comissão Organizadora; e  
2297 IX - orientar, em nível estratégico, todo o processo de organização da 18ª CNS, incluindo a  
2298 metodologia, a infraestrutura, a mobilização, o credenciamento, a programação, o orçamento, a  
2299 acessibilidade e a comunicação. Art. 8º À Coordenação-Geral Adjunta compete: I – apoiar a  
2300 Coordenação-Geral na condução dos trabalhos da Comissão Organizadora, atuando de forma  
2301 integrada e complementar; II – supervisionar o funcionamento interno da Comissão  
2302 Organizadora e de suas Comissões Temáticas, acompanhando a execução das deliberações,  
2303 o cumprimento do cronograma e a articulação entre as coordenações; III – acompanhar a  
2304 implementação das decisões da Comissão Organizadora, identificando riscos, entraves e  
2305 necessidades de ajuste, e propondo encaminhamentos à Coordenação-Geral; IV – apoiar a  
2306 Coordenação-Geral na preparação das reuniões da Comissão Organizadora, contribuindo para  
2307 a organização estratégica dos debates e deliberações; V – substituir a Coordenação-Geral em  
2308 suas ausências ou impedimentos. Art. 9º À Secretaria-Geral compete: I - organizar, em  
2309 conjunto com a Coordenação-Geral e Coordenação-Geral Adjunta, a pauta das reuniões da  
2310 Comissão Organizadora e consolidar os informes, as demandas e as propostas das  
2311 coordenações; II - acompanhar as reuniões do Comitê Executivo e articular suas deliberações  
2312 com a Comissão Organizadora; III - acompanhar o fluxo de documentos e informações  
2313 relativos à 18ª CNS e assegurar seu registro, organização, tramitação, arquivamento e  
2314 disponibilização; IV - encaminhar para as áreas responsáveis, no âmbito do CNS e do  
2315 Ministério da Saúde, os documentos, as deliberações e as solicitações produzidos pela  
2316 Comissão Organizadora; e V - monitorar o cumprimento dos prazos e encaminhamentos  
2317 definidos pela Comissão Organizadora. Art. 10 - À Relatoria-Geral compete: I - coordenar a  
2318 Comissão de Relatoria da etapa nacional e articular-se com as coordenações temáticas para  
2319 assegurar a coerência metodológica; II - promover o recebimento, a organização e o  
2320 encaminhamento, em tempo hábil, dos relatórios das Conferências Estaduais, Distrital e das  
2321 Conferências Livres; III - orientar o processo de trabalho das pessoas reladoras das Plenárias e  
2322 dos Grupos de Trabalho e oferecer diretrizes e instrumentos de sistematização que assegurem  
2323 precisão técnica, acessibilidade e fidelidade ao conteúdo debatido; IV - sistematizar e  
2324 consolidar os relatórios das etapas estaduais e do Distrito Federal, bem como das  
2325 Conferências Livres Nacionais, para distribuição às pessoas delegadas da Etapa Nacional, de  
2326 modo a promover a organização temática das contribuições e a identificação de convergências,  
2327 divergências, agrupamentos e proposições estruturantes; V - coordenar a sistematização da  
2328 produção dos Grupos de Trabalho; VI - coordenar a formulação, a sistematização e a  
2329 organização das moções de âmbito nacional aprovadas na Plenária Final da 18ª CNS, para  
2330 assegurar a conformidade com as deliberações registradas; VII - estruturar a minuta da  
2331 resolução com as deliberações aprovadas na 18ª CNS, a ser apreciada e deliberada pelo Pleno  
2332 do CNS; VIII - estruturar o Relatório Final da 18ª CNS, em articulação com a Comissão  
2333 Organizadora e com a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, a ser  
2334 apresentado ao Conselho e ao Ministério da Saúde; e IX - reunir e registrar os textos, as  
2335 apresentações e as contribuições das pessoas expositoras, de forma a assegurar sua  
2336 incorporação ao acervo documental da Conferência e sua divulgação. Art. 11 À Coordenação  
2337 de Comunicação e Acessibilidade compete: I - propor e coordenar a política de comunicação e

