



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos onze e doze dias do mês de março de 2026, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Septuagésima Sexta Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 376ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Analisar e deliberar sobre a proposta da Política Nacional de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde - PNO-SUS. **3)** Analisar e deliberar sobre os informes, pareceres e demais demandas da Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e Educação na Saúde - CIRTES. **4)** Analisar e deliberar sobre os informes e propostas relacionadas à 18ª Conferência Nacional de Saúde, incluindo ajustes de tema, regimento interno, diretrizes metodológicas e documento orientador. **5)** Analisar, debater e deliberar sobre o papel do SUS e do controle social no enfrentamento do feminicídio no Brasil. **6)** Conhecer, debater e deliberar sobre as ações e políticas voltadas à saúde da população quilombola. **7)** Analisar, debater e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento - COFIN. **8)** Conhecer e debater a situação da tuberculose no Brasil e as estratégias e possibilidades de cumprir a meta de eliminação até 2030. **9)** Apreciar e deliberar os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. **MESA DE ABERTURA** – conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 376ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS – APROVAÇÃO DA ATA DA 374ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – A pauta e a ata em questão foram enviadas previamente a todas as pessoas conselheiras, em atenção ao prazo regimental, e não houve adendos. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 376ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Deliberação: a pauta foi aprovada com uma abstenção. APROVAÇÃO DA ATA DA 374ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. Deliberação: a ata da 374ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada com uma abstenção. ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação das novas nomeações de Pessoas Conselheiras Nacionais de Saúde, presentes na Reunião. Saudação às pessoas eleitas para a Coordenação Nacional de Plenárias dos Conselhos de Saúde (online e presentes na Reunião). Datas representativas para a saúde no mês de fevereiro. Indicações. Relatório de atividades da Mesa Diretora do CNS - Apresentação: **Gustavo Cabral**, Secretário Executivo Adjunto do CNS. Coordenação: conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES** – Inicialmente, conselheiro **Paulo Garrido**, presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Fundação Oswaldo Cruz - ASFOC, que comunicou a deflagração de greve de 48 horas pelos trabalhadores da Fiocruz. Em sua exposição, destacou que o movimento decorre do não cumprimento integral de acordo firmado com o governo federal, apontando preocupações quanto à falta de transparência nas negociações em curso. Ademais, manifestou posicionamento crítico em relação a propostas de alteração do modelo jurídico da instituição, defendendo a manutenção da Fiocruz como entidade pública estatal, vinculada ao SUS, com garantia de concursos públicos e regime jurídico único. Na sequência, conselheira **Sarlene Moreira**, representante da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB, apresentou nota de repúdio à portaria que restringe o público-alvo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, limitando-o a territórios homologados. No documento, a COIAB posiciona-se de forma objetiva: 1. Pela revogação imediata da Portaria. De forma alternativa, recomenda-se a seguinte alteração textual: 2. Pela inclusão expressa de redação que garanta atendimento a todos os povos indígenas, independentemente do local onde se encontrem, com a seguinte proposta: Art. 1º A. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem como beneficiários todos os indígenas, independentemente de residirem em terras indígenas homologadas, não homologadas, em contexto urbano ou em qualquer outro local do território nacional. 3. A SESAI deve responsabilizar-se de forma direta**

58 no suporte, condução, direcionamento e acolhimento dos indígenas que procuram ajuda nos
59 DSEI/SESAI, conforme a resolução nº 726/2023 da 6ª Conferência Nacional de Saúde
60 Indígena. i) Que o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Saúde Indígena, por meio
61 dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), em articulação com a FUNAI,
62 organizações indígenas e secretarias estaduais e municipais de saúde, assegurem o
63 atendimento à população indígena que vive em contextos urbanos; ii) Que sejam garantidos
64 recursos financeiros específicos para que a SESA/DSEI realizem o atendimento aos indígenas
65 que vivem em contextos urbanos; iii) Que seja assegurada a inclusão da população indígena
66 que vive em contextos urbanos no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
67 (SIASI) entre outros. Na oportunidade, a conselheira fez a leitura da nota de repúdio, para
68 conhecimento. Além disso, formalizou solicitação para realização do I Seminário sobre Cuidado
69 e Acesso à Saúde dos Povos Indígenas em Contexto Urbano com os entes federados com o
70 objetivo de discutir as responsabilidades institucionais para garantir o acesso desses povos aos
71 serviços de saúde no âmbito do SUS, bem como fortalecer o debate sobre a atualização da
72 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI. A entidade defende
73 atendimento universal, equânime e igualitário a todos os povos indígenas, independentemente
74 de sua localização, respeitando suas especificidades culturais, territoriais e sociais. Na
75 oportunidade, também fez a leitura da Carta na íntegra. Em seguida, conselheira **Lucia**
76 **Helena Modesto Xavier**, representante da ADJ Diabetes Brasil, apresentou informe solicitando
77 apoio à consulta pública nº 31/2026, que visa colher contribuições de pacientes, familiares e
78 cuidadores acerca do uso de sistemas de monitoramento contínuo de glicose no âmbito do
79 SUS. Destacou a relevância da iniciativa para a prevenção de eventos graves, como episódios
80 de hipoglicemia, especialmente entre crianças, idosos e pessoas com diabetes mellitus tipo 1,
81 ressaltando a importância da participação social nesse processo de avaliação de tecnologias
82 em saúde. Na continuidade, conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, representante do
83 Ministério da Saúde, apresentou informe sobre o Fórum de Mulheres na Saúde, instituído em
84 parceria com o Ministério das Mulheres. Informou a realização de encontro nacional em março
85 de 2026, em formato híbrido, bem como o cronograma de implementação de fóruns estaduais,
86 com previsão de mobilização em diversas unidades federativas. Destacou que a iniciativa visa
87 fortalecer a articulação federativa, ampliar a participação social e consolidar a agenda da saúde
88 das mulheres no SUS. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, representante da Articulação TB
89 Brasil, informou que representantes da sociedade civil foram impedidos de participar de
90 workshop do Programa Brasil Saudável, promovido por CONASS e CONASEMS, apesar de
91 integrarem a estrutura do programa. Ressaltou que tal situação se mostra contraditória, uma
92 vez que o Conselho responsável pela condução do Programa Brasil Saudável é composto,
93 entre outros, por representantes da sociedade civil, que, no caso, foram excluídos da atividade.
94 Informou que, diante do ocorrido, foi solicitada reunião prévia com a Secretaria de Vigilância
95 em Saúde e Ambiente – SVSA/MS, na tentativa de tratar da questão antes da realização do
96 evento. Contudo, foi alegado que a programação já se encontrava previamente pactuada, não
97 sendo possível promover alterações em curto prazo. Em resposta, as organizações da
98 sociedade civil elaboraram e apresentaram carta de denúncia, inicialmente lida durante reunião
99 com representantes do Ministério da Saúde, e posteriormente encaminhada, no dia 10, ao
100 secretário Márcio Massuda, com solicitação de envio ao Ministro da Saúde, Alexandre Padilha.
101 Ao citar trecho do documento, destacou que a restrição à participação dos movimentos sociais
102 na construção do Programa Brasil Saudável configura violação de direito constitucional e
103 afronta aos princípios estruturantes do SUS, especialmente o da participação comunitária.
104 Ressaltou que a carta reafirma a posição das entidades no sentido de não aceitar qualquer
105 forma de cerceamento, reivindicando respeito, valorização e participação efetiva da sociedade
106 civil nos processos de formulação, planejamento e execução das políticas públicas de saúde. O
107 informe foi encerrado sob manifestação de apoio do plenário. Na sequência, conselheira
108 **Melissa do Amaral Ribeiro** apresentou informe solicitando apoio do Conselho para o avanço
109 da implementação de protocolo nacional de atenção às pessoas laringectomizadas e
110 traqueostomizadas. Destacou a morosidade na tramitação da pauta no Ministério da Saúde,
111 apesar de compromissos anteriormente assumidos, e evidenciou as graves consequências da
112 ausência de insumos e assistência adequada, incluindo risco de óbito. Ademais, solicitou apoio
113 institucional para viabilizar agenda com o Ministério da Saúde e dar encaminhamento à
114 demanda, bem como divulgou a realização de congresso sobre novas abordagens terapêuticas
115 na área. Por fim, a pedido da conselheira Walquiria Cristina Barbosa, informou que está em
116 processo de organização um congresso sobre novas abordagens terapêuticas, especialmente
117 voltadas ao cuidado de pessoas com demência, com destaque à relevância do evento e à

118 necessidade de apoio institucional do Conselho. Conselheira **Andreia Cristina**, representante
119 da Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama - FEMAMA,
120 apresentou informe com convite para a 13ª Conferência de Lideranças em Saúde da Mulher, a
121 ser realizada em Brasília, nos dias 24 e 25 de março, destacando sua importância para a
122 articulação política no Congresso Nacional. Ressaltou a necessidade de avanço na
123 regulamentação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, com ênfase na
124 tramitação de projeto de lei sobre testes genéticos para câncer de mama. Adicionalmente,
125 apresentou demanda da Associação de Controle do Tabagismo (ACT), solicitando
126 posicionamento do CNS em defesa de normativas da Anvisa relacionadas à promoção da
127 alimentação adequada e à prevenção da obesidade, em debate no Supremo Tribunal Federal.
128 Conselheira **Lucimary Santos**, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores
129 na Saúde - CNTSS, apresentou informe, em nome da Comissão de Práticas Integrativas e
130 Complementares em Saúde - CPICS e da Associação Brasileira de Terapia Comunitária
131 Integrativa - ABRATECOM), acerca do desaparecimento de Vitória Barreto, ocorrido na
132 Inglaterra, à época com nove dias sem notícias. Destacou que Vitória é referência na área de
133 saúde mental e na terapia comunitária integrativa, prática reconhecida no âmbito do SUS, com
134 relevante atuação na difusão dessa tecnologia social de cuidado em diversos países. Relatou
135 que o desaparecimento foi formalmente registrado junto às autoridades locais, após a perda de
136 contato com familiares e pessoas próximas, estando em curso procedimentos de busca.
137 Informou, ainda, que familiares e instituições da área da saúde vêm mobilizando autoridades
138 brasileiras e redes internacionais para ampliar a divulgação do caso e fortalecer a articulação
139 institucional em apoio às investigações. Acrescentou informações recentes, indicando que
140 Vitória foi vista pela última vez na região de Essex, no sudeste da Inglaterra, havendo registros
141 de câmeras de segurança e relato de envio automático de alerta de emergência por dispositivo
142 móvel no dia do desaparecimento, o que pode indicar situação de risco. Diante da gravidade do
143 caso, solicitou a mobilização do Conselho para contribuir com esforços institucionais,
144 diplomáticos e investigativos, com vistas à localização da cidadã brasileira, ressaltando a
145 importância de sua atuação na promoção da saúde mental e nas práticas integrativas. Em
146 seguida, conselheiro **Elenilson Silva de Souza**, representante do Movimento de Reintegração
147 das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN, inicialmente endossou a denúncia
148 apresentada Pelo conselheiro Carlos Duarte quanto à exclusão da sociedade civil em espaços
149 do Programa Brasil Saudável, reforçando a necessidade de resposta institucional. Em seguida,
150 apresentou informe sobre a realização da Conferência Nacional de Alto Nível em Hanseníase,
151 a ocorrer no Rio de Janeiro, nos dias 12 a 14 de março, destacando seus objetivos de
152 articulação entre gestores, pesquisadores e movimentos sociais, bem como o fortalecimento de
153 estratégias de vigilância, diagnóstico, tratamento e enfrentamento do estigma associado à
154 doença. Ressaltou que o evento é fruto de construção coletiva e visa consolidar compromissos
155 institucionais para o enfrentamento da hanseníase como problema de saúde pública no país.
156 Seguindo, o Secretário Executivo Adjunto do CNS atualizou o processo de indicação dos
157 conselheiros estaduais para a Coordenação de Plenárias de Conselhos de Saúde, em
158 conformidade com a Resolução nº 774/2025, tendo sido formalizadas indicações no período de
159 11 de fevereiro a 10 de março de 2026. Na Região Sudeste, o Estado do Espírito Santo indicou
160 **Maria Aparecida Alves** como titular, com **Antônio Carlos** e **João Carlos** como suplentes. Na
161 Região Nordeste, o Estado do Maranhão indicou **Maria Lausina Moraes** como titular, tendo
162 como suplentes **Antônio Pereira Silva** e **Elson Barbosa Raposo**. O Estado de Pernambuco
163 indicou **Lind Neri Ferreira da Silva** como titular, com **Eduardo Quintas** e **Maria Cláudia**
164 **Ribeiro Agra** como suplentes. Na Região Centro-Oeste, o Estado do Mato Grosso indicou
165 **Cleide Maria** como titular, e **Francisco das Chagas** e **Edevand Pinto de França** como
166 suplentes. O Estado do Mato Grosso do Sul indicou **Ada Maria da Cunha** como titular, tendo
167 como suplentes **Caio Leônidas** e **Jair Bezerra**. Falta a formalização das indicações dos
168 Estados da Bahia, Pará, Rondônia e Santa Catarina, bem como a previsão de realização de
169 processos eletivos no Paraná e em São Paulo. Até o momento, foram indicados 21 membros
170 titulares e 35 suplentes. Foram indicadas as seguintes pessoas conselheiras representantes do
171 CNS para compor a Coordenação: **Jacildo de Siqueira Pinho**, **Maria Eufrásia de Oliveira**
172 **Lima**, **Getúlio Vargas de Moura Júnior** e **Mauri** Na sequência, foram apresentadas as
173 justificativas de ausência encaminhadas à Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de
174 Saúde, envolvendo representantes que não puderam participar da reunião por motivos de
175 rodízio de titularidade, agenda de trabalho ou razões pessoais. **JUSTIFICATIVAS DE**
176 **AUSÊNCIA – 1) Titular: Agnelo Temrité Wadzatsé. Coordenação das Organizações Indígenas**
177 **da Amazônia Brasileira (COIAB). Usuário. Rodízio de titularidade. 2) Titular: Antonio Erinaldo**

178 Lima Vasconcelos. Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e
179 Agricultoras Familiares (CONTAG). Usuário. Razões pessoais. 3) Titular: Claudemir Moreira
180 Vaz. Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL). Usuário. Razões pessoais. 4)
181 Titular: Cleide Cilene Farias Tavares. Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
182 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde). Prestadores de Serviços de Saúde. Agenda de
183 trabalho. 5) Titular: Elenilson Silva de Souza. Movimento de Reintegração das Pessoas
184 Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Usuário. Rodízio de titularidade. 6) Titular: Fernando
185 Marcello Nunes Pereira. Conselho Federal de Nutrição (CFN). Profissional de Saúde. Agenda
186 de trabalho. 7) Titular: João Donizete Scaboli. Força Sindical (FS). Usuário. Rodízio de
187 titularidade. 8) Titular: Josaine de Sousa Palmieri Oliveira. Federação Nacional das APAES
188 (FENAPAES). Usuário. Rodízio de titularidade. 9) Titular: Maria Thereza Almeida Antunes.
189 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD). Usuário. Rodízio de
190 titularidade. 10) Titular: Renata Soares de Souza. Movimento Nacional das Cidadãs Positivas
191 (MNCP). Usuário. Rodízio de titularidade. 11) Titular: Priscila Torres da Silva. Biored Brasil.
192 Usuário. Rodízio de titularidade. 12) Titular: Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda. Conselho
193 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Gestor. Participação 1º Suplente.
194 13) Titular: Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa. Associação Brasileira de Alzheimer e
195 Condições Relacionadas (ABRAZ). Usuário. Rodízio de titularidade. 14) Marina Andueza
196 Pauledli. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). Usuário. Rodízio de titularidade.
197 Também foi informado que a presidenta do Conselho Nacional de Saúde, **Fernanda Lou Sans**
198 **Magano**, não pôde participar da reunião e das atividades externas do mês de março em razão
199 de compromissos funcionais vinculados ao serviço público estadual de São Paulo. Apesar
200 disso, foi ressaltado que as atividades da presidência permaneciam em funcionamento regular,
201 com acompanhamento permanente das pautas e encaminhamentos institucionais do Conselho.
202 Em seguida, foi exibido vídeo em homenagem ao Dia Internacional das Mulheres, no qual a
203 presidenta Fernanda Lou Sans Magano destacou a relevância histórica e política das mulheres
204 no controle social do SUS e na trajetória do Conselho Nacional de Saúde. Em sua fala,
205 ressaltou que, ao longo dos noventa anos do Conselho, apenas duas mulheres haviam
206 ocupado a presidência da instituição, enfatizando a importância da participação feminina nos
207 espaços de decisão, nas assessorias técnicas, nas secretarias executivas e nos movimentos
208 sociais. Destacou o protagonismo das mulheres negras, indígenas, quilombolas e das
209 conselheiras locais, reafirmando que a defesa do SUS e do controle social está profundamente
210 vinculada à atuação das mulheres em diferentes territórios e espaços de luta. Por fim, foram
211 apresentadas as novas nomeações de pessoas conselheiras realizadas a partir de fevereiro.
212 **NOVAS INDICAÇÕES – I - ENTIDADES E MOVIMENTOS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO**
213 **SUS.** 1º Suplente: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP) -
214 Alealdo Hilario dos Santos (substituindo Luiz Legnâni). *Publicado em: 24/02/2026 | Edição: 36 |*
215 *Seção: 2 | Página: 62.* 2º Suplente: Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB)
216 - Danieli da Silva dos Santos Moretti (substituindo Eder Pereira da Silva). *Publicado em:*
217 *04/03/2026 | Edição: 42 | Seção: 2 | Página: 57.* **II - ENTIDADES NACIONAIS DOS**
218 **PROFISSIONAIS DE SAÚDE, INCLUÍDA A COMUNIDADE CIENTÍFICA DA ÁREA DE**
219 **SAÚDE.** 1º Suplente: Conselho Federal de Odontologia (CFO) - Madson Carlos Cabral Ferreira
220 (substituindo Rafael Gomes Ditterich). Ao se apresentar, conselheiro **Madson Carlos Cabral**
221 **Ferreira** destacou sua trajetória no movimento classista e no controle social, mencionando sua
222 atuação anterior no Conselho Estadual de Saúde do Piauí e reafirmando seu compromisso
223 com a defesa do SUS, da atenção primária à saúde e do fortalecimento da participação social.
224 **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE FEVEREIRO** - 01/03 - Dia Zero
225 Discriminação. 03/03 - Dia Mundial da Audição. 03/03 - Dia Mundial dos Defeitos Congênitos.
226 04/03 - Dia Mundial da Obesidade. 04/03- Dia Internacional de Conscientização sobre
227 o Papilomavírus Humano (HPV). 04/03 - Dia Mundial da Atividade Física. 08/03 - Dia
228 Internacional da Mulher. 09/03 - Dia da Nefrologia. 10/03 - Dia Nacional de Combate ao
229 Sedentarismo. 10 a 16/03 - Semana Mundial do Glaucoma. 2ª quinta-feira do mês de março
230 (12/03) - Dia Mundial do Rim. 13/03 - Dia Nacional de Luta contra a Endometriose (Data
231 instituída pela Lei nº 14.324/2022). 15/03 - Dia Mundial de Conscientização sobre a Covid
232 longa. 16/03 - Dia Nacional de Conscientização sobre as Mudanças Climáticas. 17 a 21/03 - 40
233 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco histórico do SUS. 18/03 - Dia
234 Mundial do Sono. 20/03 - Dia Mundial da Saúde Bucal. 20/03 - Dia Nacional de Atenção à
235 Disfagia. 21/03 - Dia Internacional da luta pela eliminação da Discriminação Racial. 21/03 - Dia
236 Mundial da Infância. 21/03 - Dia Nacional da Síndrome de Down (Data instituída pela Lei nº
237 14.306/2022). 22/03 - Dia Mundial de Água (OMS). 23/03 - Dia Internacional da Síndrome de

238 Down. 23/03 - Dia Nacional de combate ao HTLV (primeiro retrovírus humano oncogênico
239 causador de doença infecciosa a ser descoberto). 24/03 - Dia Mundial de Combate à
240 Tuberculose. 24/03 - Dia Internacional do Direito à Verdade sobre Graves Violações de Direitos
241 Humanos. 24 a 31/03 - Semana Nacional de mobilização e luta contra a tuberculose. 26/03 -
242 Dia Mundial de Conscientização sobre a Epilepsia (Dia Roxo). **INDICAÇÕES – 1)** Convite do
243 Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, para participar da Coletiva de Imprensa em
244 Celebração ao Dia Nacional das Doenças Raras, dia 26 de fevereiro de 2026, em Brasília.
245 (Referendar): Conselheira Maria Cecília Martiniano da Associação dos Familiares, Amigos e
246 Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG) (Estava em Brasília). **2)** Convite
247 do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, para participar do Lançamento da Carreta
248 (Exames de Imagem) do Programa Agora Tem Especialistas, dia 6 de março de 2023, Centro
249 de Canoas/RS. (Referendar): Conselheira Rosângela Dorneles Associação Brasileira de Apoio
250 e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça (Reside RS). **3)**
251 Convite do Núcleo de Atendimento Músico terapêutico do Cariri (NAMUC), para participar no
252 formato virtual do II Encontro de Musicoterapia da Região do Cariri, com o tema: “Musicoterapia
253 sem fronteiras, na Palestra “Regulamentação da Musicoterapia: rompendo fronteiras”, no dia
254 06 de março de 2026. Indicação (Referendar): Conselheira Francisca Valda da Silva,
255 Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (virtual). **4)** Convite da Comissão de Saúde, em
256 reunião deliberativa, que aprovou o Requerimento nº 01/2026, de autoria da Deputada Adriana
257 Ventura, para participar da audiência pública destinada a debater os resultados do ENAMED
258 2025, no dia 10 de março de 2026, em Brasília. Indicação (Referendar): Conselheira, integrante
259 da Mesa Diretora e coordenadora da CIRTES, Francisca Valda da Silva, Associação Brasileira
260 de Enfermagem (ABEn) (Estava em Brasília). **5)** Convite da Secretaria de Informação Digital,
261 para participar da Mesa de Abertura do Seminário de Segurança da Informação na Saúde do
262 Ministério da Saúde, no dia 11 de março de 2026, em Brasília. Indicação (Referendar):
263 Conselheira Débora Raymundo Melecchi – Federação Nacional dos Farmacêuticos
264 (FENAFAR) (Estava em Brasília). Convite da Coordenação-Geral de Vigilância da Hanseníase
265 e Doenças, para a Mesa de Abertura da Conferência Nacional de Alto Nível em Hanseníase
266 2026: Intensificando esforços por um Brasil livre da Hanseníase, dia 12 de março de 2026, Rio
267 de Janeiro. Indicação (Referendar): Conselheiro Bil Souza - Movimento de Reintegração das
268 Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) (Custeio do evento). **6)** Convite do
269 Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa Coordenação-Geral de Educação
270 Popular em Saúde (Dgip), para participar da 4ª Reunião do Comitê Nacional de Educação
271 Popular em Saúde (Cneps), dia 12 de março de 2026, Brasília. Indicação (Referendar):
272 Conselheira Sueli Goi Barrios – Associação da Rede Unida (Rede Unida) (Estava em Brasília).
273 **7)** Convite do Ministro de Estado da Saúde, para participar da para “Inauguração do Centro de
274 Traumatologia do Hospital Federal do Andaraí”, dia 13 de março de 2026. Indicação
275 (Referendar): Conselheiro Paulo Garrido Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia,
276 Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN) (Reside no RJ). **8)** Convite da UERJ
277 participar da Aula Inaugural da Universidade do Estado do Rio de Janeiro referente ao primeiro
278 semestre letivo de 2026, no dia 17 de março de 2026, com o tema “Autonomia Universitária e
279 Soberania na Era Digital”, no Rio de Janeiro. Indicação (Referendar): Conselheiro Paulo
280 Garrido Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde
281 Pública (ASFOC-SN) (Reside no RJ). **9)** Convite do Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de
282 São Paulo, para participar da Cerimônia dos 80 Anos de Fundação da Entidade, no dia 20 de
283 março de 2026, em São Paulo. Indicação (Referendar): Conselheira Débora Raymundo
284 Melecchi – Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) (Estava em Brasília). **10)**
285 Convite do Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de São Paulo, para participar da Cerimônia
286 dos 80 Anos de Fundação da Entidade, no dia 20 de março de 2026, em São Paulo. Indicação
287 (Referendar): Conselheira Priscila Torres da Silva – (Biored Brasil) (Reside em SP). **11)** Convite
288 do Sindicato dos Farmacêuticos no Estado de São Paulo, para participar da Cerimônia dos 80
289 Anos de Fundação da Entidade, no dia 20 de março de 2026, em São Paulo. Indicação
290 (Referendar): Conselheira Rosa Maria Anacleto – União de Negras e Negros Pela Igualdade
291 (UNEGRO) (Custeio CNS). **12)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, para
292 participar da Oficina para Implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS),
293 dias 23 e 24 de março de 2026, em Cruzeiro do Sul/AC. Indicação (Referendar): Conselheiro
294 Bil Souza - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN)
295 (Reside no Acre). **13)** Convite do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Fiocruz Bahia, e da
296 coordenação da área de Vacinas da REDE-TB, para entrevista do projeto que visa colher
297 informações sobre a percepção de diferentes intervenientes-chave quanto à incorporação de

298 uma nova vacina contra a tuberculose. Indicação (Referendar): Conselheiro Carlos Alberto
299 Ebeling Duarte - Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB
300 BR neste conselho. *Comissões externas e internas.* **14)** Convite da Coordenação-Geral de
301 Doenças Raras, encaminhamos as indicações da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde
302 de Pessoas com Patologias (CIASPP/CNS) para compor o Grupo de Trabalho (GT) acerca das
303 Doenças Raras Neuromusculares. Indicação (Referendar): Titular: Karina Hamada Iamasaki
304 Zuge - Aliança Distrofia Brasil (ADB). Suplente: Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto - Retina
305 Brasil. **15)** Substituição da representante Fernanda Magano por Elaine Pelaez na
306 Coordenação-Geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação MEC, para compor a
307 Comissão Nacional de Residência em Área profissional da Saúde (CNRMS), sem prejuízo dos
308 demais indicados. Indicação (Referendar): titular: Elaine Junger Pelaez - Conselho Federal de
309 Serviço Social (CFESS) Profissional de Saúde (em substituição a Fernanda Magano). *Agenda*
310 *internacional.* **16)** Com o objetivo de compor a delegação deste Conselho, na 79ª Assembleia
311 Mundial da Saúde, a realizar-se de 18 a 23 de maio de 2026, em Genebra, Suíça, foi solicitado
312 a indicação de representantes dos fóruns de articulação dos segmentos de trabalhadores e
313 usuários que compõem o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Indicação (Referendar): Fórum
314 dos Usuários do SUS (Forsus) - indicação de 02 (duas) pessoas: Carmem Sílvia Ferreira
315 Santiago; e Maicon Ricardo Nunes Martins. Fórum dos Trabalhadores da Área de Saúde
316 (Fentas) - indicação de 01 (uma) pessoa: Ana Carolina Freire Lopes. **17)** Indicações para os
317 encontros estaduais. Conselheira Carmen Santiago não poderá participar do seminário de
318 Alagoas e conselheira Camila Francisco de Lima não poderia ir para o encontro no Paraná.
319 **Deliberação: as indicações foram referendadas.** Extra. Eleição no FENTAS: coordenação:
320 conselheira Débora Raimundo Melecci; coordenação adjunta: Eurídice Ferreira de Almeida;
321 Secretária: João Alves do Nascimento Junior; e secretária adjunta: Odete Messa Torres.
322 **RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA MESA DIRETORA DO CNS – ATIVIDADES – a)** Encontro
323 da Equipe Geral do Participa+6 - Convite do CEAP. 23 e 24/02. Participante: conselheira
324 Fernanda Magano (Fenapsi), presidenta do CNS. Local: Vila Flores (RS). **b)** Evento de
325 Lançamento do Grupo de Trabalho da Cadeia de Valor da Indústria da Saúde. Convite da
326 Confederação Nacional da Indústria (CNI). 25/0. Participante: conselheira Fernanda Magano
327 (Fenapsi), presidenta do CNS. **c)** Cerimônia de Abertura da Etapa da II Conferência Nacional
328 do trabalho (II CNT). Convite do Ministro de estado do trabalho e Emprego, Sr. Luiz Marinho.
329 3/3. Participante: conselheira Fernanda Magano (Fenapsi), presidenta do CNS. **d)** Audiência
330 Pública: os impactos dos resultados do Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica
331 (Enamed) 2025 na regulação dos cursos de Medicina e na formação profissional no país -
332 Convite: Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Local: Câmara dos Deputados
333 (Brasília-DF). 10/3. Participante: Francisca Valda (Associação Brasileira de Enfermagem),
334 Coordenadora da CIRTES/CNS. Para conhecimento. **ITEM 3 – ITEM 3 – POLÍTICA**
335 **NACIONAL DE OUVIDORIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PNO-SUS – Apresentação:**
336 **André Luiz Bonifácio**, diretor do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa -
337 DGIP/SE/MS e conselheiro nacional de saúde; e **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ouvidora-
338 Geral do Sistema Único de Saúde - OuvSUS/MS e conselheira nacional de saúde.
339 *Coordenação:* conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e
340 conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Cristiane**
341 **Pereira dos Santos** iniciou o item destacando a importância do debate sobre a Política
342 Nacional de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde - PNO-SUS, ressaltando a grande
343 expectativa em torno da apreciação da proposta. Em seguida, apresentou as pessoas
344 convidadas para o ponto de pauta e, de imediato, abriu a palavra para as exposições. A
345 primeira expositora foi a ouvidora-geral do SUS, conselheira **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**,
346 que iniciou manifestando grande orgulho e emoção com esta pauta, pois representava a
347 possibilidade de atender a uma demanda histórica do controle social, acumulada ao longo de
348 quase 24 anos. Destacou que a minuta da Política Nacional de Ouvidorias do SUS seria
349 apresentada ao CNS com o objetivo de ampliar o diálogo, fortalecer a cidadania, a gestão e a
350 participação social no âmbito do SUS. Ressaltou que a política se fundamentava nos pilares da
351 integridade, da transparência e da participação social, compreendendo a ouvidoria não apenas
352 como um espaço de recebimento de manifestações, mas também como instrumento de
353 disseminação de informações seguras à população. Contextualizou historicamente a
354 construção das ouvidorias no SUS, observando que a ideia de escuta da população e
355 participação social surgiu juntamente com o movimento da reforma sanitária. Ressaltou que a
356 8ª Conferência Nacional de Saúde consolidou a saúde como direito e a participação social
357 como diretriz do sistema, além de introduzir a necessidade do direito à informação.

358 Acrescentou que a Constituição Federal de 1988 reforçou esse entendimento, ao assegurar o
359 direito à informação, e que as Leis nº 8.080 e nº 8.142 regulamentaram o SUS e sua
360 participação social. Recordou ainda que, no final dos anos 1990, durante a epidemia de
361 HIV/Aids, o Ministério da Saúde criou o serviço Disque Saúde, inicialmente voltado para o
362 enfrentamento daquela epidemia, mas que posteriormente passou a acolher outras demandas
363 da população. Enfatizou que a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, foi a
364 primeira a registrar formalmente a necessidade de criação de uma política nacional de
365 ouvidorias do SUS. Informou que, naquele mesmo ano, foi criado o Departamento de
366 Ouvidoria-Geral do SUS e, em 2007, o Sistema OuvidorSUS, que atualmente reúne mais de
367 duas mil ouvidorias e mais de oito mil pontos de resposta em todo o país. Destacou ainda a
368 criação do Disque Saúde 136, posteriormente denominado OuvSUS 136, bem como os
369 avanços normativos posteriores, como a Lei de Acesso à Informação, a Lei nº 13.460/2017,
370 que tornou obrigatórias as ouvidorias nos órgãos do Executivo, e a Lei Geral de Proteção de
371 Dados. Ressaltou que, ao longo das 12ª, 13ª, 15ª e 16ª Conferências Nacionais de Saúde,
372 foram reiteradas diretrizes e propostas voltadas à instituição da Política Nacional de Ouvidorias
373 do SUS. Informou que, a partir da retomada da Rede de Ouvidorias em 2023, foi iniciado um
374 processo de construção coletiva da proposta, envolvendo ouvidores de diferentes regiões do
375 país, por meio de encontros regionais e de um encontro nacional de ouvidores. Destacou que a
376 política resultava de consensos construídos com o controle social, com a gestão e com as
377 ouvidorias de estados e municípios, respondendo a demandas históricas desses espaços.
378 Salientou que a aprovação da política pelo Conselho conferiria legitimidade social à proposta,
379 alinhando-a aos princípios constitucionais e representando uma reparação histórica diante de
380 mais de duas décadas de reivindicação. Ao apresentar os fundamentos da proposta, destacou
381 que a política buscava preencher lacunas deixadas pela legislação vigente, oferecendo
382 diretrizes nacionais para as ouvidorias setoriais do SUS. Defendeu que não bastava existir
383 apenas um manual orientador, mas sim uma política pública capaz de conferir maior autonomia
384 aos ouvidores e maior segurança institucional para o exercício de suas funções. Apontou como
385 conceitos estruturantes da política a escuta qualificada, a atuação em rede interfederativa, a
386 autonomia das ouvidorias, o uso estratégico das manifestações para a gestão do SUS e a
387 proteção de dados. Nessa linha, detalhou que são diretrizes da Política: universalidade,
388 equidade, confidencialidade, transparência, disseminação de informações seguras, uso
389 estratégico de dados. Além disso, a política define governança compartilhada em rede
390 (Ouvidoria federal, estaduais, municipais/unidades de saúde) e aponta para o fortalecimento da
391 integração da Rede Nacional de Ouvidorias do SUS. Maria Eufrásia destacou que a proposta
392 da Política Nacional de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (PNO-SUS) previa, como um
393 de seus eixos centrais, a garantia de autonomia técnica e funcional aos ouvidores, de modo a
394 assegurar condições efetivas para o exercício de suas atribuições. Ressaltou que, sem
395 autonomia, não seria possível constituir uma ouvidoria verdadeiramente democrática, apta a
396 receber manifestações com segurança e sigilo. Enfatizou que, nos casos de denúncia, a
397 responsabilidade legal pela preservação da identidade do denunciante é da própria ouvidoria, o
398 que exige dos ouvidores elevado grau de responsabilidade institucional, além de estrutura
399 mínima de funcionamento, pessoal suficiente, liberdade de atuação e isenção na análise das
400 manifestações. Acrescentou que a proposta recomendava a adoção de mandato mínimo de
401 três anos para os ouvidores, como forma de assegurar continuidade, estabilidade e
402 fortalecimento institucional das ouvidorias. Informou, ainda, que a política previa ações
403 permanentes de formação e qualificação das equipes de ouvidoria, destacando que a
404 Ouvidoria-Geral do SUS já desenvolvia iniciativas de educação permanente por meio de
405 termos de execução descentralizada. Nesse contexto, anunciou a futura oferta de uma
406 especialização em ouvidoria em saúde, a ser realizada pela Fundação Oswaldo Cruz de Mato
407 Grosso do Sul, com duas turmas de 200 vagas cada. Também ressaltou que a proposta
408 instituía o Conselho Consultivo de Usuários do Ministério da Saúde, previsto na Lei nº
409 13.460/2017, como mecanismo de ampliação da participação social e de aproximação entre
410 gestão, CNS e ouvidorias. Explicou que o objetivo do conselho seria coletar e integrar a
411 perspectiva das pessoas usuárias na formulação, avaliação e acompanhamento das políticas e
412 serviços públicos de saúde. Informou que a composição do colegiado seria formada por
413 representações da sociedade civil e que se cogitava a criação de um conselho com ampla
414 participação, envolvendo milhares de pessoas, a fim de permitir a realização de consultas
415 públicas sobre programas, políticas e qualidade dos serviços ofertados. Ao abordar a relação
416 entre as diferentes instâncias de participação social, afirmou que o Conselho Consultivo de
417 Usuários, as ouvidorias do SUS, os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde não se

418 sobrepujam nem criavam conflitos de atribuições, mas atuavam de forma cooperativa e
419 complementar. Ressaltou que a instituição do Conselho Consultivo já havia sido objeto de
420 debates anteriores no âmbito do CNS, e que a proposta buscava justamente fortalecer a
421 articulação entre essas diferentes instâncias participativas. Salientou, ainda, que a PNO-SUS
422 deveria ser compreendida como uma política de saúde pública baseada na escuta, capaz de
423 transformar as manifestações da população em subsídios concretos para a formulação de
424 políticas públicas. Observou que a escuta qualificada das demandas dos usuários aproximava
425 a gestão das necessidades reais da população, permitindo identificar problemas e aperfeiçoar
426 a prestação dos serviços. Nesse sentido, afirmou que a política representava um novo marco
427 regulatório da participação social no SUS, fortalecendo o acesso à informação, a transparência,
428 a equidade e a governança das ouvidorias, além de consolidar o SUS como sistema acessível,
429 responsivo e comprometido com as necessidades da população. Apresentou, ainda, dados
430 sobre o funcionamento das ouvidorias em 2025, informando que haviam sido registradas mais
431 de 715 mil manifestações, das quais cerca de 60% estavam relacionadas aos municípios, 32%
432 aos estados e menos de 10% à esfera federal. Explicou que a maioria das manifestações
433 correspondia a solicitações relacionadas a exames, cirurgias, consultas especializadas e
434 medicamentos, além de reclamações, denúncias, elogios e pedidos de informação. Informou
435 também que a ouvidoria havia disseminado quase 2 milhões de informações no ano anterior,
436 recebido quase 1 milhão de atendimentos aprofundados por meio do serviço 136 e realizado
437 cerca de 12 milhões de ações de mensageria. Por fim, concluiu que a aprovação da política
438 fortaleceria a gestão democrática e transparente do SUS, ao colocar a voz do cidadão no
439 centro das decisões e reafirmar o compromisso com a participação e o controle social.
440 Destacou que a política também conferiria maior segurança ao trabalho dos ouvidores
441 estaduais e municipais, criaria condições legais para ampliar a implantação de ouvidorias e
442 fortaleceria estratégias de regionalização e qualificação dos pontos de resposta. Ao encerrar
443 sua fala, registrou agradecimentos às ouvidoras que a antecederam na Ouvidoria-Geral do
444 SUS, especialmente Conceição Rezende, Aila Vanessa e Maria Moro, bem como aos
445 ouvidores estaduais, municipais e regionais. Ressaltou, ainda, que a proposta vinha sendo
446 debatida desde 2003 e que, finalmente, poderia se consolidar como uma política nacional
447 estruturada. Por fim, ressaltou a importância de estabelecer competências explícitas entre as
448 esferas de gestão, de definir responsabilidades entre União, estados e municípios e de garantir
449 uma coordenação nacional das ouvidorias. Na sequência, o diretor do DGIP/SE/MS,
450 conselheiro **André Luiz Bonifácio** saudou todas as pessoas, e destacou que utilizava uma
451 camisa alusiva ao movimento “Mulheres em Defesa da Gestão do SUS”, promovido pelo
452 departamento durante o mês dedicado às mulheres, mencionando a realização de um
453 webinar sobre o tema e a intenção de manter o fórum de debate de forma permanente.
454 Afirmou que a apresentação de Maria Eufrásia havia sido extremamente explícita, objetiva e
455 bem organizada, tendo resgatado de forma consistente a trajetória histórica das ouvidorias no
456 SUS. Destacou que a temática das ouvidorias ainda era pouco conhecida em sua dimensão
457 histórica e relatou sua experiência como gestor municipal em Campina Grande, quando
458 participou da implantação de ouvidorias em município de grande porte. Segundo ele, naquele
459 período havia dúvidas sobre a relevância da ouvidoria, sua efetividade e o grau de autonomia
460 necessário para o trabalho do ouvidor. Contudo, afirmou que a experiência demonstrou que a
461 ouvidoria era um dos principais instrumentos de identificação de problemas, reclamações e
462 oportunidades de melhoria na gestão. Relatou que, enquanto secretário municipal, utilizava
463 diferentes mecanismos para monitorar a percepção da população sobre os serviços de saúde,
464 incluindo a escuta diária de programas de rádio locais. Explicou que, sempre que surgiam
465 críticas relacionadas à Secretaria de Saúde, buscava responder diretamente às demandas e
466 verificar as falhas apontadas. Ressaltou, porém, que a ouvidoria era um instrumento ainda
467 mais importante, pois permitia captar problemas que não chegavam por outros canais.
468 Acrescentou que reclamações e críticas não deveriam ser vistas como ataques à gestão, mas
469 como oportunidades de aperfeiçoamento das políticas e serviços, inclusive nas áreas de saúde
470 da família, medicamentos, cirurgias e qualificação das pessoas trabalhadoras e gestoras.
471 Enfatizou que as informações produzidas pelas ouvidorias deveriam ser permanentemente
472 compartilhadas com os Conselhos de Saúde, especialmente os municipais, de forma a
473 fortalecer o controle social e permitir que os conselhos acionassem os gestores diante de
474 problemas recorrentes ou de falhas na prestação de serviços. Nesse sentido, destacou que a
475 política proposta contribuía diretamente para o empoderamento da agenda do controle social,
476 tornando as ouvidorias parte estratégica da governança do SUS. Em tom pessoal, afirmou que
477 considerava estar no lugar certo naquele momento, lembrando de sua trajetória anterior como