2338 divulgação da 18ª CNS, garantindo o alinhamento com a identidade institucional do Conselho  
2339 Nacional de Saúde e com as diretrizes de comunicação do Ministério da Saúde; II - planejar e  
2340 conduzir as estratégias de divulgação do regimento e demais normas, da programação e das  
2341 informações oficiais da 18ª CNS, de forma a assegurar linguagem acessível e adequada aos  
2342 diferentes públicos; III - orientar e acompanhar as atividades de comunicação social,  
2343 assessoria de imprensa, produção de conteúdo, cobertura audiovisual, redes sociais e  
2344 comunicação interna relativas à 18ª CNS; IV - promover ampla divulgação da Conferência nos  
2345 meios de comunicação tradicionais e digitais, para ampliar o alcance e a participação social; V -  
2346 articular, em conjunto com a Secretaria-Executiva do CNS e com a Assessoria de  
2347 Comunicação do Ministério da Saúde, a elaboração e a execução do plano geral de  
2348 comunicação e acessibilidade da Conferência; VI - assegurar a integração entre comunicação  
2349 institucional, acessibilidade comunicacional e gestão da informação; VII - supervisionar a  
2350 produção e a padronização dos materiais de comunicação, para garantir acessibilidade,  
2351 conformidade visual e linguagem inclusiva; e VIII – elaborar relatório técnico final da Comissão  
2352 de Comunicação e Acessibilidade, que contenha a sistematização das estratégias adotadas, os  
2353 produtos comunicacionais desenvolvidos, as ações de acessibilidade comunicacional  
2354 implementadas, a avaliação crítica dos resultados e as recomendações para conferências  
2355 futuras. Parágrafo único. A Comissão de Comunicação e Acessibilidade deve assegurar que  
2356 todo o material produzido para a 18ª CNS, incluído documentos, peças gráficas, conteúdos  
2357 digitais, vídeos, apresentações e sinalização, esteja em conformidade com as normas de  
2358 acessibilidade e comunicação inclusiva previstas no Manual de Acessibilidade. Art. 12 - À  
2359 Coordenação de Infraestrutura e Acessibilidade compete: I - planejar, supervisionar e adotar  
2360 todas as providências necessárias para garantir as condições de infraestrutura, logística e  
2361 acessibilidade da 18ª CNS, para abranger o local do evento, as instalações, os equipamentos,  
2362 os serviços de audiovisual e reprografia, a comunicação interna, a hospedagem, o transporte, a  
2363 alimentação, a sinalização, o tradutor e intérprete da Língua Brasileira de Sinais (Libras), o  
2364 mobiliário e o apoio operacional; II - acompanhar e supervisionar, em articulação com a  
2365 Comissão Organizadora, a execução orçamentária e a prestação de contas dos recursos  
2366 destinados à infraestrutura e aos serviços operacionais da 18ª CNS; III - propor, implementar e  
2367 monitorar medidas de acessibilidade arquitetônica, comunicacional e atitudinal, para assegurar  
2368 a participação plena de pessoas com deficiência e pessoas com outras necessidades  
2369 específicas, em conformidade ao Manual de Acessibilidade; IV – articular-se com a Secretaria-  
2370 Executiva do Conselho Nacional de Saúde, com o Ministério da Saúde e com os fornecedores  
2371 contratados para garantir a execução dos serviços de infraestrutura e acessibilidade; V -  
2372 integrar suas atividades às demais áreas temáticas da Conferência; e VI – elaborar relatório  
2373 técnico final da Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade, que contenha o registro das ações  
2374 de planejamento e execução da infraestrutura e logística, as medidas de acessibilidade  
2375 arquitetônica, comunicacional e atitudinal adotadas, a avaliação da execução orçamentária no  
2376 âmbito da comissão, principais desafios enfrentados e as recomendações para futuras  
2377 conferências. Art. 13 - À Coordenação de Mobilização e Articulação compete: I - estimular,  
2378 apoiar e acompanhar a realização das Conferências Municipais, Estaduais e Distrital, bem  