478 secretário e assessor ministerial, período em que já havia acompanhado tentativas frustradas
479 de aprovação de uma política nacional de ouvidorias. Ressaltou que, durante muitos anos, a
480 pauta foi invisibilizada e frequentemente desvalorizada, sendo acionada apenas em situações
481 de crise ou de denúncia. Avaliou, entretanto, que o contexto atual exigia o fortalecimento das
482 ouvidorias, especialmente diante da necessidade de enfrentamento às *fake news*, à
483 desinformação e às narrativas que enfraquecem a gestão pública. Assim, reforçou ser
484 essencial a aprovação da proposta pelo Conselho, entendendo que a consolidação da política
485 representaria um importante avanço para o SUS e poderia, inclusive, ser celebrada no contexto
486 do Dia Mundial da Saúde, no mês de abril. Concluídas as apresentações, a mesa abriu a
487 palavra para manifestações do Plenário do CNS. Conselheiro **Anselmo Dantas** afirmou que a
488 pauta representava um momento de valorização da ouvidoria do SUS, entendendo que os
489 Conselhos de Saúde nem sempre haviam dado à ouvidoria a devida atenção, apesar de seu
490 papel essencial para a democracia participativa. Cumprimentou Maria Eufrásia de Oliveira Lima
491 pelo trabalho apresentado e sugeriu que a proposta previsse a destinação de recursos
492 específicos para manutenção das ouvidorias, considerando indispensável garantir
493 financiamento adequado para sua estruturação. Também ressaltou a importância de
494 contemplar ações de formação voltadas aos trabalhadores de nível médio que atuam nas
495 ouvidorias. Além disso, defendeu que os relatórios das ouvidorias passassem a integrar a
496 prestação de contas quadrimestral dos gestores aos Conselhos de Saúde, nos termos da Lei
497 Complementar nº 141, de forma a dar maior visibilidade e acompanhamento social ao trabalho
498 desenvolvido. Conselheira **Lúcia Xavier** elogiou a apresentação e afirmou ser uma defensora
499 da ouvidoria, reconhecendo-a como um dos instrumentos que melhor funcionam no SUS.
500 Contudo, registrou preocupação com dificuldades técnicas enfrentadas em uma chamada
501 pública relacionada ao monitoramento contínuo de glicose para pessoas com diabetes tipo 1,
502 relatando que diversas organizações de pacientes não estavam conseguindo inserir
503 informações na plataforma digital. Avaliou que a situação criava uma contradição, pois ao
504 mesmo tempo em que se defendia a ampliação da participação social, barreiras tecnológicas
505 limitavam o acesso dos usuários. Diante disso, solicitou apoio da ouvidoria para mediar a
506 situação e garantir a plena participação social. Conselheira **Priscila Torres da Silva** destacou
507 que a ouvidoria do SUS era uma ferramenta estratégica no trabalho de navegação e apoio aos
508 pacientes realizado pela Biorede Brasil, tanto para registrar reclamações quanto para
509 reconhecer e elogiar profissionais do SUS. Relatou que, no programa “Medicamento no Tempo
510 Certo”, os usuários eram orientados a registrar suas demandas na ouvidoria, especialmente em
511 situações de falta de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica.
512 Observou que, muitas vezes, a ouvidoria geral do SUS era o único canal que efetivamente
513 respondia aos usuários, já que ouvidorias estaduais e municipais frequentemente não
514 retornavam às solicitações. Defendeu que a política fosse acompanhada de financiamento,
515 ressaltando que uma ouvidoria fortalecida poderia evitar a judicialização excessiva das
516 demandas de saúde, oferecendo acolhimento, escuta e orientação aos usuários. Também
517 reforçou a necessidade de que as plataformas tecnológicas fossem acessíveis e funcionassem
518 adequadamente em dispositivos móveis, considerando que o celular é o principal meio de
519 acesso utilizado pela população. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** relatou ter
520 acompanhado os encontros regionais preparatórios da política e destacou que a construção da
521 proposta evidenciou os inúmeros desafios ainda enfrentados pelas ouvidorias. Afirmou que, em
522 muitos serviços de saúde, a ouvidoria ainda era utilizada de forma inadequada, sendo vista
523 como espaço para alocação de trabalhadores que não agradavam à direção, o que acabava
524 desvalorizando sua função institucional. Avaliou que a política nacional poderia contribuir para
525 fortalecer e conferir maior legitimidade às ouvidorias. Também chamou atenção para a
526 importância do papel das ouvidorias no recebimento de denúncias relacionadas à aplicação de
527 recursos públicos, inclusive aqueles provenientes de emendas parlamentares, considerando a
528 crescente participação dessas emendas no orçamento da saúde. Conselheira **Francisca Valda
529 da Silva** ressaltou que a participação e o controle social constituíam um poder moderador em
530 construção e que, em contextos de crise democrática, era ainda mais necessário fortalecer
531 instrumentos de participação social. Avaliou que a ouvidoria do SUS se configurava como um
532 canal estratégico para ampliar a incidência da sociedade civil sobre os poderes da República e
533 reforçar o controle social. Recordou que, em 2017, houve grande preocupação com a criação
534 do Conselho Consultivo de Usuários, em razão do receio de que ele pudesse conflitar com os
535 Conselhos de Saúde. Contudo, afirmou que, com a formulação da política nacional, tornou-se
536 possível compreender que esses instrumentos poderiam coexistir e se complementar. Também
537 destacou a importância de outros mecanismos de participação social, como a iniciativa popular

538 de leis, mencionando o movimento Saúde+10, e defendeu maior aproximação com o Tribunal
539 de Contas da União, especialmente diante da necessidade de enfrentar irregularidades e
540 desvios de recursos públicos. Ao final, manifestou apoio à rápida publicação da política
541 nacional. Conselheira **Cristiane Pereira dos Santos** fez uma homenagem às mulheres que
542 atuavam no Conselho e no Ministério da Saúde, destacando o trabalho desenvolvido por Maria
543 Eufrásia e Maria Eugênia à frente da ouvidoria. Ressaltou o potencial da ouvidoria e mencionou
544 iniciativas como as ouvidorias itinerantes e as ações relacionadas ao programa Agora Tem
545 Especialistas. Observou ainda que a ouvidoria integrava um sistema mais amplo de
546 participação social, que incluía Conselhos de Saúde, consultas públicas, movimentos sociais e
547 outros mecanismos de interlocução com o Ministério da Saúde. Avaliou que era possível
548 avançar na articulação entre esses diferentes instrumentos, de modo a construir uma relação
549 mais integrada entre indivíduos, movimentos sociais e gestão pública. Conselheira **Camila**
550 **Francisco de Lima** parabenizou a apresentação e reforçou as manifestações anteriores sobre
551 a necessidade de financiamento e capacitação para as ouvidorias. Relatou as dificuldades
552 enfrentadas em estados como Mato Grosso, inclusive para a atuação das ouvidorias estaduais,
553 e questionou sobre o encaminhamento dado a parte das denúncias registradas que
554 eventualmente não tivessem sido resolvidas. Defendeu que a ampliação da participação social
555 e o fortalecimento dos conselhos poderiam contribuir para melhorar o trabalho das ouvidorias,
556 especialmente em estados e municípios onde o controle social enfrenta maiores limitações.
557 Conselheira **Marisa Palacios da Cunha e Melo** afirmou que a política nacional de ouvidorias
558 era fundamental para consolidar o vínculo entre população, Estado e governo. Entretanto,
559 enfatizou a necessidade de fortalecer a articulação entre ouvidorias e controle social, tanto no
560 âmbito nacional quanto nas esferas estadual, municipal e local. Defendeu que essa integração
561 deveria envolver também outras instâncias presentes nos serviços de saúde, como comitês de
562 ética em pesquisa, comitês de bioética e comissões de direitos dos pacientes, entendendo que
563 todos esses espaços compõem, de forma complementar, o controle social no SUS.
564 Conselheiro **Abraão Nunes da Silva** recordou experiências anteriores de parceria com o
565 Ministério da Saúde e com a ouvidoria em Minas Gerais, envolvendo seminários e debates
566 para implantação de ouvidorias. Destacou que, após mais de vinte anos de reivindicação, era
567 motivo de satisfação ver a política se aproximar de sua formalização. Avaliou que a ouvidoria
568 era um dos poucos instrumentos por meio dos quais a população conseguia dialogar
569 diretamente com o poder público e ressaltou a importância de canais de comunicação
570 populares, como as rádios, para o monitoramento da gestão e a identificação de problemas.
571 Manifestou expectativa de que a política nacional fosse efetivamente implantada e
572 comemorada nos meses seguintes. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** cumprimentou a
573 ouvidora e conselheira Maria Eufrásia de Oliveira Lima, destacando sua trajetória de militância,
574 experiência e compromisso com a defesa do SUS e da participação social. Ressaltou que a
575 ouvidoria do SUS estava bem representada por uma liderança com histórico de atuação nos
576 movimentos sociais e no CNS. Afirmou que não existe ouvidoria sem democracia, assim como
577 não existe SUS sem democracia, defendendo que a escuta da população é parte fundamental
578 de qualquer processo democrático. Relacionou a política de ouvidorias às iniciativas recentes
579 de fortalecimento da participação social no governo federal, como a criação do Conselho de
580 Participação Social e das assessorias de participação social nos ministérios. Avaliou que a
581 participação social e a ouvidoria não podem permanecer como políticas de governo, mas
582 precisam ser consolidadas como políticas de Estado, por meio da construção de um sistema
583 nacional de participação social. Recordou que, em períodos de fragilização democrática,
584 muitos conselhos foram enfraquecidos, mas destacou a atuação do CNS e do Conselho
585 Nacional de Direitos Humanos durante a pandemia. Ao final, defendeu que democracia,
586 participação social e construção coletiva devem ser permanentes, manifestando expectativa de
587 que o próximo período seja marcado não apenas pela resistência, mas também pelo avanço da
588 participação social efetiva. Concluídas as falas, a mesa retornou para considerações da mesa.
589 Nas considerações finais, o diretor do DGIP/SE/MS, conselheiro **André Luiz Bonifácio**,
590 afirmou que o debate não se limitava à aprovação de uma política, mas representava um passo
591 importante em direção a uma reparação histórica. Avaliou que a ouvidoria precisava ser
592 compreendida como instrumento de uso permanente do SUS e do controle social, e não
593 apenas como um repositório de informações ou uma estrutura burocrática vinculada ao
594 Ministério da Saúde. Defendeu que os dados produzidos pelas ouvidorias fossem utilizados
595 pelo Conselho para identificar gargalos e corrigir rumos tanto da gestão quanto do próprio
596 controle social. Também sugeriu estimular pesquisas e estudos sobre o uso dessas
597 informações, de modo a fortalecer ainda mais esse instrumento. A ouvidora do SUS,

598 conselheira **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, agradeceu o reconhecimento recebido e
599 destacou a importância de estreitar os vínculos entre a ouvidoria e o Conselho. Ressaltou que
600 existem experiências exitosas em diferentes estados e municípios, nas quais as ouvidorias
601 participam ativamente dos conselhos, apresentam relatórios e contribuem para a identificação
602 de problemas nos territórios, inclusive em situações de epidemias. Informou ainda que a
603 Ouvidoria-Geral do SUS lançaria uma trilha de formação composta por quinze cursos na
604 Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, voltada tanto para trabalhadores de nível médio
605 quanto para gestores e técnicos de ouvidoria. Acrescentou que a ouvidoria passaria a
606 desenvolver ações mais próximas dos movimentos sociais, por meio de cooperação com a
607 Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, além de ampliar iniciativas de ouvidoria
608 proativa, itinerante e territorializada. Também explicou que denúncias relacionadas a desvio de
609 recursos são encaminhadas ao DENASUS, enquanto denúncias de caráter ético são
610 direcionadas às corregedorias e comissões de ética competentes. Informou que a Ouvidoria-
611 Geral do SUS poderia retornar ao CNS para apresentar os dados do relatório anual de
612 manifestações de 2025, possibilitando uma análise mais aprofundada sobre as principais
613 demandas da população. Destacou ainda que a Ouvidoria-Geral do SUS vinha desenvolvendo
614 estratégias de ouvidoria proativa, voltadas à escuta direta da população nos territórios. Relatou
615 que equipes da ouvidoria estavam realizando visitas domiciliares a pessoas atendidas por
616 carretas de serviços de saúde, com o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento e da
617 prestação dos serviços ofertados. Ressaltou que essa experiência tem sido extremamente rica,
618 embora desafiadora, sobretudo em áreas rurais, nas quais a localização das pessoas usuárias
619 depende do conhecimento territorial e do apoio dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS,
620 que auxiliam as equipes a chegar às residências. Informou que a Ouvidoria-Geral do SUS
621 mantinha, naquele momento, uma equipe atuando no interior do Ceará, na região do rio
622 Jaguaribe, acompanhando os atendimentos realizados. Além disso, afirmou que a Ouvidoria-
623 Geral do SUS também havia realizado experiências de ouvidoria itinerante em municípios do
624 Baixo Tocantins, como Cametá e Barcarena, utilizando diferentes meios de transporte, como
625 balsas, lanchas e voadeiras, para alcançar localidades mais distantes e conversar diretamente
626 com a população sobre o direito à ouvidoria e os canais de participação existentes. Nas suas
627 palavras, esse modelo de ouvidoria territorializada, presente nos locais onde a população vive
628 e acessa os serviços de saúde, representa o formato de atuação que deveria ser fortalecido em
629 todo o país, em consonância com a orientação do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre
630 Padilha. Destacou que esse tipo de atuação aproxima a gestão da realidade vivida pelas
631 pessoas e fortalece a participação social e a escuta qualificada no SUS. Ao final, agradeceu à
632 equipe da Ouvidoria-Geral do SUS, mencionando especialmente colaboradores presentes na
633 atividade, além de registrar reconhecimento à coordenadora do termo de execução
634 descentralizada firmado com a Fiocruz, responsável por apoiar os encontros e os subsídios
635 técnicos que contribuíram para a elaboração da minuta. Concluiu afirmando sentir-se honrada
636 por participar daquele momento, que classificou como uma reparação histórica para as
637 ouvidorias do SUS, agradecendo pela oportunidade de apresentar o tema ao Conselho
638 Nacional de Saúde. O diretor do DGIP/SE/MS, conselheiro **André Luiz Bonifácio**, retomou a
639 palavra para apresentar duas preocupações adicionais ao Plenário. A primeira referia-se à
640 existência de 1409 municípios que, entre 2020 e 2024, não haviam apresentado relatórios ou
641 instrumentos de gestão aos respectivos Conselhos de Saúde. Informou que esses municípios
642 já haviam sido notificados e que, após tentativas de orientação, os casos poderiam ser
643 encaminhados ao DENASUS, para as devidas providências. A segunda preocupação dizia
644 respeito aos conselhos que, há mais de quatro anos, não haviam emitido parecer sobre os
645 instrumentos de gestão recebidos, situação para a qual não existia prazo normativo definido.
646 Diante disso, defendeu que o CNS discutisse a elaboração de uma resolução orientativa para
647 estabelecer prazos para emissão de pareceres, qualificando a atuação dos conselhos e
648 prevenindo questionamentos futuros dos Tribunais de Contas. Por fim, disse que,
649 diferentemente do que ocorre no âmbito do CNS, grande parte dos relatórios reprovados nas
650 esferas municipais não apresentava justificativas para a decisão adotada. Conselheiro **Getúlio**
651 **Vargas de Moura** afirmou que a COFIN/CNS estava à disposição para aprofundar o debate
652 sobre os relatórios de gestão e a qualificação do controle social. Ressaltou que, em muitos
653 casos, a ausência de publicação de relatórios reprovados não decorria apenas da atuação dos
654 Conselhos de Saúde, mas também de gestões municipais que deixavam de divulgar
655 documentos rejeitados. Observou ainda que a maior parte dos conselhos municipais não
656 dispõe de estrutura adequada de pessoal, equipamentos ou assessoria técnica, o que faz com
657 que as avaliações dos instrumentos de gestão sejam realizadas de maneira artesanal pelos

658 próprios conselheiros. Avaliou, portanto, que muitas falhas decorrem da falta de orientação e
659 de apoio técnico, e reafirmou a disposição da COFIN para contribuir com o aprimoramento
660 desse processo. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** recordou que, entre 2010 e 2011, o
661 Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul realizou, em articulação com o TCU, uma
662 avaliação sobre a estrutura e o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde. Segundo
663 ele, o objetivo era demonstrar justamente a precariedade das condições de funcionamento
664 desses espaços, compostos em grande parte por trabalho voluntário e sem assessoria técnica
665 ou secretaria executiva. Ressaltou que essa realidade permanece presente em diversos
666 conselhos municipais e estaduais e defendeu que o CNS adote posição mais firme sobre o
667 tema. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** reforçou que os Tribunais de Contas também
668 precisam cobrar dos gestores municipais e estaduais a garantia de estrutura adequada para os
669 Conselhos de Saúde. Citou o caso do estado de São Paulo, onde, em determinado período, a
670 assessoria técnica do Conselho Estadual era financiada por entidade externa, o que
671 demonstrava a insuficiência de apoio institucional. Defendeu que os conselhos só conseguirão
672 cumprir adequadamente seu papel se houver estrutura e financiamento garantidos pelos
673 gestores. O diretor do DGIP/SE/MS, conselheiro **André Luiz Bonifácio**, informou que o DGIP,
674 em parceria com o CNS, iniciaria um censo nacional dos Conselhos de Saúde, abrangendo o
675 CNS, os conselhos estaduais e os 5.570 municípios brasileiros. Explicou que o objetivo é
676 levantar informações sobre estrutura, funcionamento e condições de atuação dos conselhos,
677 de modo a subsidiar medidas de fortalecimento institucional. Ressaltou que não é admissível
678 que, após quase quarenta anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde e mais de trinta anos de
679 SUS, os principais órgãos de deliberação das políticas públicas ainda funcionem sem estrutura
680 adequada. Conselheira **Sueli Goi Barrios** destacou que o projeto Participa Mais já alcançou
681 mais de mil municípios e que um dos temas mais demandados pelas conselheiras é justamente
682 o entendimento dos instrumentos de planejamento e gestão. Defendeu a realização de
683 articulações entre o projeto e o Ministério da Saúde para incluir esses conteúdos nos
684 processos formativos. Também ressaltou que a Lei Complementar nº 141, especialmente em
685 seu artigo 44, já estabelece que é responsabilidade dos gestores garantir a infraestrutura
686 necessária aos Conselhos de Saúde, e avaliou que os conselheiros precisam conhecer melhor
687 esse marco normativo para exigir as condições adequadas de funcionamento. Na sequência, a
688 mesa procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a Política**
689 **Nacional de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde. Também foram aprovados os**
690 **seguintes encaminhamentos: 1) incluir os relatórios produzidos pela ouvidoria nos**
691 **Relatórios Quadrimestrais de Gestão; 2) promover a padronização e o financiamento dos**
692 **serviços de ouvidorias nos âmbitos municipais, estaduais e nacional; 3) desenvolver a**
693 **capacitação dos conselhos de saúde sobre a estrutura da ouvidoria; 4) fomentar a**
694 **articulação entre o controle social e a ouvidoria em todas as instâncias federativas; e 5)**
695 **promover Rodas de Conversa do Projeto Participa+ sobre este tema, aproveitando a**
696 **abrangência nacional desta estratégia.** Definido esse ponto, a mesa agradeceu as pessoas
697 convidadas e encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes
698 pessoas conselheiras: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares
699 (CMP); **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia**
700 **Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Cristiane Pereira dos Santos**,
701 Ministério da Saúde (MS); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos
702 Farmacêuticos (FENAFAR); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e
703 Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dilce Abgail Rodrigues Pereira**, União Brasileira de
704 Mulheres (UBM); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas
705 Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
706 Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das
707 Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de
708 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas
709 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**,
710 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação
711 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
712 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de
713 Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva
714 (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA);
715 **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança
716 Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio
717 de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da