2379 como as Conferências Livres Nacionais e Atividades Preparatórias, para fortalecer a  
2380 capilaridade e a participação social no processo da 18ª CNS; II - mobilizar e estimular a  
2381 participação paritária das usuárias e dos usuários em relação ao conjunto das pessoas  
2382 delegadas de todas as etapas da 18ª CNS; III - mobilizar e incentivar a participação paritária  
2383 dos trabalhadores e profissionais de saúde em relação às pessoas delegadas dos segmentos  
2384 gestor e prestador, para assegurar o equilíbrio entre os segmentos e o fortalecimento do  
2385 controle social; IV - articular o intercâmbio entre Estados e o Distrito Federal, para promover a  
2386 troca de experiências e de boas práticas, bem como o alinhamento metodológico ao tema e  
2387 aos eixos da 18ª CNS; V - promover a articulação com movimentos sociais, populares e  
2388 sindicais para a realização de atividades políticas, culturais e de mobilização pública em todas  
2389 as etapas do processo conferencial, para contribuir com a ampliação do alcance social do tema  
2390 e dos eixos temáticos; VI - atuar em articulação com a Coordenação de Comunicação e com a  
2391 Coordenação de Infraestrutura para apoiar ações de mobilização territorial com informações  
2392 atualizadas, materiais orientadores e diretrizes metodológicas, de modo a contribuir para a  
2393 adequada organização das etapas municipais, estaduais e distrital; e VII – elaborar relatório  
2394 técnico final da Comissão de Mobilização e Articulação, que contemple a análise do processo  
2395 de mobilização social nas etapas preparatórias e conferenciais, o acompanhamento das  
2396 conferências municipais, estaduais, distrital e livres nacionais, as estratégias de articulação  
2397 territorial e interinstitucional, a avaliação da participação social e as recomendações para o

2398 fortalecimento do controle social em conferências futuras. Art. 14 À Coordenação de Arte,  
2399 Cultura e Educação Popular compete: I - identificar, articular e mobilizar grupos, coletivos,  
2400 artistas, comunicadores populares e expressões culturais que dialoguem com o SUS, a  
2401 participação social e a educação popular, e incentive sua participação nas etapas da 18ª CNS;  
2402 II - planejar e organizar, em articulação com a Comissão Organizadora, a programação cultural  
2403 da 18ª CNS, para valorizar expressões regionais, identitárias e populares, e promover  
2404 ambientes de encontro, diálogo e celebração da diversidade; III - promover ato político-cultural  
2405 durante a etapa nacional, com o objetivo de inserir o tema da conferência nas mídias sociais e  
2406 na agenda cultural da cidade, para ampliar a relevância sociocultural da conferência; IV -  
2407 contribuir com a construção metodológica da 18ª CNS, ao identificar e compartilhar referências,  
2408 dinâmicas, vivências e práticas que promovam o diálogo e a articulação entre o saber e o  
2409 protagonismo popular no âmbito da Conferência; V - assessorar a Coordenação de  
2410 Infraestrutura e Acessibilidade quanto às especificidades socioculturais, regionais e  
2411 comunitárias dos grupos participantes, para apoiar estratégias de acolhimento, acessibilidade e  
2412 cuidado em saúde aos participantes; VI - propor e apoiar práticas de acolhimento, cuidado e  
2413 humanização nos espaços da Conferência, ao integrar saberes populares, artes, saúde  
2414 coletiva, diversidade cultural e ações de integração entre as pessoas participantes; VII -  
2415 articular suas ações com as demais coordenações temáticas e com a mobilização social; e VIII  
2416 – elaborar relatório técnico final da Comissão de Arte, Cultura e Educação Popular, que registre  
2417 as ações culturais desenvolvidas, as metodologias participativas adotadas, as contribuições da  
2418 educação popular para a dinâmica da Conferência, a avaliação do impacto sociocultural das  