718 Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rafaela Bezerra Fernandes**,
719 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rosa Maria**
720 **Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**,
721 Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação
722 Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional
723 dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia –
724 CFF; e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* –
725 **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças
726 Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **André Luiz Bonifácio de Carvalho**, Ministério
727 da Saúde (MS); **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação Brasileira de Instituições
728 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**,
729 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Ana**
730 **Carolina Freire Lopes**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Camila Francisco de Lima**,
731 Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**,
732 Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos**
733 **Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Cleonice Caetano Souza**,
734 União Geral dos Trabalhadores (UGT); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço
735 Social (CFESS); **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais
736 de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de
737 Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil;
738 **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
739 **Jacildo de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na
740 Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de
741 Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia
742 (CFO); **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde (MS); **Maria Laura Carvalho**
743 **Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Palacios da Cunha e**
744 **Melo de Almeida Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral Ribeiro**
745 **de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); **Michele**
746 **Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Neide Barros da Silva**,
747 Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Odete Messa Torres**,
748 Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**,
749 Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública
750 (ASFOC-SN); **Pérola Nazaré de Souza Ferreira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil
751 (ONCB); **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores
752 Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Sarlene Moreira da**
753 **Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; e **Thiago**
754 **Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde – RENAFO.
755 Retomando, a mesa foi composta para o quarto ponto da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO**
756 **INTERSETORIAL DE RELAÇÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – CIRTES/CNS**
757 **– Informes. Apresentação dos pareceres de processos de autorização, reconhecimento e**
758 **renovação de cursos de graduação da área da saúde. Exame Nacional de Avaliação da**
759 **Formação Médica – ENAMED - Apresentação:** conselheiro **Thiago Soares**, coordenador
760 adjunto da CIRTES/CNS; **Felipe Proenço**, Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação
761 na Saúde - SGTES/MS; **Ulysses Tavares Teixeira**, Diretor de Avaliação da Educação
762 Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP; e
763 **Estevão Toffoli Rodrigues**, Diretor vice-presidente da Associação Brasileira de Educação
764 Médica – ABEM. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da
765 CIRTES/CNS e integrante da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira**
766 **Leite**, integrante da Mesa Diretora do CNS. **Apresentação dos pareceres de processos de**
767 **autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde -**
768 **Inicialmente este ponto de pauta, conselheiro Thiago Soares**, coordenador adjunto da
769 CIRTES/CNS, apresentou informe técnico referente aos pareceres dos processos de
770 autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde
771 analisados no período recente, referentes período de 9 de fevereiro a 4 de março, informando
772 que, nesse intervalo, foram analisados 21 processos relacionados à avaliação de cursos da
773 área da saúde. Fez a seguinte explanação geral sobre esses 26 processos analisados pela
774 Comissão: **1) Número de Processos Analisados e ato regulatório:** 13 de autorização, 0 de
775 autorização vinculada ao credenciamento e 8 de reconhecimento; **2) Relação entre número de**
776 **processos analisados e Curso - Enfermagem:** 3; Medicina: 1; Odontologia: 3; e Psicologia: 14;
777 **3) Relação de cursos e tipo de ato regulatório:** Enfermagem – dois de autorização e um de

778 reconhecimento; Medicina – um de autorização; Odontologia – um de autorização e dois de
779 reconhecimento; e Psicologia – nove de autorização e cinco de reconhecimento; e 4) Relação
780 entre número de processos analisados e parecer final: dezoito insatisfatórios e três satisfatórios
781 com recomendação. Ao apresentar o balanço final, destacou que a maior parte dos processos
782 analisados recebeu parecer insatisfatório, o que evidenciava a complexidade e a
783 responsabilidade do trabalho desenvolvido pela CIRTES/CNS. Ressaltou que a comissão
784 exerce uma função rigorosa de avaliação, com o objetivo de assegurar qualidade na formação
785 em saúde e proteger os interesses da sociedade. Após a apresentação, conselheira **Francisca**
786 **Valda da Silva** registrou que o informe atendia às exigências regimentais do CNS e, como não
787 houve manifestações, dúvidas ou questionamentos por parte do Plenário passou ao debate
788 sobre o Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica – ENAMED. Recordou que o tema
789 já havia sido objeto de discussão na reunião anterior, quando foi apresentada uma nota sobre o
790 assunto, posteriormente divulgada pela assessoria de comunicação do CNS. Ressaltou que o
791 tema possuía relevância estratégica para a formação em saúde e para o acompanhamento da
792 qualidade dos cursos de medicina no país. A seguir, a coordenação compôs a mesa, com
793 convite aos convidados, e leitura de cada do currículo de cada um. Antes da exposição dos
794 convidados, a coordenadora da CIRTES/CNS ressaltou que a pauta do ENAMED era
795 especialmente importante para o controle social e para o Conselho. Recordou que, no dia
796 anterior, havia participado de audiência pública sobre o tema, convocada pela deputada
797 Adriana Ventura, juntamente com representantes presentes naquele debate. Destacou que o
798 ENAMED vinha mobilizando as redes sociais, a imprensa e diferentes segmentos ligados à
799 formação médica. Informou que a discussão havia sido solicitada pela CIRTES/CNS e já havia
800 sido debatida previamente no âmbito da comissão, com participação das mesmas
801 representações presentes no Plenário. Ressaltou que o tema integra a luta histórica do CNS
802 pela qualidade da educação médica e pela responsabilização institucional das escolas e cursos
803 de medicina, especialmente em um contexto marcado pela ampliação contínua de vagas em
804 instituições privadas e pela estagnação das vagas em universidades públicas, tanto federais
805 quanto estaduais. Recordou que, desde a década de 1990 e início dos anos 2000, o CNS vem
806 aprovando resoluções voltadas à definição do perfil profissional, das áreas de atuação, dos
807 processos de ensino-aprendizagem e da formação teórico-prática, sempre na perspectiva da
808 interprofissionalidade, da determinação social das doenças, da mudança do modelo de atenção
809 e da reorganização do processo de trabalho em saúde. Também ressaltou que essas diretrizes
810 foram construídas em cooperação com o Ministério da Educação e que, posteriormente, o CNS
811 passou a exercer atribuições relacionadas à avaliação de cursos da área da saúde sob a
812 perspectiva do SUS. Recordou que essas avaliações começaram em maio de 2006,
813 inicialmente para os cursos de medicina, odontologia e psicologia, sendo a enfermagem
814 incorporada em 2016. Assim, atualmente, quatro cursos da área da saúde são acompanhados
815 diretamente pelo CNS. Destacou ainda que o Conselho teve papel protagonista na criação do
816 Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES e no aprimoramento dos
817 instrumentos de avaliação utilizados pelo Ministério da Educação. Por fim, destacou a
818 expectativa do CNS em acompanhar a implementação do novo instrumento de avaliação, que
819 passou a incluir uma quarta dimensão relacionada à área da saúde e ao bem-estar. Segundo a
820 conselheira, essa nova dimensão dialoga diretamente com o sistema de avaliação
821 desenvolvido pelo CNS e interessa especialmente ao SUS, por permitir avaliar de forma mais
822 abrangente os impactos da formação dos profissionais de saúde sobre a qualidade da atenção
823 ofertada à população. O Secretário da SGTES/MS, **Felipe Proença**, iniciou sua exposição
824 destacando que a gestão do trabalho e da educação na saúde constitui agenda estratégica
825 para qualquer sistema de saúde, uma vez que a ampliação da cobertura, do acesso e da
826 qualidade do cuidado depende diretamente da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e
827 qualificação dos profissionais. Nesse sentido, ressaltou que o debate sobre o ENAMED deve
828 ser compreendido de forma articulada ao planejamento da força de trabalho em saúde, à
829 formação médica e às necessidades do SUS. O secretário afirmou que um dos fatores que
830 ajudam a explicar os resultados observados no ENAMED é a ausência de regulação adequada
831 por parte do Estado brasileiro em relação à expansão dos cursos de medicina. Recordou que,
832 entre 2017 e 2022, apesar da existência de uma moratória para abertura de novos cursos,
833 houve intensa ampliação de vagas por meio de decisões judiciais, o que resultou na abertura
834 de mais de 22 mil vagas de Medicina no período. Avaliou que esse processo ocorreu de forma
835 desordenada, concentrando cursos em localidades que já possuíam oferta, sobrecarregando
836 os serviços de saúde e contribuindo para dificuldades na formação médica. Destacou que, em
837 2025, o país já contava com cerca de 39 mil concluintes anuais em medicina, número que

838 tende a crescer em função da expansão ocorrida naquele período. Defendeu que o Programa
839 Mais Médicos havia representado um modelo planejado de expansão da formação médica,
840 baseado em critérios públicos, interiorização e regulação estatal. Ressaltou que o programa
841 promoveu abertura de vagas em regiões de saúde que possuíam estrutura assistencial, mas
842 ainda não contavam com cursos de medicina, o que permitiu, a partir de 2015, que o número
843 de vagas no interior superasse o das capitais. Contudo, afirmou que esse planejamento foi
844 interrompido e descaracterizado por mudanças legislativas posteriores, incluindo a revogação
845 do exame seriado previsto na Lei nº 12.871/2013 e da política de universalização da residência
846 médica. Ao abordar a formação de especialistas, observou que o Brasil ainda apresenta grande
847 defasagem em áreas estratégicas, especialmente na medicina de família e comunidade.
848 Informou que, embora o número de especialistas nessa área tenha crescido cerca de 500% na
849 última década, eles ainda representam apenas 2,3% dos médicos do país, percentual muito
850 inferior à média dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico -
851 OCDE, que é de aproximadamente 23%. Também destacou que, entre 2018 e 2022, houve
852 redução da expansão da residência médica, agravando a diferença entre o número de
853 concluintes dos cursos de Medicina e o total de vagas de residência disponíveis. Segundo ele,
854 enquanto nos países da OCDE existe mais de uma vaga de residência para cada egresso, no
855 Brasil há aproximadamente meia vaga por concluinte. Nesse contexto, destacou que a
856 retomada dos processos regulatórios pelo Ministério da Educação a partir de 2023 foi
857 fundamental para recuperar a capacidade de planejamento da formação médica. Informou que
858 a nova Lei do Programa Mais Médicos reafirmou a necessidade de abertura de cursos por meio
859 de editais públicos, com critérios transparentes e avaliação da capacidade das localidades para
860 receber novos cursos. Acrescentou que os resultados do ENAMED contribuíram, inclusive,
861 para o cancelamento de edital que previa a abertura de mais seis mil vagas de Medicina, diante
862 do desempenho insatisfatório identificado em parte significativa dos cursos. Ressaltou que a
863 formação médica precisa ser pensada como política integrada do Estado, envolvendo a
864 regulação da graduação, a qualidade dos cursos, os processos de avaliação, expansão da
865 residência e provimento e fixação de especialistas. Nesse sentido, citou como avanço as
866 Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina que reafirmam a necessidade de formação
867 orientada para o SUS, avaliação longitudinal da formação e formação especializada como
868 diretriz. Ressaltou que o debate sobre eventuais exames de proficiência para concluintes de
869 Medicina não poderia ser dissociado do sistema educacional como um todo, nem se limitar à
870 responsabilização individual dos estudantes, devendo produzir repercussões também sobre os
871 próprios cursos de medicina e sobre as instituições formadoras. Afirmou que a avaliação dos
872 estudantes é fundamental e destacou que o Exame já vinha cumprindo esse papel de forma
873 estruturada, articulando a avaliação dos concluintes com o ingresso na residência médica.
874 Destacou que, pela primeira vez, os resultados do exame passaram a gerar repercussões
875 concretas para os cursos de Medicina, com medidas de supervisão e restrições para aqueles
876 que apresentaram desempenho insatisfatório (30% com conceitos 1 e 2), como suspensão de
877 vestibulares, redução de vagas, impedimento de ampliação de cursos e suspensão de acesso
878 a financiamento público. Ressaltou que tais medidas representavam um marco inédito na
879 formação médica brasileira, ao estabelecer parâmetros nacionais de qualidade para os cursos.
880 Também manifestou preocupação com os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional
881 que propunham a criação de exames de proficiência desvinculados do sistema educacional e
882 com transferência de atribuições do Ministério da Educação para o Conselho Federal de
883 Medicina. Defendeu que o processo de avaliação deve permanecer sob coordenação
884 institucional do Ministério da Educação, com participação do Ministério da Saúde, do Conselho
885 Nacional de Saúde e de outras instâncias, evitando que a responsabilidade fique concentrada
886 em uma única instituição. Destacou, ainda, que a discussão sobre o ENAMED precisava estar
887 articulada ao fortalecimento da residência médica e multiprofissional, tendo em vista a
888 necessidade de ampliar a formação e a distribuição de especialistas no país. Informou que,
889 com os residentes ingressantes em março de 2026, o Ministério da Saúde passaria a financiar
890 mais de 50 mil residentes de medicina, correspondendo a cerca de 60% das bolsas existentes
891 no país. Acrescentou que o Ministério também financiava mais de 90% das bolsas de
892 residência multiprofissional, alcançando quase 16 mil residentes. Ressaltou que o atual
893 governo retomou a expansão de programas e bolsas de residência, interrompida nos anos
894 anteriores, com a criação de mais de 800 novos programas de residência médica e de mais de
895 400 programas de residência multiprofissional, ampliando significativamente o número de
896 vagas. Segundo o secretário, esse investimento tem sido fundamental para fortalecer
897 especialidades estratégicas, como anestesiologia e medicina de família e comunidade, bem

898 como para enfrentar a escassez de profissionais em áreas prioritárias do SUS. Em números,
899 disse que foram viabilizadas mais de 5 mil bolsas de residência médica e mais de 3.500 bolsas
900 em áreas profissionais de saúde. Informou também que o Ministério da Saúde vinha
901 implementando políticas de permanência para residentes, como auxílio-moradia e auxílio-
902 permanência, além de investimentos em preceptorial, tutoria e coordenação dos programas de
903 residência. Acrescentou que estavam em andamento editais para ampliação de bolsas e
904 fortalecimento das comissões estaduais de residência médica e multiprofissional. Por fim,
905 destacou que o Ministério da Saúde também vinha desenvolvendo iniciativas voltadas à melhor
906 distribuição de especialistas já formados, por meio do programa Agora Tem Especialistas, que
907 oferece aperfeiçoamento e incentivos para atuação em regiões com escassez de profissionais.
908 Nas suas palavras, tais medidas demonstravam que o governo vinha atuando de forma
909 articulada em todas as etapas da formação e inserção profissional, desde a graduação até a
910 fixação de especialistas, com o objetivo de qualificar a formação médica e fortalecer o cuidado
911 ofertado à população brasileira no SUS. Continuando, expôs o diretor de Avaliação da
912 Educação Superior do INEP, **Ulysses Tavares Teixeira**, agradeceu ao Conselho pelo convite
913 e destacou que o Instituto vem participando de reuniões da CIRTES/CNS, aproveitando as
914 contribuições do controle social para aperfeiçoar seus processos e instrumentos de avaliação.
915 Ressaltou que o ENAMED representa uma evolução do Exame Nacional de Desempenho dos
916 Estudantes - ENADE, política pública instituída em 2004 no âmbito do Sistema Nacional de
917 Avaliação da Educação Superior - SINAES, incorporando aprimoramentos resultantes de
918 estudos, experiências acumuladas com o Revalida e contribuições de docentes, pesquisadores
919 e universidades. Informou que o ENAMED foi estruturado a partir de uma matriz de referência
920 voltada às competências, habilidades e conhecimentos esperados para a formação médica,
921 com forte ênfase na atuação ética, na inserção nos sistemas locais e regionais de saúde e nos
922 princípios do SUS. Explicou que a prova passou a ter 100 questões objetivas de múltipla
923 escolha e foi aplicada em 225 municípios que possuíam estudantes concluintes de Medicina.
924 Ressaltou ainda que o exame unificou, em uma única avaliação, o antigo ENADE e o Exame
925 Nacional de Residência Médica (ENARE), ampliando significativamente a participação dos
926 estudantes e médicos interessados em ingressar na residência. Segundo ele, quase 100 mil
927 pessoas participaram da prova, tornando-a uma das maiores avaliações da formação médica já
928 realizadas no país. Destacou que uma das principais inovações do ENAMED foi a definição de
929 padrões de desempenho esperados, substituindo a lógica anterior de comparação relativa
930 entre cursos. Explicou que, até 2023, os conceitos do ENADE indicavam apenas se um curso
931 estava acima, abaixo ou na média nacional. Com o ENAMED, passou-se a adotar um critério
932 baseado nas competências esperadas para a formação médica, permitindo avaliar quantos
933 estudantes alcançam o nível mínimo desejado de proficiência. Ressaltou que esse novo
934 modelo possibilita comparações ao longo do tempo, permitindo verificar se os cursos estão
935 melhorando ou piorando em relação a padrões fixos de qualidade. Também descreveu o
936 processo de construção da prova, ressaltando que ele envolve ampla participação de docentes
937 de medicina de todo o país. Informou que o INEP conta atualmente com apoio de 500 de
938 Medicina, com experiência em avaliação da formação médica, organizados em diferentes
939 grupos: elaboração e revisão de itens: professores de cursos de Medicina brasileiros (edital de
940 chamamento público, capacitação, oficinas de elaboração de itens). (353 membros); Comissão
941 Assessora de Avaliação da Formação Médica (CAAFM) e Comissão de Análise de Itens (CAI):
942 responsáveis pela montagem das provas e pela definição da nota de corte, respectivamente
943 (42 membros na CAAFM e 42 membros na CAI); Comissão de Assessoramento Técnico (CAT):
944 especialistas em revisão linguística e adaptação de provas. (102 membros na CAT); Bancas de
945 Avaliação de provas e recursos (uma para cada das sete áreas médicas avaliadas na prova):
946 professores brasileiros de cursos de medicina com atuação no ensino médico por, no mínimo,
947 cinco anos, garantida a diversidade regional dos docentes, e presididas por docentes com
948 experiência de ao menos dez anos no ensino médico. (número varia a cada edição, conforme
949 número de participantes do exame). Detalhou que todos os professores colaboradores são
950 devidamente capacitados e têm sua formação em uma das áreas médicas avaliadas. Ou seja,
951 a elaboração, a revisão, a montagem e a correção das provas são realizadas por dezenas de
952 professores de cursos de Medicina brasileiros, com experiência na docência em cursos bem
953 avaliados. Assim, ninguém detém a palavra final sem que cada decisão seja revisada por outro
954 docente em quaisquer das etapas. Ao explicar a metodologia de definição do nível de
955 proficiência, afirmou que o parâmetro adotado não corresponde simplesmente a um percentual
956 fixo de acertos, mas resulta de processo mais sofisticado, baseado na dificuldade de cada
957 questão e na Teoria de Resposta ao Item (TRI), metodologia também utilizada no ENEM.