2419 atividades e as recomendações para o aprimoramento das práticas em processos  
2420 conferenciais futuros. Art. 15 - À Coordenação de Saúde compete: I – planejar, coordenar e  
2421 executar as ações de cuidado e atenção à saúde durante a Etapa Nacional da 18ª CNS, para  
2422 assegurar atendimento adequado, imediato e acessível às pessoas participantes, em  
2423 articulação com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal e demais órgãos competentes; II –  
2424 avaliar e propor condições sanitárias, epidemiológicas e de segurança em saúde, que incluam  
2425 vigilância, manejo de riscos, equipamentos, insumos, medicamentos, protocolos de  
2426 atendimento e rotinas de emergência, de forma a garantir um ambiente seguro e acolhedor; III  
2427 – coordenar as equipes de saúde responsáveis pela assistência durante a Conferência,  
2428 observadas a composição, o dimensionamento, a força de trabalho, os critérios técnicos, as  
2429 escalas de trabalho e descanso, bem como a logística operacional necessária ao pleno  
2430 funcionamento do posto de saúde; IV – propor a implementação de estratégias de promoção  
2431 da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral às pessoas participantes, que incluam  
2432 ações de acolhimento, educação em saúde, redução de danos, cuidados psicossociais e ações  
2433 afirmativas para grupos vulnerabilizados; V – manter comunicação permanente com as demais  
2434 coordenações, especialmente com as de Infraestrutura e Acessibilidade e de Comunicação e  
2435 Acessibilidade, de modo a assegurar fluxos integrados de atendimento, acessibilidade,  
2436 transporte sanitário, suporte em emergências e divulgação de orientações de saúde; VI –  
2437 adotar e monitorar protocolos e medidas de biossegurança, que incluam ventilação, higiene,  
2438 qualidade da água, higiene alimentar, manejo de resíduos, vigilância de doenças transmissíveis  
2439 e demais ações sanitárias previstas nas normas vigentes; VII – assessorar a Comissão  
2440 Organizadora e o Comitê Executivo em temas técnicos de saúde relacionados à realização da  
2441 Conferência, para subsidiar decisões, sugerir ajustes estruturais e identificar riscos e  
2442 estratégias de mitigação; e VIII – elaborar relatório técnico ao final da 18ª CNS, que contenha o  
2443 registro das ações de saúde realizadas, os indicadores de atendimento, as ocorrências, as  
2444 recomendações e as propostas de aperfeiçoamento para conferências futuras. Art. 16 Ao  
2445 Comitê Executivo da 18ª CNS compete: I - garantir a execução, o acompanhamento e a  
2446 fiscalização do Termo de referência e dos demais instrumentos aprovados pela Comissão  
2447 Organizadora, relativos à etapa nacional da 18ª CNS; II – articular as deliberações da  
2448 Comissão Organizadora com as áreas técnicas da Secretaria-Executiva do Conselho Nacional  
2449 de Saúde e do Ministério da Saúde; III - articular a dinâmica de trabalho entre a Comissão  
2450 Organizadora ao Ministério da Saúde, os conselhos de saúde e as demais instituições  
2451 envolvidas; IV - enviar e divulgar orientações e informações relacionadas às matérias  
2452 aprovadas pela Comissão Organizadora aos conselhos de saúde, aos movimentos sociais,  
2453 populares e sindicais, aos gestores e prestadores de serviço de saúde e às demais entidades  
2454 da sociedade civil sobre a 18ª CNS; V - apoiar as etapas municipal, estadual e distrital,  
2455 oferecendo orientações metodológicas, materiais de referência e informações oficiais  
2456 necessárias à condução dos atos preparatórios para a 18ª CNS; VI - elaborar a proposta  
2457 orçamentária da 18ª CNS, realizar o seu acompanhamento, solicitar suplementações, quando

2458 necessário, e garantir a compatibilidade dos gastos com o planejamento aprovado; VII -  
2459 organizar a prestação de contas e encaminhar informes administrativos e financeiros, quando  