958 Explicou que, em 2025, o nível de proficiência correspondeu a aproximadamente 57,5% da
959 prova, mas foi convertido para uma escala padronizada de 0 a 100, em que o ponto de corte foi
960 definido em 60 pontos. Ressaltou que esse modelo permite manter comparabilidade entre as
961 diferentes edições do exame, mesmo quando as provas possuem níveis distintos de
962 dificuldade. Informou que, entre os quase 40 mil estudantes concluintes avaliados, 67%
963 alcançaram o nível de proficiência. Entre os cerca de 50 mil médicos já formados que
964 realizaram a prova para ingresso na residência, 81% atingiram esse patamar. No conjunto
965 geral dos participantes, 75% demonstraram proficiência. Também destacou diferenças
966 relevantes entre as categorias de instituições de ensino, observando que universidades
967 públicas federais e estaduais apresentaram as maiores proporções de estudantes proficientes,
968 enquanto instituições municipais tiveram os piores resultados. Em relação aos cursos, explicou
969 que os conceitos foram definidos conforme a proporção de estudantes proficientes. Cursos
970 com menos de 40% de alunos proficientes receberam conceito 1; aqueles com percentual entre
971 40% e 60% ficaram com conceito 2; e os cursos com 60% ou mais de estudantes proficientes
972 foram considerados satisfatórios. Ressaltou que houve 49 cursos com conceito 5, nos quais
973 mais de 90% dos estudantes alcançaram proficiência, além de 114 cursos em que mais de
974 75% dos alunos atingiram esse nível. Segundo ele, apesar da grande repercussão dos cursos
975 com baixo desempenho, os resultados também revelam a existência de experiências bem-
976 sucedidas de formação médica no país. Destacou que as instituições públicas estaduais e
977 federais estão predominantemente nas faixas quatro e cinco e as instituições municipais e
978 especiais apresentam maior presença nas faixas um e dois. Já as instituições comunitárias e
979 privadas sem fins lucrativos situam-se predominantemente nas faixas intermediárias, três e
980 quatro, ao passo que as instituições privadas com fins lucrativos concentram-se, em maior
981 medida, nas faixas dois e três, embora todas as categorias estejam representadas em todas as
982 faixas de avaliação. Sobre a distribuição territorial dos resultados, ressaltou que há
983 significativa variação entre os estados, influenciada, entre outros fatores, pelo número de
984 cursos existentes em cada unidade da federação, recomendando análise mais detalhada por
985 parte dos interessados conforme suas realidades locais. Afirmou que o ENAMED deve ser
986 compreendido como parte de um sistema mais amplo de avaliação, que inclui indicadores de
987 infraestrutura, corpo docente, questionários de professores e estudantes e, sobretudo, as
988 avaliações presenciais realizadas por pares avaliadores. Explicou que o INEP vem
989 reformulando essas visitas *in loco* para que deixem de focar apenas nas condições formais de
990 oferta e passem a avaliar efetivamente as condições de formação dos estudantes,
991 especialmente nos campos de prática, laboratórios de simulação e inserção dos cursos nos
992 serviços de saúde. Informou ainda que todos os cursos de medicina do país passarão por nova
993 visita de avaliação a partir de 2026, em processo cíclico que deverá se repetir a cada três anos.
994 Por fim, anunciou que, a partir de 2026, os estudantes do quarto ano de medicina também
995 passarão a realizar o ENAMED. Segundo ele, essa nova etapa permitirá que as instituições
996 identifiquem fragilidades na formação antes da conclusão do curso, ampliando a possibilidade
997 de correção de problemas ainda durante a graduação. Seguindo, expôs o diretor vice-
998 presidente da ABEM, **Estevão Toffoli Rodrigues**, integrante da CIRTES/CNS, que iniciou
999 destacando que o ENAMED representa importante avanço para a regulação da formação
1000 médica no país, ao reforçar o papel do Estado brasileiro na supervisão dos cursos de medicina
1001 e na garantia de padrões mínimos de qualidade. Ressaltou que a ABEM, entidade com mais de
1002 60 anos de atuação no debate sobre formação médica, considera positiva a adoção de uma
1003 lógica de avaliação anual, com prova de 100 questões, matriz de competências comparável ao
1004 longo do tempo e utilização de metodologia baseada na Teoria de Resposta ao Item - TRI.
1005 Destacou ainda a relevância da realização do exame no quarto e no sexto anos da graduação,
1006 bem como sua vinculação ao ingresso na residência médica, o que, em sua avaliação, contribui
1007 para ampliar a equidade no acesso aos programas de residência. Afirmou que o ENAMED
1008 favorece a construção de uma cultura de avaliação mais consistente, baseada não apenas em
1009 resultados finais, mas também na articulação entre diferentes instrumentos avaliativos.
1010 Defendeu que a avaliação da formação médica deve combinar processos internos das
1011 instituições, avaliações externas, visitas *in loco*, desempenho dos estudantes, análise das
1012 condições de ensino, unificação de instrumentos e observação de aspectos relacionados aos
1013 campos de prática e à inserção dos cursos no SUS. Nesse sentido, sustentou que o
1014 desempenho dos estudantes no ENAMED, embora importante, é insuficiente, isoladamente,
1015 para avaliar a qualidade dos cursos e fundamentar decisões regulatórias. Argumentou que o
1016 país precisa amadurecer o debate sobre a avaliação da formação médica, superando a falsa
1017 dicotomia entre proteger os estudantes e proteger a sociedade. Nas suas palavras, ao

1018 identificar fragilidades na formação e oferecer oportunidades de correção de trajetória aos
1019 estudantes, também se protege a qualidade da assistência e a segurança dos usuários do
1020 SUS. Defendeu, assim, a adoção de avaliações seriadas, distribuídas ao longo do curso,
1021 capazes de identificar problemas antes da conclusão da graduação e permitir intervenções
1022 pedagógicas mais precoces. Salientou, ainda, que é preciso avançar no debate acerca da
1023 necessidade de ampliar a coerência entre as Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina
1024 com o conjunto de instrumentos do SIANES. Seguindo, ressaltou que a Associação tem
1025 debatido contribuições para o formato da prova do ENAMED e sinalizou preocupação com a
1026 excessiva centralidade dos aspectos cognitivos no ENAMED. Observou que a avaliação atual
1027 privilegia conhecimentos biomédicos e conteúdos objetivos, deixando em segundo plano
1028 dimensões fundamentais da formação médica, como atitudes, habilidades práticas,
1029 profissionalismo, humanidades, direitos sociais e formação cidadã. Alertou que esse modelo
1030 pode estimular a proliferação de cursos preparatórios focados exclusivamente na realização da
1031 prova, induzindo escolas e estudantes a priorizarem conteúdos cobrados no exame em
1032 detrimento de competências mais amplas. Além desses aspectos, salientou que é preciso
1033 debater as contradições com sistemas estaduais de ensino e também pensar avaliação de
1034 processo (exames anuais, por exemplo). No mais, defendeu a trava na progressão dos
1035 estudantes no quarto e no sexto ano, a depender dos resultados das provas. Assim,
1036 estudantes que não atinjam desempenho mínimo em avaliações realizadas no sexto ano não
1037 avancem para o internato, permanecendo em atividades de recuperação até demonstrarem
1038 proficiência adequada. Da mesma forma, propôs que a conclusão do curso também possa
1039 estar condicionada ao alcance de desempenho mínimo, de forma a responsabilizar as
1040 instituições formadoras e enfrentar o debate sobre proficiência ainda dentro da graduação. Por
1041 fim, disse que a ABEM, em parceria com outras instituições, desenvolveu um conjunto de 100
1042 indicadores para avaliação de escolas médicas, abrangendo aspectos como responsabilidade
1043 social, organização didático-pedagógica, internato e integração ensino-serviço e defendeu que
1044 esses parâmetros sejam incorporados aos processos de supervisão e regulação. Concluídas
1045 as exposições, a mesa abriu para o debate. Conselheira **Melissa do Amaral Ribeiro** avaliou
1046 como importante que os usuários compreendam de que maneira ocorre a formação e a
1047 qualificação dos profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde. Na condição de
1048 sobrevivente de câncer e presidenta da Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e
1049 Pescoço, chamou atenção para a carência de especialistas em determinadas áreas, como
1050 cirurgia de cabeça e pescoço e fonoaudiologia especializada. Também questionou a ausência
1051 de mecanismos que garantam retorno social por parte dos estudantes formados em
1052 universidades públicas, considerando que a sociedade financia essa formação enquanto
1053 persiste a escassez de médicos em diversas regiões do país. Conselheiro **Abraão Nunes da**
1054 **Silva** destacou a importância do debate, mas criticou o fato de a formação médica ainda estar
1055 excessivamente orientada pela lógica de mercado. Avaliou que os cursos de Medicina e a
1056 produção científica muitas vezes se encontram a serviço do capital, em detrimento das
1057 necessidades sociais e do compromisso com o SUS. Ponderou que a humanização do cuidado
1058 foi pouco abordada nas exposições e defendeu que esse tema voltasse a ocupar posição
1059 central na formação dos profissionais de saúde e nas políticas públicas do setor. Conselheira
1060 **Victoria Matos das Chagas Silva** elogiou o trabalho desenvolvido pela CIRTES/CNS na
1061 avaliação dos cursos da área da saúde e considerou grave o diagnóstico revelado pelo
1062 ENAMED acerca da qualidade da formação em saúde no país. Argumentou que a precarização
1063 do ensino, agravada durante a pandemia e pela expansão do ensino a distância, não se
1064 restringe à medicina, atingindo também outros cursos da saúde. Defendeu, portanto, a criação
1065 de exames específicos para outras profissões da área, ressaltando que muitos profissionais
1066 formados recentemente não estão preparados para atuar no SUS. Conselheiro **Getúlio Vargas**
1067 **de Moura** reconheceu o esforço da CIRTES/CNS e dos órgãos governamentais envolvidos na
1068 construção do ENAMED, mas afirmou que o exame ainda está distante do modelo de formação
1069 defendido pelo controle social. Sustentou que a saúde deve ser tratada como direito e não
1070 como mercadoria, e que a formação médica precisa estar orientada para o SUS, e não para o
1071 mercado privado. Ressaltou que as universidades públicas ainda formam profissionais
1072 excessivamente direcionados às especialidades de alta rentabilidade, em detrimento de áreas
1073 estratégicas para o SUS, como clínica geral, medicina de família e atenção integral. Defendeu
1074 ainda que o debate sobre formação profissional dialogue com as propostas das conferências
1075 de saúde, especialmente da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Carlos Alberto**
1076 **Duarte** afirmou que a formação dos profissionais de saúde não pode se restringir aos aspectos
1077 biomédicos e laboratoriais, devendo incorporar uma compreensão mais ampla das condições

1078 sociais que influenciam o adoecimento. Destacou que, na prática dos serviços, muitos
1079 profissionais não conseguem diagnosticar doenças como tuberculose, HIV/AIDS e infecções
1080 sexualmente transmissíveis, nem realizar adequadamente a anamnese e o acolhimento dos
1081 usuários. Considerou que a avaliação dos cursos deve abranger todas as profissões da saúde
1082 e valorizar competências relacionadas ao cuidado integral, à escuta e à atenção às
1083 necessidades dos usuários. Conselheiro **Luiz Aníbal Machado** relatou a dificuldade de acesso
1084 a consultas, exames e especialistas em diversas regiões do país, afirmando que a escassez de
1085 profissionais da Medicina continua produzindo sofrimento e atrasos no atendimento à
1086 população. Citou exemplos relacionados ao tratamento de câncer, à falta de pediatras e ao
1087 descumprimento dos prazos legais para início de tratamentos. Avaliou que o Conselho
1088 Nacional de Saúde precisa assumir posição mais firme diante desse cenário e fortalecer a luta
1089 pelo acesso da população aos serviços de saúde. Conselheiro **Haroldo Jorge de Carvalho**
1090 **Pontes** manifestou apoio ao ENAMED, avaliando como uma política importante para qualificar
1091 a formação médica. No entanto, aproveitou o debate para chamar atenção para outros temas
1092 relacionados à formação em saúde. Primeiro, destacou o esforço conjunto do CONASS, do
1093 CONASEMS e do Ministério da Saúde para regulamentação do auxílio-moradia para
1094 residentes, o que representa um grande avanço. No mais, chamou a atenção para a
1095 necessidade de recomposição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em
1096 Saúde, cuja estrutura teria sido desorganizada na gestão anterior. Defendeu a publicação da
1097 portaria de recomposição da comissão e sugeriu deliberação do Pleno do Conselho nesse
1098 sentido. Também ressaltou que o trabalho realizado pela CIRTES/CNS na análise de cursos e
1099 processos regulatórios precisa ser mais valorizado e considerado pelos órgãos responsáveis,
1100 sobretudo em aspectos relacionados aos cenários de prática e à responsabilidade social das
1101 instituições formadoras. Conselheira **Camila Francisco de Lima** reforçou a importância de
1102 incorporar a humanização ao debate sobre formação médica e exames de proficiência. Alertou
1103 que avaliações baseadas exclusivamente em desempenho podem criar novas barreiras para
1104 estudantes em situação de vulnerabilidade, especialmente aqueles oriundos de escolas
1105 públicas e sem condições de custear cursinhos preparatórios. Também observou que a baixa
1106 remuneração oferecida pelo SUS dificulta a contratação de médicos e ponderou que
1107 programas voltados à ampliação da oferta de especialistas precisam ser cuidadosamente
1108 estruturados para não fragilizarem ainda mais os serviços públicos. Ao final, registrou o apoio
1109 da ANAIDS ao informe da Articulação Nacional de Tuberculose sobre o Programa Brasil
1110 Saudável. Conselheira **Márcia Bandini** avaliou que os resultados do ENAMED evidenciaram
1111 de forma contundente a superioridade do desempenho das instituições públicas de ensino
1112 médico em relação às instituições privadas com fins lucrativos. Citou dados que indicam que
1113 87,6% dos cursos das universidades federais obtiveram conceitos 4 e 5, enquanto apenas
1114 2,7% dos cursos privados lucrativos alcançaram os mesmos resultados. Ressaltou que quase
1115 60% das escolas privadas receberam conceitos 1 e 2 e criticou a reação de entidades
1116 representativas do setor privado, que manifestaram preocupação com os impactos das notas
1117 sobre o valor de mercado dessas empresas. Defendeu o fortalecimento do ENAMED e alertou
1118 que a proposta de exame de proficiência individual reforça uma lógica de vencedores e
1119 perdedores, além de poder transformar estudantes com baixo desempenho em maus clientes
1120 para a indústria do ensino privado. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** destacou os
1121 esforços do governo federal em relação à formação em saúde, mas argumentou que ainda são
1122 necessários avanços importantes. Defendeu que as visitas *in loco* realizadas no âmbito da
1123 avaliação dos cursos contem com participação do controle social, tanto por meio da
1124 CIRTES/CNS quanto das comissões dos conselhos estaduais de saúde. Também chamou
1125 atenção para a necessidade de fortalecimento de políticas de formação vinculadas aos
1126 territórios e de enfrentamento da expansão do ensino a distância. Além disso, destacou a
1127 importância da implementação de um plano de carreira interfederativo para os profissionais de
1128 saúde e sustentou que o país precisa avançar para um modelo de atenção menos médico-
1129 centrado e mais multiprofissional. Conselheira **Marisa Palacios da Cunha e Melo** informou
1130 que a Sociedade Brasileira de Bioética publicou nota de apoio ao ENAMED, mas enfatizou que
1131 o debate sobre formação médica deve necessariamente incorporar a dimensão ética.
1132 Ressaltou que toda decisão médica envolve questões éticas e que o profissional não pode se
1133 limitar à aplicação mecânica de protocolos. Argumentou que a formação médica precisa
1134 desenvolver senso crítico, consciência sobre o papel social do médico e capacidade de lidar
1135 com dilemas relacionados à autonomia dos pacientes e ao trabalho em equipe
1136 multiprofissional. Defendeu, ainda, o fortalecimento do ensino de bioética em todos os cursos
1137 da área da saúde. Conselheira **Priscila Torres da Silva** afirmou que a formação médica deve

1138 ser avaliada também pela capacidade de promover cuidado humanizado, centrado na pessoa,
1139 com escuta qualificada, respeito às diferenças e compreensão das dimensões biológicas,
1140 psicológicas e sociais do adoecimento. Relatou que usuários frequentemente morrem ou têm
1141 seu sofrimento agravado por falhas de acolhimento e dificuldades de diagnóstico, inclusive em
1142 relação a doenças como tuberculose e COVID-19. Destacou ainda que muitos pacientes com
1143 doenças crônicas convivem com deslegitimação de seus sintomas, sendo tratados com
1144 descaso e preconceito. Assim, defendeu que a formação médica precisa incorporar de forma
1145 mais consistente a escuta, a empatia e a valorização das necessidades dos usuários.
1146 Conselheira **Ana Lúcia Paduelo** reforçou a importância da ética na formação dos profissionais
1147 de saúde, observando que a carga horária destinada a esse conteúdo nos cursos de medicina
1148 é extremamente reduzida, correspondendo a cerca de 45 a 60 horas em cursos que possuem
1149 mais de 7 mil horas totais. Avaliou que essa insuficiência compromete a formação de
1150 profissionais capazes de reconhecer os pacientes como sujeitos biopsicossociais e de construir
1151 decisões compartilhadas sobre os tratamentos. Também relacionou essa ausência às
1152 fragilidades observadas em protocolos de pesquisa submetidos à Comissão Nacional de Ética
1153 em Pesquisa, destacando que muitos profissionais não compreendem adequadamente os
1154 princípios éticos que devem orientar tanto a assistência quanto a pesquisa em saúde.
1155 Conselheira **Francisca Valda da Silva** agradeceu a participação dos representantes do
1156 Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e da Associação Brasileira de Educação
1157 Médica, ressaltando que o debate ocorria em um momento simbólico, marcado pelos 20 anos
1158 do sistema de avaliação de cursos da área da saúde no âmbito do CNS. Destacou que o
1159 Conselho atua no campo da regulação social, preocupado tanto com o fortalecimento do SUS
1160 quanto com a proteção da população diante dos riscos decorrentes da má-formação
1161 profissional. Defendeu que a regulação estatal não pode ser capturada pela lógica de mercado,
1162 nem esvaziar o papel da regulação social. Diante dos resultados do ENAMED, que classificou
1163 como alarmantes, questionou quais medidas corretivas, saneadoras e cautelares serão
1164 adotadas para enfrentar o baixo desempenho de determinados cursos, especialmente diante
1165 da possibilidade de judicialização por parte das instituições privadas. Reafirmou que o direito à
1166 saúde e à assistência de qualidade deve prevalecer sobre interesses mercadológicos.
1167 Concluídas as falas, a coordenação retornou a palavra à mesa para considerações. O
1168 Secretário da SGTES/MS, **Felipe Proença**, agradeceu as contribuições apresentadas e
1169 afirmou que o debate demonstrava a retomada do papel do Estado brasileiro na regulação da
1170 formação em saúde. Criticou o período da chamada moratória para abertura de cursos de
1171 Medicina, argumentando que, apesar do discurso de restrição, houve autorização judicial de
1172 milhares de vagas sem planejamento, inclusive em regiões que já apresentavam excesso de
1173 estudantes e insuficiência de campos de prática. Ressaltou que a Lei do Programa Mais
1174 Médicos recolocou a necessidade social como principal critério para abertura de novos cursos
1175 e informou que, somente no ano anterior, mais de 54 mil vagas de Medicina foram negadas em
1176 razão da ausência desse requisito. Enfatizou que o desempenho insatisfatório de parte dos
1177 cursos privados com fins lucrativos reforçou a importância de medidas regulatórias mais
1178 rígidas. Informou que cursos com conceitos 1 e 2 no ENAMED já estavam sujeitos a ações de
1179 supervisão, incluindo suspensão de vestibulares, redução de vagas, impedimento de ampliação
1180 da oferta e restrição ao acesso a novos financiamentos do FIES e do ProUni. Avaliou que
1181 essas medidas representam, pela primeira vez, uma resposta concreta do Estado frente à
1182 baixa qualidade de parte da formação médica. Também concordou com as manifestações
1183 sobre humanização, ética, empatia e cuidado centrado na pessoa, observando que esses
1184 elementos estão previstos nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina
1185 homologadas em 2025. Defendeu que a formação médica deve contemplar esses aspectos ao
1186 longo de todo o processo formativo e reforçou que o fortalecimento da qualidade da formação
1187 não pode ser dissociado do fortalecimento do papel do Estado e da regulação pública. Em
1188 relação às propostas legislativas que tratam de exames de proficiência, manifestou
1189 preocupação com projetos que atribuem ao Conselho Federal de Medicina a prerrogativa de
1190 definir quem poderá exercer a profissão médica, inclusive no caso de profissionais formados no
1191 exterior. Defendeu que a avaliação da formação deve permanecer como atribuição do Estado,
1192 especialmente do Ministério da Educação, e elogiou o posicionamento do CNS sobre o tema.
1193 Também respondeu às preocupações sobre a falta de médicos em determinadas regiões,
1194 destacando a retomada do Programa Mais Médicos, que passou de cerca de 8 mil para mais
1195 de 24 mil profissionais, além do debate em curso sobre carreira única no SUS e fortalecimento
1196 de políticas de provimento. Na sequência, fez uso da palavra o diretor de Avaliação da
1197 Educação Superior do INEP, **Ulysses Tavares Teixeira**, que iniciou agradecendo o apoio

1198 manifestado ao ENAMED e afirmou que o exame ainda está em processo de aperfeiçoamento.
1199 Ressaltou que temas como equidade, humanização, sensibilidade, empatia, autonomia e ética
1200 já estão incorporados tanto às Diretrizes Curriculares Nacionais quanto à matriz de avaliação
1201 do exame e aos instrumentos de avaliação *in loco*. Contudo, observou que esses princípios
1202 somente se materializarão efetivamente se houver avaliadores preparados e comprometidos
1203 com essa perspectiva, razão pela qual defendeu a capacitação de docentes e especialistas
1204 para atuar nos processos de avaliação. Também informou que as inovações metodológicas
1205 introduzidas no ENAMED deverão ser gradualmente incorporadas aos demais cursos da área
1206 da saúde, permitindo avaliações mais completas e confiáveis. Destacou ainda que a
1207 participação da CIRTES/CNS nas avaliações possui alta correlação com os resultados do
1208 exame, o que reforça a validade dos pareceres produzidos pela comissão e a necessidade de
1209 ampliar seu peso nos processos de autorização, reconhecimento e renovação dos cursos.
1210 Sobre as medidas saneadoras e cautelares, explicou que cabe ao Ministério da Educação, e
1211 não ao INEP, definir as providências decorrentes dos resultados do exame. Informou que todos
1212 os recursos interpostos pelas instituições já haviam sido analisados e indeferidos e reiterou que
1213 os cursos com conceitos 1 e 2 não receberão novos financiamentos públicos, enquanto os
1214 cursos com conceito 1 terão vestibulares suspensos e os cursos com conceito 2 poderão sofrer
1215 redução de vagas. Além disso, afirmou que a avaliação não deve se limitar às condições
1216 formais de oferta dos cursos, mas avançar para a análise efetiva das condições de formação
1217 dos estudantes, incluindo inserção nos cenários de prática, qualidade dos laboratórios, relação
1218 com os serviços de saúde e adequação aos territórios. Informou que todos os cursos de
1219 Medicina do país, inclusive os mais recentemente abertos, passarão por novas visitas de
1220 avaliação a partir de 2026, utilizando instrumentos mais robustos e dinâmicos. No mais, disse
1221 que a intenção é disponibilizar os resultados das avaliações *in loco* para os conselhos
1222 estaduais, inclusive para acompanhamento. Também destacou que os estudantes do quarto
1223 ano passarão a realizar o ENAMED a partir de 2026, permitindo que as instituições
1224 identifiquem problemas de formação antes da conclusão do curso. O diretor vice-presidente da
1225 ABEM, **Estevão Toffoli Rodrigues**, avaliou que o país vive um momento de retomada do
1226 protagonismo estatal na regulação da formação médica e afirmou que a existência de diretrizes
1227 curriculares, processos avaliativos e consequências regulatórias é fundamental para garantir a
1228 qualidade dos cursos. Argumentou que não basta definir princípios como ética, humanização,
1229 responsabilidade social, interculturalidade e sensibilidade às necessidades da população, é
1230 preciso criar mecanismos concretos para que esses elementos saiam do papel e orientem
1231 efetivamente a prática das escolas médicas. Nesse sentido, defendeu que a avaliação das
1232 instituições não pode se basear apenas no desempenho cognitivo dos estudantes, pois isso é
1233 insuficiente para medir aspectos como relação médico-paciente, ética, empatia e qualidade dos
1234 cenários de formação. Observou que pode haver estudantes excelentes em escolas ruins e
1235 estudantes com baixo desempenho em escolas qualificadas, o que exige um modelo mais
1236 abrangente de avaliação institucional. Assim, propôs que os resultados do ENAMED sejam
1237 articulados com visitas *in loco*, pareceres especializados e comitês ampliados de avaliação,
1238 capazes de subsidiar decisões regulatórias. Encerrando, conselheira **Francisca Valda da Silva**
1239 agradeceu as contribuições dos conselheiros e dos convidados, destacando que as
1240 manifestações trouxeram elementos importantes para orientar os próximos passos do
1241 Conselho em relação à formação médica e à regulação dos cursos da área da saúde.
1242 Ressaltou que o debate evidenciou a necessidade de fortalecer, nos processos formativos,
1243 dimensões como ética, bioética, humanização e cuidado centrado no usuário, assegurando que
1244 os profissionais compreendam o cuidado humanizado como elemento central de sua prática.
1245 Também observou que a valorização profissional e as condições adequadas de trabalho são
1246 fundamentais para garantir qualidade da atenção, bem-estar dos trabalhadores e segurança
1247 dos usuários do SUS. **No que diz respeito às propostas que emergiram do debate, elencou**
1248 **as seguintes: a) fortalecer a humanização qualificada e a ética na atenção à saúde,**
1249 **garantindo que os profissionais considerem o cuidado humanizado como princípio**
1250 **central da prática em saúde. Esse cuidado também deve contemplar as condições de**
1251 **trabalho, a valorização profissional, a escuta ativa e o apoio a quem cuida,**
1252 **reconhecendo que a qualidade da atenção está diretamente relacionada ao bem-estar**
1253 **dos trabalhadores da saúde; b) propor programas de formação voltados ao SUS, com**
1254 **enfoque centrado no usuário, priorizando práticas de cuidado integral, equidade,**
1255 **participação social e fortalecimento da atenção às necessidades da população; c)**
1256 **solicitar a imediata publicação da Portaria de recomposição da Comissão Nacional de**
1257 **Residência Multiprofissional em Saúde, garantindo a retomada de seu funcionamento e o**

1258 fortalecimento da formação multiprofissional no âmbito do SUS; d) propor estudo da
1259 CIRTES comparando a avaliação dos processos, feita pela Comissão, e os resultados do
1260 ENAMED 2025 (cursos com notas baixas); e) inserir o debate sobre o ENAMED nas
1261 conferências preparatórias da 18ª Conferência Nacional de Saúde, ampliando o diálogo e
1262 aprofundando as discussões com qualidade, de modo a construir e desenvolver
1263 propostas consistentes para o fortalecimento do sistema de saúde; f) sugerir a adoção
1264 de avaliação formativa no final dos cursos da área de saúde; e g) acionar os Conselhos
1265 Estaduais de Educação, por meio de suas comissões, para que promovam debate sobre
1266 avaliação da formação na área da saúde. Finalizando, conselheira Vânia Lúcia Ferreira
1267 Leite, da Mesa Diretora do CNS, agradeceu a presença dos convidados e as contribuições e
1268 encerrou o ponto de pauta. **ITEM 5 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 18ª Conferência**
1269 **Nacional de Saúde. Informes. Resolução com a proposta de ajuste de tema. Resolução**
1270 **que dispõe sobre o Regimento Interno e as Diretrizes Metodológicas. Documento**
1271 **Orientador. Logomarca - Coordenação:** conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, integrante da
1272 Mesa Diretora do CNS e Coordenador-Geral Adjunto da 18ª CNS; e conselheira **Francisca**
1273 **Valda da Silva**, integrante da Mesa Diretora do CNS e Relatora-Geral da 18ª CNS.
1274 *Apresentação:* conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, integrante da Mesa Diretora do
1275 CNS e Secretária-Geral da 18ª CNS. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** iniciou a
1276 apresentação informando que a primeira reunião da comissão organizadora e do comitê
1277 executivo da 18ª Conferência Nacional de Saúde havia sido realizada em 27 de fevereiro, com
1278 o objetivo de instalar formalmente essas instâncias, alinhar os marcos iniciais do processo
1279 organizativo e pactuar os primeiros encaminhamentos prioritários. Explicou que seriam
1280 apresentados informes gerais sobre o processo, os atos normativos já publicados, a proposta
1281 de alteração do tema da conferência, os eixos estruturantes, a identidade visual, o documento
1282 orientador, o regimento interno e as diretrizes metodológicas. Explicou que, a partir das
1283 contribuições recebidas pelo plenário, foi proposta alteração do tema da conferência. A
1284 redação anteriormente aprovada pela Resolução CNS nº 797/2025 era “Brasil dos brasileiros e
1285 das brasileiras, SUS e soberania. Cuidar do povo é cuidar do Brasil”. A nova proposta passaria
1286 a ser “Saúde, democracia, soberania e SUS. Cuidar do povo é cuidar do Brasil”. Ressaltou que
1287 a mudança buscava tornar mais explícita a centralidade da democracia, da soberania e do SUS
1288 na organização da conferência. Na sequência, apresentou a reorganização dos eixos temáticos
1289 do documento orientador, realizada com o objetivo de conferir maior coerência interna aos
1290 conteúdos, evitar sobreposições e explicar de forma mais direta os debates estruturantes para
1291 o SUS. O primeiro eixo passou a ser “Democracia, saúde como direito e soberania nacional”. O
1292 segundo eixo: “Financiamento adequado e suficiente para o SUS, com base na justiça tributária
1293 e na sustentabilidade fiscal e social”. O terceiro eixo seria: “Os desafios para o SUS na Agenda
1294 Nacional da Defesa da Vida e da Saúde, emergências climáticas e justiça socioambiental”. Por
1295 fim, o quarto eixo foi definido como “Modelos de atenção e gestão, territórios integrados e
1296 cuidado integral”. Também apresentou a composição inicial das comissões temáticas da 18ª
1297 Conferência Nacional de Saúde. Informou que a Comissão de Relatoria teria a coordenação da
1298 conselheira Francisca Valda da Silva e a coordenação adjunta da conselheira Débora
1299 Raimundo Melecci. Para indicação dos respectivos segmentos: 4 representantes do segmento
1300 gestor/prestador e 2 de trabalhadores. A Comissão de Infraestrutura e Acessibilidade seria
1301 coordenada pelo conselheiro Thiago Soares e teria como coordenação adjunta a conselheira
1302 Veridiana Ribeiro da Silva. Para indicação dos respectivos segmentos: 7 representantes dos
1303 usuários; 3 de trabalhadores e 4 para gestor/prestador. A Comissão de Comunicação e
1304 Acessibilidade seria coordenada por Priscila Torres, com coordenação adjunta da conselheira
1305 Victoria Matos Chagas. Para indicação dos respectivos segmentos: 4 representantes dos
1306 usuários; 3 de trabalhadores; e 3 para gestor/prestador. A Comissão de Mobilização e
1307 Articulação teria a coordenação da conselheira Carmen Santiago e coordenação adjunta de
1308 Michael Nunes Martins. Para indicação dos respectivos segmentos: 4 representantes dos
1309 usuários; 3 de trabalhadores; e 3 para gestor/prestador. A Comissão de Arte, Cultura e
1310 Educação Popular ter a coordenação conselheira Cristiane Pereira dos Santos e a
1311 coordenação adjunta do conselheiro José Vanilson Jacildo Siqueira. Para indicação dos
1312 respectivos segmentos: 5 representantes dos usuários; 3 de trabalhadores; e 2 para
1313 gestor/prestador. Por fim, a Comissão de Saúde teria coordenação da conselheira Renata
1314 Soares e a coordenação adjunta da conselheira Helenice Yeme Nakamura. Para indicação dos
1315 respectivos segmentos: 5 representantes dos usuários; 2 de trabalhadores; e 3 para
1316 gestor/prestador. Registrou que as indicações complementares deveriam ser encaminhadas
1317 até 1º de abril. Em seguida, Heliana apresentou a proposta de identidade visual da 18ª

1318 Conferência Nacional de Saúde. Explicou que a logomarca foi estruturada a partir do número
1319 18, no qual o algarismo 8 assume centralidade ao dialogar visualmente com o símbolo do
1320 infinito. Conforme destacou, esse elemento representa continuidade, evolução e permanência
1321 das lutas sociais em defesa da saúde pública. Destacou ainda que o símbolo do infinito remete
1322 à resiliência e à resistência historicamente associadas à construção do SUS. Informou que, no
1323 interior do número 8, foram inseridos ícones que representam a diversidade de pessoas,
1324 movimentos sociais, territórios e dimensões da saúde presentes no país, reafirmando a
1325 pluralidade e a universalidade do sistema público de saúde brasileiro. Acrescentou que as
1326 cores vibrantes utilizadas dialogam com as cores nacionais e simbolizam esperança, alegria,
1327 energia coletiva e participação popular. Continuando os informes, o conselheiro **Getúlio**
1328 **Vargas de Moura** destacou que, além das coordenações já apresentadas, havia sido
1329 anteriormente aprovada a indicação da presidenta do CNS, Fernanda Lou Sans Magano, como
1330 coordenadora-geral da 18ª Conferência Nacional de Saúde, bem como sua própria indicação
1331 como coordenador-geral adjunto, de Heliana Hemetério dos Santos como secretária-geral e de
1332 Francisca Valda da Silva como relatora-geral. Ressaltou ainda que a comissão organizadora
1333 passaria a ser ampliada a partir da composição das demais comissões temáticas. Informou
1334 também que entidades e organizações que realizariam eventos preparatórios ao longo de 2026
1335 poderiam solicitar a inclusão dessas atividades no calendário oficial da conferência. Citou,
1336 como exemplo, a solicitação encaminhada pela Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn
1337 e a previsão de realização do congresso da CONAM no primeiro semestre de 2026. Defendeu
1338 que as entidades apresentassem suas agendas até a reunião seguinte, de modo a permitir sua
1339 inclusão formal no calendário preparatório da conferência e no relatório da comissão
1340 organizadora. Seguindo para os pontos que demandariam deliberação, submeteu à apreciação
1341 e votação Plenário do NCS a minuta de resolução que dispõe sobre o Regimento Interno e as
1342 Diretrizes Metodológicas da 18ª Conferência, enviada previamente a todas as pessoas
1343 conselheiras nacionais. **Deliberação: a Resolução foi aprovada, por unanimidade.**
1344 Finalizada a votação, conselheira **Débora Raimundo Melechi** solicitou a palavra para
1345 apresentar destaque em relação ao dispositivo que tratava da possibilidade de apresentação
1346 de propostas novas durante a etapa nacional da conferência. Argumentou que, com base na
1347 experiência acumulada em conferências anteriores, especialmente na 17ª Conferência
1348 Nacional de Saúde, seria mais adequado retirar essa previsão do regimento e deixar eventual
1349 regulamentação para momento posterior, no âmbito do regulamento da conferência. Sustentou
1350 que a manutenção desse dispositivo poderia gerar dificuldades metodológicas e incentivar
1351 delegados a deixarem de debater determinadas propostas nas etapas municipais e estaduais,
1352 na expectativa de incluí-las posteriormente na etapa nacional. Conselheiro **Haroldo de**
1353 **Carvalho Pontes** ponderou que o tema era relevante e não deveria ser tratado de forma
1354 apressada, sugerindo que a matéria retornasse à comissão organizadora para discussão mais
1355 aprofundada. Conselheira **Débora Raimundo Melechi**, apesar de concordar com a
1356 ponderação, sinalizou que adiar a votação poderia prejudicar as etapas municipais.
1357 Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** apelou pela aprovação imediata do destaque,
1358 argumentando que o regimento precisava ser disponibilizado rapidamente para orientar as
1359 etapas municipais e estaduais e que a alteração possuía caráter operacional, sem modificar de
1360 forma substantiva a metodologia da conferência. Ao final, o destaque foi aprovado pelo
1361 plenário. Após o debate, conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** concordou com o
1362 encaminhamento de retirada dos artigos referentes a propostas novas, registrando apenas a
1363 necessidade de maior cuidado em futuras deliberações sobre temas centrais do processo da
1364 conferência. Assim, a mesa colocou em votação o destaque sugerido pela conselheira Débora
1365 Melechi. **Deliberação: a exclusão dos artigos da minuta de resolução referentes a**
1366 **propostas novas foi aprovada por unanimidade.** Na sequência, submeteu à votação a
1367 minuta de resolução que alterava a redação da Resolução CNS nº 797/2025 para incorporar o
1368 novo tema da 18ª Conferência Nacional de Saúde. A nova formulação é a seguinte: "Saúde,
1369 democracia, soberania e SUS. Cuidar do povo é cuidar do Brasil". **Deliberação: a Resolução**
1370 **que ajusta o tema da 18ª Conferência foi aprovada, por unanimidade.** Em seguida,
1371 conselheira **Francisca Valda da Silva** apresentou o documento orientador da 18ª Conferência
1372 Nacional de Saúde, explicando, inicialmente, que a minuta havia sido debatida em um grupo
1373 coordenado pela presidenta do CNS, conselheira Fernanda Lou Sans Magano, e por ela, na
1374 condição de relatora-geral, com acompanhamento da Mesa Diretora e da Secretaria-Executiva
1375 do Conselho. Informou que o documento foi construído a partir de sucessivas reuniões virtuais
1376 realizadas entre janeiro e fevereiro de 2026 e validado na reunião da comissão organizadora
1377 realizada em 27 de fevereiro. Ressaltou ainda que o grupo temático responsável pela

1378 elaboração do texto contou com a participação de especialistas, pesquisadores, representantes
1379 do controle social e integrantes do CNS. Afirmou que o documento orientador parte da defesa
1380 de um projeto de país democrático, soberano, justo e comprometido com a vida. Explicou que o
1381 texto articula a defesa da democracia, da saúde como direito e da soberania nacional,
1382 reafirmando a necessidade de financiamento adequado e suficiente para o SUS, sustentado
1383 pela justiça tributária e pela responsabilidade social. Também destacou que o documento situa
1384 os desafios do SUS no contexto das transformações geopolíticas mundiais, das emergências
1385 climáticas, das desigualdades socioambientais e da necessidade de fortalecimento dos
1386 modelos de atenção e gestão comprometidos com o território, com a integração das políticas
1387 públicas e com o cuidado integral. Como síntese do documento, registrou a formulação: “SUS
1388 que queremos: unindo a luta do território ao projeto de País”. Ao detalhar o primeiro eixo
1389 temático, “Democracia, saúde como direito e soberania nacional”, afirmou que a defesa do
1390 SUS, o fortalecimento da democracia e a soberania nacional são dimensões indissociáveis
1391 para a efetivação do direito à saúde. Ressaltou que o eixo reafirma o modelo constitucional
1392 instituído em 1988, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado,
1393 organizada por meio de um sistema público universal, integral, descentralizado, regionalizado,
1394 hierarquizado e orientado pela participação social e pelo financiamento público tripartite. Como
1395 questões mobilizadoras, apresentou: 1. Que modelo de democracia queremos afirmar no
1396 campo da saúde: uma democracia limitada à representação formal ou uma democracia popular
1397 e participativa, capaz de influenciar efetivamente as decisões sobre o financiamento, a gestão
1398 e o modelo de atenção do SUS?; 2. Como o fortalecimento da democracia participativa — por
1399 meio dos conselhos, conferências e demais instâncias de controle social — pode contribuir
1400 para a defesa do SUS frente ao subfinanciamento, à privatização e à precarização das políticas
1401 de saúde?; e 3. De que maneira a soberania nacional, especialmente no campo da produção
1402 de medicamentos, insumos estratégicos, tecnologias em saúde e proteção de dados, impacta a
1403 capacidade do Estado brasileiro de garantir a saúde como direito universal?. No eixo dois,
1404 “Financiamento adequado e suficiente para o SUS, com base na justiça tributária e na
1405 sustentabilidade fiscal e social”, destacou que a superação do subfinanciamento histórico
1406 continua sendo um dos principais desafios para a consolidação do sistema. Salientou a
1407 necessidade de uma nova política econômica capaz de sustentar a saúde como direito, com
1408 fortalecimento da gestão tripartite, aumento do financiamento público, redução da dependência
1409 de emendas parlamentares e valorização do orçamento estruturante. Também ressaltou a
1410 importância de fortalecer as condições de trabalho dos profissionais do SUS e de avançar na
1411 construção da carreira interfederativa, como estratégia para valorização dos trabalhadores e
1412 fortalecimento do serviço público. Detalhou que as questões mobilizadoras são as seguintes: 1.
1413 Que medidas devem ser adotadas pelos governos federal, estaduais e municipais e pelo Poder
1414 Legislativo para avançar na reforma tributária, ampliar o financiamento do SUS e da
1415 Seguridade Social e, ao mesmo tempo, reduzir e regulamentar o uso das emendas
1416 parlamentares destinadas ao SUS?; 2. Como garantir a destinação dos recursos adicionais
1417 advindos da reforma tributária para o fortalecimento e ampliação do atendimento da saúde da
1418 população de acordo com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS?; e 3. Considerando
1419 que a maior parte dos recursos do SUS é destinada ao funcionamento da rede de atendimento
1420 nas unidades públicas de saúde e que esse funcionamento depende essencialmente dos
1421 profissionais que trabalham nessas unidades, quais as ações poderiam ser desenvolvidas para
1422 a valorização das pessoas trabalhadoras mediante recursos adicionais que sejam obtidos com
1423 a redução do subfinanciamento histórico? Ao tratar do terceiro eixo, “Os desafios para o SUS
1424 na agenda nacional da defesa da vida e da saúde: emergências climáticas e justiça
1425 socioambiental”, explicou que o documento orientador busca analisar os impactos das
1426 mudanças climáticas, dos desastres socioambientais, da insegurança alimentar, das crises
1427 hídricas e das desigualdades sociais sobre a saúde da população. Destacou que esses
1428 fenômenos atingem de forma mais intensa populações em situação de pobreza, comunidades
1429 tradicionais, povos indígenas, moradores de periferias urbanas e áreas rurais. O documento
1430 defende o fortalecimento da vigilância em saúde, da atenção primária, da capacidade de
1431 resposta às emergências e da articulação entre saúde, meio ambiente, proteção social e
1432 desenvolvimento sustentável. As questões mobilizadoras são: 1. O que o SUS precisa fazer de
1433 diferente para proteger a população diante das mudanças climáticas (calor extremo, enchentes,
1434 seca, fumaça, contaminação da água e dos alimentos) que estão afetando a saúde das
1435 pessoas no seu território?; 2. Há um saber popular que diz: “Melhor prevenir do que remediar”,
1436 de que forma esse ditado dialoga com a Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária,
1437 ambiental e saúde do trabalhador e da trabalhadora) no enfrentamento dos impactos climáticos