2460 necessário, à Comissão Organizadora da 18ª CNS; VIII - analisar as necessidades de  
2461 infraestrutura, logística, acessibilidade, tecnologia da informação e atendimento às pessoas  
2462 participantes da etapa nacional; IX - solicitar a participação de técnicos das áreas do Ministério  
2463 da Saúde e de outros órgãos públicos para contribuir, em caráter temporário, com a  
2464 organização da Conferência; X – garantir a divulgação do regimento, das diretrizes  
2465 metodológicas e do Regulamento da 18ª CNS, após a devida aprovação pelo Pleno do  
2466 Conselho Nacional de Saúde, com ampla publicidade e acessibilidade; XI - propor,  
2467 acompanhar e fiscalizar a execução de contratos, convênios, termos de referência e demais  
2468 instrumentos necessários à realização da 18ª CNS; XII - formular, em articulação com a  
2469 Comissão Organizadora e com o Núcleo de Tecnologia da Informação do Conselho Nacional  
2470 de Saúde, a sistemática de inscrição, credenciamento, controle de acesso e votação da 18ª  
2471 CNS; XIII - acompanhar e supervisionar o processo de credenciamento das pessoas  
2472 delegadas, convidadas e demais participantes da etapa nacional; XIV - organizar os  
2473 procedimentos para a votação das pessoas delegadas da etapa nacional, bem como os  
2474 instrumentos de controle e segurança necessários; XV - promover, de forma articulada com as  
2475 coordenações de Comunicação e Acessibilidade, a divulgação da 18ª CNS, considerando  
2476 estratégias inclusivas e observância aos princípios de comunicação acessível; e XVII -  
2477 providenciar os atos e os encaminhamentos pertinentes ao fluxo dos gastos, com as devidas  
2478 previsões, cronogramas, planos de aplicação, monitoramento e garantia da integridade das  
2479 informações. Seção IV - DAS PESSOAS INTEGRANTES DA COMISSÃO ORGANIZADORA.  
2480 Art. 17 - Ficam designadas para compor a Comissão Organizadora da 18ª CNS, observados os  
2481 critérios de segmentação e de paridade, as seguintes pessoas: I – pessoas integrantes da  
2482 Mesa Diretora: a) Fernanda Lou Sans Magano – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-  
2483 2027); b) Francisca Valda da Silva – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); c) Getúlio  
2484 Vargas de Moura Júnior – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); d) Heliana Neves  
2485 Hemetério dos Santos – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); e) Priscila Torres da  
2486 Silva – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); f) Vânia Lúcia Ferreira Leite – Membro  
2487 da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); g) Cristiane Pereira dos Santos – Membro da Mesa  
2488 Diretora (Triênio 2025-2027); h) Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda – Membro da Mesa  
2489 Diretora (Triênio 2025-2027). II - Coordenação-Geral e Coordenação-Geral Adjunta,  
2490 respectivamente: a) Fernanda Lou Sans Magano – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-  
2491 2027); b) Getúlio Vargas de Moura Júnior – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027). III -  
2492 Secretário/a Geral: a) Heliana Neves Hemetério dos Santos – Membro da Mesa Diretora  
2493 (Triênio 2025-2027). IV – pessoas representantes do segmento de usuários: a) Getúlio Vargas  
2494 de Moura Júnior – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); b) Heliana Neves Hemetério  
2495 dos Santos – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); c) Priscila Torres da Silva –  
2496 Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); d) Vânia Lúcia Ferreira Leite – Membro da  
2497 Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); e) Carmem Sílvia Ferreira Santiago – Conselheira Nacional  
2498 de Saúde; f) Eder Pereira da Silva – Conselheiro Nacional de Saúde; g) Elenilson Silva de  
2499 Souza – Conselheiro Nacional de Saúde; h) José Vanilson Torres da Silva – Conselheiro  