1438 e ambientais em seu território?; e 3. Quais os desafios do SUS em seu território para
1439 enfrentamento das mudanças climáticas?. No quarto eixo, “Modelos de atenção e gestão,
1440 territórios integrados e cuidado integral”, ressaltou que o SUS representa um projeto
1441 civilizatório baseado na universalidade, integralidade e equidade. Frisou que a reconstrução do
1442 Sistema exige o fortalecimento do pacto federativo, da capacidade estatal de planejamento,
1443 regulação e gestão pública, bem como a centralidade da atenção primária à saúde e da
1444 Estratégia Saúde da Família. O eixo também enfatiza a necessidade de fortalecer políticas
1445 estruturantes, como a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a Política Nacional de
1446 Atenção Especializada, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a
1447 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, além de enfrentar o racismo
1448 institucional, a precarização do trabalho e a crescente privatização da gestão e da oferta de
1449 serviços. Detalhou que as questões norteadoras são as seguintes: 1. Como assegurar o papel
1450 regulador, coordenador, indutor e executor do Estado na condução do SUS, para reverter a
1451 crescente presença e influência do setor privado na gestão, na oferta de serviços e na
1452 definição das prioridades do sistema?; 2. Em que medida a consolidação de políticas
1453 estruturantes — como a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de
1454 Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Atenção Especializada — pode reafirmar o
1455 SUS como projeto civilizatório permanente do Estado brasileiro, e não como agenda sujeita a
1456 descontinuidades político-partidárias?; e 3. Como garantir o cumprimento dos princípios
1457 constitucionais do SUS — universalidade, integralidade, equidade e gestão pública — diante da
1458 expansão de modelos de gestão privatizantes, da terceirização e da crescente precarização do
1459 trabalho em saúde? Após a apresentação, foi aberta a palavra para manifestações.
1460 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** parabenizou a síntese elaborada pela comissão e sugeriu
1461 que, na ementa do eixo dois, fosse incorporada de forma explícita a expressão “acesso
1462 universal e integral à saúde”, de modo a reforçar o compromisso com a integralidade do SUS.
1463 Também registrou inicialmente preocupação com a ausência de referência à segurança
1464 alimentar e nutricional, mas foi elucidado que o tema já havia sido contemplado no eixo relativo
1465 às emergências climáticas e à justiça socioambiental. Conselheiro **Anselmo Dantas** destacou
1466 a importância de incluir, no eixo quatro, referência expressa à Política Nacional de Saúde
1467 Bucal, instituída como política de Estado pela Lei nº 14.572/2023. Ressaltou que muitos
1468 municípios ainda não priorizam a política de saúde bucal em seus orçamentos e defendeu que
1469 a conferência seja utilizada como espaço para fortalecer a implementação dessa política em
1470 todo o país. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, por sua vez, elogiou a síntese
1471 apresentada e afirmou que o material contribuirá significativamente para os debates municipais
1472 e estaduais. No entanto, fez observação sobre a logomarca da 18ª Conferência Nacional de
1473 Saúde, mencionando que o símbolo do infinito parecia apresentar uma leve inclinação à direita,
1474 e solicitou que fosse verificado esse aspecto. Conselheira **Sueli Goi Barrios** ressaltou que o
1475 documento orientador e o regimento interno eram muito aguardados pelos estados, em razão
1476 da proximidade das conferências municipais. Observou que o documento é abrangente e
1477 deverá servir como referência para os debates estaduais e municipais, preservando, contudo, a
1478 autonomia dos territórios para adequar os conteúdos às suas realidades locais. Também
1479 questionou quando os materiais seriam disponibilizados aos estados. Em resposta, conselheiro
1480 **Getúlio Vargas de Moura** informou que, uma vez aprovadas as resoluções, o documento
1481 orientador seria publicado no site do Conselho ainda naquele mesmo dia e que o regimento
1482 interno seria disponibilizado até o dia seguinte, permitindo que estados e municípios iniciassem
1483 imediatamente a organização das conferências. **ITEM 6 – O PAPEL DO SUS E DO**
1484 **CONTROLE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO DO FEMINICÍDIO NO BRASIL - Apresentação:**
1485 **Claudia Patrícia de Luna Silva**, Vice-Presidência para a Área da Mulher na Comissão de
1486 Prerrogativas da OAB/SP e integrante da DEFEMDE Rede Feminista de Juristas; **Mariana**
1487 **Seabra Souza Pereira**, Coordenadora-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres -
1488 CGSM/SAPS/MS; **Sandra Kennedy**, Secretária Nacional de Articulação Institucional, Ações
1489 Temáticas e Participação Política no Ministério das Mulheres; **Vida Victoria Aprigio**, 1ª
1490 Secretária da Associação Cearense de Travestis e Mulheres Trans (*participação remota*); e
1491 conselheira **Rosa Maria Anacleto**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde das
1492 Mulheres - CISMU/CNS. *Coordenação:* conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa
1493 Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS.
1494 Conselheira **Rosa Maria Anacleto**, coordenadora da CISMU/CNS, iniciou destacando que o
1495 debate ocorre em um mês simbólico para a luta histórica das mulheres por direitos. Ressaltou
1496 que a discussão assumiu caráter político central ao reafirmar a necessidade de fortalecer o
1497 Sistema SUS, ampliar o controle social e enfrentar, de forma corajosa e comprometida, as

1498 violências que atingem e ceifam a vida de mulheres diariamente no Brasil. Explicou que a
1499 CISMU constitui espaço estratégico no âmbito do CNS, responsável por articular saberes,
1500 movimentos sociais, gestoras, trabalhadoras e usuárias do SUS, com o objetivo de garantir que
1501 as políticas públicas de saúde das mulheres sejam integrais, equânimes e construídas com
1502 participação social. Assinalou que nenhuma política de saúde poderia ser pensada sem
1503 considerar as dimensões de gênero, raça, classe, território e identidade de gênero. Ao abordar
1504 o tema central da mesa, enfatizou que a prevenção ao feminicídio e ao transfeminicídio exigia
1505 urgência e compromisso institucional. Registrou que mais de 60% das mulheres assassinadas
1506 no Brasil eram mulheres negras, o que evidenciava o impacto direto do racismo estrutural na
1507 violência letal. Também salientou que o país permanecia entre aqueles que mais matavam
1508 pessoas trans no mundo, principalmente mulheres trans e travestis negras e periféricas, vítimas
1509 da combinação entre misoginia, racismo e transfobia. Observou que tais números não
1510 poderiam ser tratados como estatísticas frias, uma vez que representavam histórias
1511 interrompidas, famílias devastadas e territórios marcados pela ausência de políticas públicas
1512 eficazes. Nesse sentido, afirmou que o feminicídio e o transfeminicídio precisavam ser
1513 reconhecidos como problemas de saúde pública, cabendo ao SUS papel fundamental na
1514 prevenção, na identificação precoce dos sinais de risco e no acolhimento humanizado das
1515 vítimas. Ressaltou, ainda, que nenhuma política pública se sustentaria sem participação social
1516 efetiva. Defendeu o fortalecimento da CISMU, a ampliação da presença das mulheres nos
1517 espaços de decisão e a garantia de um controle social vivo, atuante e representativo como
1518 caminhos concretos para a transformação dessa realidade. Acrescentou que, quando as
1519 mulheres ocupam espaços de poder e têm suas vozes ouvidas, o Estado se torna mais capaz
1520 de proteger vidas e formular políticas públicas adequadas. Por fim, afirmou que a mesa
1521 temática deveria ser compreendida como um chamado à ação e um convite à construção
1522 coletiva de estratégias concretas para o fortalecimento do SUS e para o enfrentamento das
1523 desigualdades que atingem mulheres negras, indígenas, periféricas, mulheres trans, travestis,
1524 lésbicas e mulheres com deficiência. Defendeu a construção de políticas públicas capazes de
1525 salvar vidas e desejou que a atividade se constituísse em espaço de escuta sensível, coragem
1526 política e compromisso coletivo. Na sequência, conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite
1527 apresentou as expositoras convidadas e deu as boas-vindas. A seguir abriu a palavra para
1528 exposição, com leitura de cada um dos currículos das convidadas. A primeira expositora foi a
1529 Vice-Presidência para a Área da Mulher na Comissão de Prerrogativas da OAB/SP e integrante
1530 da DEFEMDE, **Claudia Patrícia de Luna Silva**, que iniciou sua participação agradecendo pelo
1531 convite e parabenizando a organização da atividade, especialmente a conselheira Rosa Maria
1532 Anacleto. Após realizar sua autodescrição, ressaltou a importância de debater o tema em
1533 conjunto com instituições de reconhecida atuação na defesa dos direitos das mulheres e
1534 destacou que cada entidade possuía papel relevante no monitoramento das políticas
1535 públicas de saúde e na garantia do direito humano fundamental à saúde. Defendeu que a
1536 discussão sobre violência e saúde das mulheres partisse de uma ruptura com a lógica da
1537 cisheteronormatividade. Nessa linha, o debate não deveria se restringir ao conceito tradicional
1538 de “mulheres”, mas avançar para a noção de “mulheridades”, incorporando travestis, mulheres
1539 transexuais e demais identidades de gênero no acesso às políticas públicas e aos direitos.
1540 Sustentou que o SUS precisava adotar uma perspectiva integral, antirracista e antipatriarcal,
1541 capaz de reconhecer a diversidade das experiências e das violências que atingem essas
1542 populações. Argumentou que a violência deveria ser compreendida como determinante social
1543 da saúde. Para isso, apresentou uma análise histórica sobre a formação da sociedade
1544 brasileira, afirmando que a colonização do território esteve associada à ocupação violenta dos
1545 corpos das mulheres, especialmente das mulheres indígenas, por meio do que denominou
1546 “estupro colonial”. Segundo a expositora, a naturalização histórica das violações contra as
1547 mulheres estruturou os macro e microsistemas do país, inclusive os sistemas de justiça,
1548 saúde, segurança pública e assistência social. Destacou que a violência contra a mulher não
1549 constitui fenômeno episódico, mas estrutural. Mencionou dados segundo os quais uma em
1550 cada três mulheres no mundo sofre violência física ou sexual e observou que o Brasil
1551 permanece entre os países que mais matam mulheres. Para ela, a compreensão dos índices
1552 atuais exige o reconhecimento das raízes históricas dessas violências, associadas ao racismo,
1553 ao patriarcado e às desigualdades estruturais. Ressaltou que os serviços de saúde
1554 frequentemente ignoram que patologias como depressão, ansiedade, dores crônicas, doenças
1555 sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e transtornos alimentares possuem relação
1556 direta com situações de violência. Criticou a prática recorrente de atribuir às mulheres
1557 diagnósticos superficiais, como o de “poliquestosias”, sem investigação humanizada sobre as

1558 causas de suas dores e sofrimentos. Argumentou que o próprio sistema de saúde, ao não
1559 reconhecer adequadamente essas violências, reproduz processos de revitimização
1560 institucional. Também questionou a ideia de “mulher universal” presente nas práticas
1561 institucionais. Utilizou a figura de Maria da Penha como exemplo de referência simbólica do
1562 sistema, observando que, embora represente importante conquista legislativa, seu perfil de
1563 mulher branca e de classe média não corresponde à diversidade de mulheres atendidas pelas
1564 políticas públicas. Destacou que mulheres negras, indígenas, quilombolas, travestis,
1565 transexuais, lésbicas, bissexuais, migrantes, mulheres com deficiência e mulheres em situação
1566 de apatridia permanecem invisibilizadas quando o sistema opera a partir de um padrão único
1567 de atendimento. Enfatizou, ainda, que a ausência de registros e notificações compromete a
1568 formulação de respostas efetivas para atendimento das “mulheridades”. Informou que mais da
1569 metade dos casos de violência são subnotificados e mencionou que, em estudos realizados em
1570 unidades básicas de saúde, uma em cada quatro mulheres atendidas vivia alguma forma de
1571 violência, embora raramente fosse questionada sobre isso. Ressaltou que cerca de 68% dos
1572 casos de violência doméstica atendidos nos serviços de saúde não eram registrados no
1573 Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, o que dificultava a criação de
1574 protocolos e fluxos adequados de atendimento. Ao tratar especificamente do feminicídio,
1575 recordou a promulgação da Lei do Feminicídio, em 2015, durante o governo da Presidenta
1576 Dilma Rousseff, destacando que a tipificação foi importante para nomear uma prática
1577 historicamente naturalizada, possibilitando sua identificação estatística e a construção de
1578 políticas públicas. Defendeu que os feminicídios devem ser compreendidos como crimes
1579 evitáveis, e não inevitáveis, pois poderiam ser prevenidos a partir de ações precoces de
1580 identificação e acolhimento. Nesse contexto, afirmou que o SUS se constitui como porta de
1581 entrada essencial para o reconhecimento das situações de violência e para a prevenção de
1582 feminicídios, lesbocídios e transfeminicídios. Ressaltou que o feminicídio representa o ápice de
1583 uma trajetória de violências e pode atingir mulheres cisgênero, mulheres trans, lésbicas e
1584 outras identidades de gênero. Argumentou que, enquanto o sistema de saúde continuar
1585 operando sem incorporar de forma central a perspectiva racial e a diversidade de gênero, as
1586 mulheres negras continuarão sendo reduzidas a estatísticas e permanecerão mais expostas às
1587 formas mais graves de violência. Finalizando, observou que os impactos do feminicídio
1588 ultrapassam a morte da vítima e atingem toda a sociedade. Destacou os efeitos sobre as
1589 famílias, especialmente pela centralidade das mulheres no cuidado e na sustentação familiar,
1590 bem como os prejuízos econômicos decorrentes da perda de mulheres trabalhadoras.
1591 Defendeu, assim, a necessidade de monitoramento permanente das redes de atenção, de
1592 produção contínua de diagnósticos, de treinamentos e capacitações frequentes e da
1593 incorporação do letramento racial e do compliance antidiscriminatório no funcionamento das
1594 instituições. Concluiu afirmando que mulheres e mulheridades devem ser reconhecidas em sua
1595 plena dignidade humana e não podem ser tratadas como cidadãs de segunda classe ou corpos
1596 objetificados. Na sequência, a coordenação agradeceu a exposição da advogada Claudia
1597 Patrícia de Luna Silva e convidou a coordenadora-geral/CGSM/SAPS/MS, para dar
1598 continuidade às apresentações. A expositora iniciou sua fala realizando autodescrição e
1599 agradecendo o espaço de debate, especialmente pela relevância de se discutir o tema no mês
1600 de março. Ressaltou que o feminicídio precisava ser reconhecido em todos os espaços
1601 institucionais como questão de saúde pública e, portanto, deveria ser incorporado aos fóruns,
1602 conselhos, unidades básicas de saúde e demais serviços do SUS com o mesmo grau de
1603 prioridade conferido a outros agravos. Afirmou que os feminicídios produzem impactos físicos,
1604 psicológicos e sociais profundos e enfatizou que tais mortes poderiam ser evitadas. Informou
1605 que o país registrava média de quatro mulheres assassinadas por dia pelo fato de serem
1606 mulheres e que a maioria das vítimas era composta por mulheres negras. Nesse sentido,
1607 defendeu que o SUS se constitui como uma das principais portas de entrada para mulheres em
1608 situação de violência, considerando que muitos estudos apontam que o ciclo de violência pode
1609 durar entre oito e dez anos. Destacou que, durante esse período, as mulheres acessam
1610 repetidamente os serviços de saúde, seja em unidades básicas, unidades de pronto
1611 atendimento ou serviços especializados. Mencionou pesquisa recente da *Vital Strategies*
1612 segundo a qual mulheres vítimas de violência alteram o padrão de frequência às unidades de
1613 saúde aproximadamente noventa dias antes do agravamento dos casos. Acrescentou que, em
1614 mais de 60% dos feminicídios, havia ocorrido registro de violência nos trinta dias anteriores à
1615 morte. Observou que esses dados evidenciavam a necessidade de os profissionais de saúde
1616 desenvolverem capacidade de identificar sinais precoces de agravamento da violência.
1617 Ressaltou que muitas mulheres comparecem aos serviços de saúde com queixas recorrentes,

acompanhando filhos, solicitando renovação de receitas ou apresentando sintomas diversos, sem conseguirem verbalizar explicitamente a situação de violência vivenciada. Nesses casos, destacou a importância de os profissionais ampliarem sua escuta, reconhecerem os indícios e oferecerem acolhimento qualificado. Registrou que houve aumento das notificações de violência física e sexual no SINAN, além de crescimento gradual dos registros de violência moral, psicológica, financeira e econômica. Contudo, alertou que a subnotificação ainda era extremamente elevada, podendo alcançar níveis até dez vezes superiores aos registros oficiais. Salientou que os serviços de média e alta complexidade tendem a notificar mais facilmente casos graves de violência física e sexual, enquanto as unidades básicas enfrentam dificuldades adicionais, inclusive pelo fato de os agressores, muitas vezes, frequentarem os mesmos territórios e serviços. Salientou que a violência contra as mulheres deve ser tratada como agravo persistente e estrutural da sociedade brasileira. Argumentou que, se o SUS reconhece e enfrenta doenças crônicas e outros agravos, também deve incorporar a violência como objeto de cuidado e intervenção. Nesse sentido, destacou que as mulheres frequentemente chegam aos serviços de saúde com sinais de ansiedade, depressão, baixa autoestima, dores, raiva, agressividade, lesões físicas, sinais de violência sexual e outros agravos que podem ser identificados por profissionais de diferentes áreas, incluindo médicos, enfermeiros, odontólogos e equipes multiprofissionais. Enfatizou que o acolhimento dessas mulheres deve ser realizado sem revitimização, com validação de suas queixas e garantia de segurança. Defendeu que a primeira providência dos profissionais, após a identificação da situação de violência, deve ser assegurar proteção à mulher e acionar a rede de apoio e proteção social. Ao tratar dos instrumentos disponíveis no SUS, a expositora mencionou a nota técnica e os materiais orientadores sobre a implantação das chamadas “salas lilás”, destinadas ao acolhimento de mulheres em situação de violência. Explicou que, embora nem todas as unidades disponham de espaço físico específico, é fundamental que os serviços organizem fluxos, garantam profilaxias para casos de violência sexual e qualifiquem os profissionais para compreenderem adequadamente os contextos de violência. Informou, ainda, que novas unidades financiadas no âmbito do Novo Programa de Aceleração do Crescimento - PAC já preveem espaços destinados a esse tipo de acolhimento. Citou ainda o Guia Prático de Cuidado às Mulheres em Situação de Violência na Atenção Primária à Saúde. Destacou que o rompimento do ciclo de violência exige atuação articulada de toda a rede de proteção. Ressaltou que o profissional de saúde não pode se eximir de sua responsabilidade e deve assumir papel de referência no cuidado e na navegação das mulheres pelos diferentes serviços da rede, especialmente porque, muitas vezes, a unidade básica de saúde é o único espaço ao qual a mulher consegue ter acesso. Nesse contexto, apontou a importância do controle social no monitoramento e fortalecimento das redes locais de proteção, observando que a articulação dos serviços varia conforme cada território. Defendeu que os municípios mantenham redes permanentemente atualizadas para evitar que mulheres interrompam suas vidas em razão da ausência de assistência. Afirmou que o enfrentamento ao feminicídio exige, além da qualificação profissional e da divulgação dos serviços, o fortalecimento da autonomia das mulheres e o enfrentamento ao racismo e ao machismo estrutural. Sustentou que os profissionais de saúde precisam incorporar uma postura ética, política e de cuidado diante dessas situações. Também apresentou ações em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde no âmbito do enfrentamento ao feminicídio. Informou que o Governo Federal participou da construção do Pacto Nacional Brasil sem Feminicídio, destacando que, pela primeira vez, a campanha atribuiu responsabilidade compartilhada aos homens no enfrentamento à violência contra as mulheres. Ressaltou que a iniciativa envolveu articulação inédita entre os três poderes e teve como objetivos cumprimento rápido das medidas protetivas, fortalecer redes de enfrentamento à violência, ampliar informação sobre direitos das mulheres, responsabilização célere dos agressores, transformar a cultura institucional nos Três Poderes, capacitar agentes públicos com perspectiva de gênero, enfrentar o machismo estrutural, sensibilizar os meninos e homens na defesa dos direitos das mulheres e pelo fim da violência contra meninas e mulheres, enfrentar violência digital contra meninas e mulheres e compartilhar dados e informações entre instituições. Informou que o Brasil pautou a Organização Mundial da Saúde sobre a necessidade de criação de classificação específica para feminicídio na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), de modo que essas mortes deixem de ser registradas genericamente como homicídios e passem a ser reconhecidas como mortes violentas baseadas em gênero. Explicou que a criação de um CID específico para feminicídio permitiria maior precisão na produção de dados, comparação internacional e melhor compreensão das circunstâncias e ausências institucionais que antecedem esses óbitos. Também informou que o