2500 Nacional de Saúde; i) Maicon Ricardo Nunes Martins – Conselheiro Nacional de Saúde; j)  
2501 Renata Soares de Souza – Conselheira Nacional de Saúde; k) Thiago Soares Leitão (Doté) –  
2502 Conselheiro Nacional de Saúde; e l) Victoria Matos das Chagas Silva – Conselheira Nacional  
2503 de Saúde. V - pessoas representantes do segmento de trabalhadores e profissionais de saúde;  
2504 a) Fernanda Lou Sans Magano – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); b) Francisca  
2505 Valda da Silva – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); c) Débora Melechi –  
2506 Conselheira Nacional de Saúde; d) Odete Torres – Conselheira Nacional de Saúde; e)  
2507 Veridiana Ribeiro – Conselheira Nacional de Saúde; e f) Helenice Nakamura – Conselheira  
2508 Nacional de Saúde. VI – pessoas representantes do segmento gestor e prestador de serviços:  
2509 a) Cristiane Pereira dos Santos – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); b) Rodrigo  
2510 Cesar Faleiros de Lacerda – Membro da Mesa Diretora (Triênio 2025-2027); c) Maria Eufrásia  
2511 de Oliveira Lima – Conselheira Nacional de Saúde; d) André Luís Bonifácio Carvalho –  
2512 Conselheiro Nacional de Saúde; e) Haroldo Jorge de Carvalho Pontes – Conselheiro Nacional  
2513 de Saúde; e f) Nelson Mussolini – Conselheiro Nacional de Saúde. Seção V - DAS PESSOAS  
2514 INTEGRANTES DO COMITÊ EXECUTIVO. Art. 18 - Ficam designadas para compor o Comitê  
2515 Executivo da 18ª CNS as seguintes pessoas: I - pessoas representantes da Secretaria-  
2516 Executiva do CNS: a) Jannayna Martins Sales – Secretária-Executiva do CNS. b) Gustavo  
2517 Vasconcelos Bittencourt Cabral - Secretário-Executivo Substituto do CNS. II – pessoas

2518 representantes da Comissão Organizadora: c) Fernanda Lou Sans Magano – Presidenta do  
2519 Conselho Nacional de Saúde; e d) Heliana Neves Hemetério dos Santos – Membro da Mesa  
2520 Diretora (Triênio 2025-2027). III – pessoas representantes do Ministério da Saúde: e) Eliane  
2521 Aparecida da Cruz – Conselheira Nacional de Saúde; e f) Cristiane Pereira dos Santos –  
2522 Conselheira Nacional de Saúde. IV – pessoa representante do Conselho Nacional de  
2523 Secretários de Saúde – CONASS: g) Haroldo Jorge de Carvalho Pontes. V – pessoa  
2524 representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. h)  
2525 Flávio Alexandre Cardoso Álvares. Fernanda Lou Sans Magano. Presidenta do Conselho  
2526 Nacional de Saúde.” Encerrada a leitura, a Presidenta do CNS abriu inscrições para  
2527 manifestações do Pleno do Conselho sobre a resolução. Conselheiro **Gilson Silva** reiterou a  
2528 necessidade de assegurar a participação das pessoas com deficiência no processo  
2529 organizativo da 18ª Conferência, solicitando que o segmento esteja contemplado não apenas  
2530 na comissão organizadora, mas também nas comissões temáticas, especialmente relatoria,  
2531 acessibilidade e infraestrutura. Recordou que o Conselho havia aprovado resolução recente  
2532 garantindo a participação desse público em todas as suas atividades e defendeu a efetiva  
2533 aplicação da diretriz no processo da Conferência. A Presidenta do CNS explicou que a  
2534 resolução aprovada instituiu a estrutura geral da comissão organizadora e que a composição  
2535 detalhada das comissões temáticas seria definida em ato posterior, na primeira reunião da  
2536 comissão organizadora. Informou que já havia recomendação aos fóruns dos segmentos para  
2537 assegurar representatividade e acessibilidade, incluindo a participação de pessoas com  
2538 deficiência em todas as instâncias organizativas. Conselheira **Elgiane de Fatima Machado**  
2539 **Lago** registrou ausência de menção ao espaço para as práticas integrativas e complementares  
2540 em saúde no texto da comissão temática de saúde e solicitou inclusão explícita dessa questão.  
2541 A mesa submeteu a observação ao Pleno e a sugestão foi acolhida. A assessoria do Conselho  
2542 faria a adequação textual na versão final da resolução antes de sua publicação. Conselheira  
2543 **Maria Thereza Almeida Antunes** apoiou as manifestações anteriores, reforçando a  
2544 necessidade de contemplar tanto a participação das pessoas com deficiência quanto os  
2545 espaços voltados às práticas integrativas e complementares em saúde no âmbito da  
2546 conferência. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** solicitou correção do registro nominal  
2547 da conselheira Odete Messa Torres, indicando a grafia adequada para constar na versão oficial  
2548 do documento, o que foi acolhido pela coordenação para ajuste na publicação final.  
2549 Conselheiro **José Oliveira da Silva** sugeriu que a comissão de infraestrutura avaliasse a  
2550 possibilidade de pagamento de diárias aos participantes como alternativa à contratação  
2551 centralizada de hospedagem. A Presidenta do CNS informou que o tema já estava  
2552 contemplado na organização geral e dependeria de estudos logísticos e de custo-benefício, a  
2553 serem realizados pela comissão de infraestrutura em diálogo com o Ministério da Saúde e o  
2554 Comitê Executivo, podendo adotar contratação de hotelaria ou modelo de diárias conforme a  
2555 solução mais adequada e viável financeiramente. Encerradas as inscrições, a Presidenta do  
2556 CNS submeteu ao Pleno a resolução. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, com os**  
2557 **ajustes sugeridos durante o debate, resolução que institui a Comissão Organizadora e o**  
2558 **Comitê Executivo da 18ª Conferência Nacional de Saúde e dispõe sobre sua estrutura,**  
2559 **composição e atribuições.** A Presidenta do CNS agradeceu às conselheiras e aos  
2560 conselheiros pelas contribuições ao processo organizativo da Conferência e destacou a  
2561 importância do trabalho coletivo do controle social para a construção da 18ª Conferência. **ITEM**  
2562 **10 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais,**  
2563 **Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas** – A Presidenta do CNS ressaltou que este item  
2564 não seria apresentado, pois os atos normativos previstos foram aprovados nos respectivos  
2565 pontos de pauta. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a coordenação da mesa  
2566 agradeceu a presença de todas as pessoas conselheiras e também aos internautas que  
2567 acompanharam a reunião e declarou encerrada a sessão plenária. Estiveram presentes as  
2568 seguintes pessoas conselheiras na tarde do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Abrahão**  
2569 **Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Carmem Silvia Ferreira Santiago**,  
2570 Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde  
2571 (MS); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR);  
2572 **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);  
2573 **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela  
2574 Hanseníase - MORHAN); **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e  
2575 Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos  
2576 Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem –  
2577 ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de

2578 Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia  
2579 (CFFa); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária –  
2580 CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde  
2581 (CNTS);; **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação Brasileira das Associações de  
2582 Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos  
2583 Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Nelson Augusto Mussolini**,  
2584 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Paula Johns**, Associação de Controle do  
2585 Tabagismo, Promoção da Saúde e dos Direitos Humanos (ACT); **Priscila Torres da Silva**,  
2586 Biored Brasil; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em  
2587 Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de  
2588 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e  
2589 Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de  
2590 Nutrição (ASBRAN); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida  
2591 (REDEUNIDA); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil  
2592 (CNBB); e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE).  
2593 *Suplentes* – **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,  
2594 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de  
2595 Educação Física (CONFEF); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social  
2596 (CFESS); **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de  
2597 Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de  
2598 Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil;  
2599 **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Gilson Silva**,  
2600 Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários  
2601 de Saúde (CONASS); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); Juliana  
2602 Rezende, Ministério da Saúde; **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil  
2603 (ADJ); **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Pastoral da Pessoa Idosa (PPI); **Luana Ferreira**  
2604 **Lima**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Maria Cecília Jorge Branco**  
2605 **Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves,  
2606 Raras e Deficiências (AFAG); **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde (MS);  
2607 **Rafael Gomes Ditterich**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Raimundo Carlos Moreira**  
2608 **Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à  
2609 CUT (SINTAPI-CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas  
2610 (MNCP); **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Entidade, Rede Nacional Feminista de Saúde,  
2611 Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação  
2612 Nacional dos Enfermeiros (FNE); e **Silvia Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-  
2613 LGBT.