1678 Ministério da Saúde lançaria, a partir do final daquele mês, serviço de teleatendimento
1679 psicológico para mulheres em situação de violência e vulnerabilidade social, por meio do Meu
1680 SUS Digital. Explicou que o primeiro atendimento seria voltado à avaliação de risco e que, caso
1681 a mulher não estivesse em situação de risco iminente, ela seria inserida em uma linha de
1682 cuidado composta por consultas psicológicas e articulação com a rede de proteção. Afirmou
1683 que o principal mérito do serviço seria possibilitar que uma profissional acompanhasse de
1684 forma continuada a situação vivenciada pela mulher, articulando o cuidado com as unidades
1685 básicas de saúde e demais pontos da rede. Por fim, apresentou a portaria voltada à
1686 reconstrução dentária de mulheres vítimas de violência. Explicou que a iniciativa prevê a
1687 aquisição de scanners e impressoras 3D para confecção rápida de próteses dentárias,
1688 permitindo que mulheres vítimas de agressões na face recebam reabilitação logo após o
1689 atendimento. Ressaltou que a medida também contribuirá para qualificar os profissionais de
1690 saúde bucal na identificação precoce das violências e fortalecer sua inserção na rede de
1691 enfrentamento. Na sequência, a secretária nacional de Articulação Institucional, Ações
1692 Temáticas e Participação Política do Ministério das Mulheres, **Sandra Kennedy**, iniciou sua
1693 exposição cumprimentando as integrantes da mesa e destacando a importância da presença
1694 do Ministério das Mulheres no Conselho. Informou que representava a ministra Márcia Lopes e
1695 afirmou que, caso não estivesse em viagem internacional, a ministra participaria da atividade.
1696 Ressaltou que a violência contra as mulheres deve ser compreendida como uma crise
1697 civilizatória. Observou que não é possível naturalizar o fato de mulheres perderem a vida
1698 diariamente em razão da violência de gênero e lembrou que, ao final de cada dia, outras quatro
1699 mulheres deixam de viver pelo simples fato de serem mulheres. Assinalou que, se
1700 anteriormente o debate se concentrava na violência contra as mulheres de forma ampla,
1701 naquele momento a centralidade passava a ser o direito das mulheres à vida. Destacou a
1702 importância do SUS e do controle social nesse processo, por se tratar da rede que mais
1703 alcança os territórios e as populações. Informou que, desde a V Conferência Nacional de
1704 Políticas para as Mulheres, realizada de 29 de setembro a 1º de outubro de 2025, a saúde
1705 apareceu como principal tema apresentado pelas mulheres, com destaque para a saúde
1706 mental. Afirmou que, a partir desse diagnóstico, as equipes do Ministério das Mulheres e do
1707 Ministério da Saúde passaram a trabalhar conjuntamente na construção de ações voltadas ao
1708 cuidado em saúde mental, compreendendo-o como instrumento fundamental para fortalecer o
1709 protagonismo das mulheres e possibilitar sua saída das situações de violência antes que essas
1710 resultem em feminicídio. Enfatizou que a violência contra as mulheres e o feminicídio não
1711 podem ser tratados como problema exclusivo do Ministério das Mulheres, do governo federal
1712 ou das próprias mulheres. Citando posicionamento do presidente Luiz Inácio Lula da Silva,
1713 defendeu que o tema diz respeito a toda a sociedade e precisa considerar as diferentes
1714 interseccionalidades, especialmente raça, identidade de gênero e orientação sexual,
1715 ressaltando a situação de mulheres trans e travestis, que figuram entre as maiores vítimas da
1716 violência letal. Afirmou que sua fala buscava dialogar com o cotidiano dos territórios e do
1717 controle social, ressaltando sua própria trajetória como conselheira municipal e formadora em
1718 controle social. Nesse sentido, dirigiu-se diretamente aos conselheiros, trabalhadores,
1719 prestadores de serviço e representantes do governo para enfatizar que cada ator possui papel
1720 fundamental no enfrentamento ao feminicídio. Observou que, embora o SUS seja a principal
1721 porta de entrada para mulheres em situação de violência, ainda há necessidade de aprofundar
1722 protocolos, abordagens e formas de organização dos serviços. Defendeu a valorização do
1723 trabalho dos agentes comunitários de saúde, a reorganização das equipes de enfermagem e a
1724 construção de práticas capazes de identificar precocemente os sinais de violência,
1725 reconhecendo que o feminicídio é resultado de processos prolongados de agressão e
1726 sofrimento. Também alertou para a necessidade de enfrentar fatores estruturais que alimentam
1727 a violência de gênero, como o machismo, a misoginia e a disseminação de conteúdos violentos
1728 nas redes sociais. Citou especificamente os conteúdos associados à chamada “Red Pill” e
1729 defendeu a regulamentação das mídias digitais, argumentando que a violência contra as
1730 mulheres é incentivada por discursos e práticas que reforçam padrões de desigualdade e ódio.
1731 Ressaltou que o enfrentamento ao feminicídio exige mudanças culturais profundas,
1732 relacionadas à divisão sexual do trabalho, à sobrecarga das mulheres e à desigualdade de
1733 gênero no cotidiano. Nesse sentido, mencionou a defesa do fim da escala de trabalho 6x1, não
1734 apenas como pauta trabalhista, mas também como medida voltada à redução da sobrecarga
1735 feminina e do adoecimento mental. Afirmou que o SUS possui capacidade de enfrentar o
1736 feminicídio de forma articulada com outros setores e defendeu a construção de protocolos
1737 explícitos sobre fluxos, atribuições e articulação das redes de atendimento. Citou o Guia

1738 Prático de Cuidado à Mulher em Situação de Violência como instrumento importante e
1739 destacou iniciativas já anunciadas, como o teleatendimento em saúde mental, a reconstrução
1740 dentária, a discussão sobre a criação de CID específico para feminicídio e a formação de
1741 agentes comunitários de saúde e equipes da Atenção Primária. Também ressaltou a
1742 necessidade de ampliar a rede de atendimento às mulheres. Informou que, após anos de
1743 paralisação, o Ministério das Mulheres retomou a implantação das Casas da Mulher Brasileira,
1744 observando que apenas doze unidades estavam em funcionamento em todo o país.
1745 Acrescentou que o ministério trabalha para ampliar a capilaridade dos serviços e fortalecer
1746 centros de referência, casas-abrigo e demais equipamentos de proteção. Informou, ainda, que
1747 o Ministério das Mulheres busca construir um sistema nacional de políticas públicas para as
1748 mulheres, inspirado na lógica do SUS. Ressaltou que, dos mais de cinco mil municípios
1749 brasileiros, apenas cerca de mil e quatrocentos possuem algum organismo específico de
1750 políticas para as mulheres, como coordenadorias ou diretorias. Nesse contexto, defendeu que
1751 prefeitos, governadores e gestores incorporem a pauta das mulheres em suas agendas e
1752 fortaleçam a criação de conselhos e estruturas locais de políticas para as mulheres. Também
1753 destacou a importância da articulação intersetorial com áreas como cultura, desenvolvimento
1754 agrário, pesca e assistência social, de forma a promover autonomia econômica, proteção social
1755 e garantia de direitos para mulheres urbanas, do campo, das águas, das florestas, quilombolas
1756 e indígenas. Reafirmou que o Ministério das Mulheres trabalha a partir de dois eixos centrais: o
1757 enfrentamento à violência e a autonomia econômica das mulheres. Defendeu que a promoção
1758 da igualdade de gênero depende do enfrentamento ao patriarcado, ao machismo estrutural e à
1759 desigualdade social, ressaltando que não há igualdade entre homens e mulheres sem
1760 democracia, justiça social, diversidade e acesso efetivo às políticas públicas. Na sequência, a
1761 1ª Secretária da Associação Cearense de Travestis e Mulheres Trans, **Vida Victoria Aprigio**,
1762 no formato remoto, iniciou sua participação realizando autodescrição e informando que
1763 abordaria os desafios no acesso a direitos das mulheres trans e LBT, o reconhecimento das
1764 ausências de garantias de direitos e o transfeminicídio. Ressaltou que a escassez de dados
1765 sobre a população LGBT dificulta a formulação de diagnósticos e políticas públicas, mas
1766 observou que os números disponíveis já evidenciam o agravamento da violência. Informou que,
1767 em janeiro de 2026, o Judiciário brasileiro registrou 947 novos processos de feminicídio,
1768 número superior ao do mesmo período do ano anterior e que revela crescimento constante
1769 desse tipo de violência. Afirmou que o recrudescimento do conservadorismo no Brasil e no
1770 mundo tem repercussões mais intensas sobre a população LBT. Observou que a misoginia, o
1771 patriarcado, o machismo, a lesbofobia e a transfobia se articulam e produzem discriminações
1772 relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero. Destacou que mulheres trans
1773 negras e periféricas aparecem nos índices mais alarmantes de violência. Reiterou que o Brasil
1774 continua sendo o país que mais mata pessoas trans no mundo e afirmou que o Ceará registra
1775 elevados índices de assassinatos e violências contra mulheres trans e travestis, mencionando
1776 caso de extrema violência contra uma menina trans. Ressaltou que a ausência de direitos para
1777 mulheres trans, travestis, lésbicas e bissexuais começa ainda na infância, a partir da exclusão
1778 familiar, da expulsão de casa, do *bullying* escolar e da impossibilidade de utilizar banheiros de
1779 acordo com a identidade de gênero. Observou que tais fatores produzem evasão escolar,
1780 rompimento de vínculos afetivos e impedem o acesso a direitos básicos. Informou que, diante
1781 da expulsão precoce de casa e da falta de acesso a direitos, muitas meninas trans e travestis
1782 ingressam na prostituição ainda na adolescência. Ressaltou que mais de 90% das mulheres
1783 trans e travestis permanecem no mercado da prostituição. Destacou que os serviços de saúde
1784 ainda apresentam graves dificuldades para acolher adequadamente mulheres trans, travestis,
1785 lésbicas e bissexuais. Criticou a ausência de formação e letramento dos profissionais sobre
1786 diversidade sexual e de gênero, apontando que o desrespeito ao nome social, os olhares
1787 discriminatórios e a violência institucional afastam essas populações dos serviços de saúde.
1788 Relatou que ela própria permaneceu cerca de dois anos sem acessar serviços de saúde em
1789 razão das situações recorrentes de desrespeito. Observou que, mesmo após a retificação de
1790 documentos, mulheres trans e travestis continuam sendo constrangidas e tendo seus corpos
1791 violados simbolicamente no cotidiano dos atendimentos. Também abordou a situação de
1792 mulheres lésbicas e bissexuais, ressaltando que elas sofrem violências específicas
1793 relacionadas à tentativa de enquadramento em padrões heteronormativos. Citou a prática do
1794 chamado “estupro corretivo”, cometido contra lésbicas e bissexuais com a justificativa de
1795 “corrigir” sua orientação sexual, e afirmou que essas violências decorrem da lógica machista
1796 que busca impor papéis sociais e sexuais às mulheres. Afirmou que o transfeminicídio deve ser
1797 reconhecido como categoria específica de violência letal. Sustentou que as mortes de mulheres

1798 trans e travestis precisam ser registradas adequadamente para permitir monitoramento,
1799 produção de dados e formulação de políticas públicas específicas. Afirmou que os
1800 transfeminicídios frequentemente apresentam extrema crueldade, com múltiplas facadas,
1801 apedrejamentos, alvejamentos, estupros e desfiguração dos corpos. Ressaltou que essas
1802 violências estão associadas ao preconceito, à discriminação e à falta de conhecimento sobre
1803 as pessoas trans. Por fim, defendeu que a violência contra mulheres trans e travestis não deve
1804 ser analisada apenas pelos dados de assassinatos, mas também a partir das vivências
1805 cotidianas dessas mulheres, da exclusão social e da subalternização histórica do feminino.
1806 Ressaltou a importância de incorporar as experiências das próprias mulheres trans e travestis
1807 na formulação de políticas e debates públicos, de forma a ampliar a compreensão sobre as
1808 múltiplas violências que recaem sobre esses corpos. Concluídas as explanações, a mesa
1809 justificou que a Vice-Presidência para a Área da Mulher na Comissão de Prerrogativas da
1810 OAB/SP, expositora Cláudia Patrícia de Luna Silva, não pôde permanecer por conta do horário
1811 do voo e abriu a palavra para manifestações. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduelo**
1812 parabenizou a CISMU pela realização da mesa e avaliou que o tempo destinado ao tema foi
1813 insuficiente diante da gravidade e da complexidade do assunto. Como encaminhamento,
1814 solicitou à Mesa Diretora que o tema voltasse a ser debatido em outro momento, com tempo
1815 adequado para aprofundamento. Em seguida, dirigiu-se aos homens presentes no plenário,
1816 afirmando que o enfrentamento ao feminicídio depende necessariamente do engajamento
1817 masculino, uma vez que o feminicídio não é um problema das mulheres, mas dos homens que
1818 matam mulheres. Defendeu, assim, que os homens assumam responsabilidade ativa no
1819 combate à violência de gênero. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** cumprimentou a mesa
1820 e ressaltou a importância histórica de lideranças femininas ligadas à União Brasileira de
1821 Mulheres e à CISMU na construção do debate sobre violência contra as mulheres. Dialogando
1822 com a fala anterior, afirmou que não é possível tratar dos direitos das mulheres sem defender a
1823 democracia, sustentando que a sociedade vive um momento de disputa entre democracia e
1824 barbárie. Ressaltou que o combate ao feminicídio exige o envolvimento dos homens e
1825 relacionou essa luta a outras pautas de igualdade, como o fim da escala 6x1 e a equiparação
1826 salarial entre homens e mulheres. Informou, ainda, que a CONAM desenvolveria campanha
1827 nacional com protagonismo masculino para o enfrentamento aos feminicídios nos territórios e
1828 nas comunidades. Conselheira **Michele Seixas** ressaltou que há muitos anos os movimentos
1829 de mulheres lésbicas reivindicam a produção de dados específicos sobre essa população,
1830 condição considerada fundamental para a formulação de políticas públicas. Observou que o
1831 Estado brasileiro ainda não é capaz de informar quantas mulheres lésbicas existem no país e
1832 que os dados sobre lesbocídio, lesbofobia institucional e estupro corretivo continuam sendo
1833 produzidos principalmente pelos movimentos sociais, por meio de iniciativas como o dossiê do
1834 lesbocídio e o lesbocenso. Afirmou que a lesbofobia institucional nos serviços de saúde ainda
1835 impede que mulheres lésbicas tenham acesso até mesmo a consultas básicas nas unidades de
1836 referência. Como encaminhamento, defendeu que a atualização da Política Nacional de
1837 Atenção Integral à Saúde da Mulher incorpore efetivamente a saúde das mulheres lésbicas.
1838 Conselheira **Dilce Abgail Rodrigues Pereira** cumprimentou a mesa e afirmou que o
1839 feminicídio deve ser tratado como uma epidemia. Citando a situação do Rio Grande do Sul,
1840 informou que, apenas nos primeiros meses do ano, o estado já havia registrado 21 feminicídios
1841 consumados e poderia chegar a 22 casos em razão de uma mulher esfaqueada que
1842 permanecia hospitalizada em estado grave. Criticou a resposta das autoridades estaduais, que,
1843 em sua avaliação, continuam centradas apenas na criação de delegacias, sem enfrentar as
1844 causas estruturais do problema. Também criticou a culpabilização das vítimas, mencionando
1845 declaração do governador gaúcho sobre uma servidora assassinada, segundo a qual ela não
1846 teria procurado ajuda antes. Argumentou que o Estado falha na prevenção ao não garantir
1847 casas-abrigo, monitoramento adequado de torçozeleiras e fortalecimento da Patrulha Maria da
1848 Penha. Também lamentou o fato de o Rio Grande do Sul ainda não ter aderido ao Pacto
1849 Nacional de Enfrentamento ao Feminicídio. Concluiu afirmando que, além de mortas, as
1850 mulheres estão adoecidas e sobrecarregadas pelas jornadas de trabalho e pelos cuidados
1851 domésticos. Conselheira **Victoria Matos das Chagas** afirmou que o feminicídio deve ser
1852 compreendido como problema de saúde pública, e não apenas de segurança pública, diante do
1853 crescimento alarmante das mortes de mulheres no país. Destacou que movimentos misóginos
1854 como a chamada Red Pill têm fortalecido discursos de ódio e violência contra as mulheres.
1855 Como exemplo, mencionou o caso recente de estupro coletivo no Rio de Janeiro, no qual um
1856 dos acusados compareceu à delegacia utilizando camiseta com frase associada ao líder do
1857 referido movimento. Nas suas palavras, esse tipo de conteúdo produz gatilhos mentais que

1858 incentivam a violência masculina e precisa ser enfrentado como questão de saúde pública.
1859 Também se dirigiu aos homens do CNS, criticando a baixa participação masculina no debate e
1860 observando que, quando o tema é feminicídio, poucos homens se inscrevem para falar.
1861 Reiterou que o problema não é exclusivo das mulheres e defendeu que os homens assumam
1862 sua parcela de responsabilidade no enfrentamento da violência sistêmica. Conselheira **Andreia**
1863 **Cristina Pavei Soares** contribuiu para o debate a partir da realidade das mulheres
1864 diagnosticadas com câncer de mama e câncer ginecológico. Informou que cerca de 30%
1865 dessas mulheres são abandonadas pelos companheiros após o diagnóstico, geralmente após
1866 as primeiras consultas e sinalizou que esse abandono constitui também forma de violência
1867 contra a mulher. Destacou, ainda, que o enfrentamento ao feminicídio depende de ações locais
1868 e comunitárias. Relatou que, em seu município, instituições e conselhos se mobilizaram no dia
1869 7 de março para divulgar dados locais sobre feminicídio, medidas protetivas e violência contra
1870 a mulher, reforçando a necessidade de que as mulheres saibam onde podem encontrar
1871 acolhimento e apoio. Conselheira **Lucimary Santos Pinto** afirmou que grande parte das
1872 mulheres vítimas de violência são negras, periféricas e com baixa escolaridade, razão pela
1873 qual considerou essencial fortalecer ações de informação e conscientização. Defendeu
1874 parcerias com instituições como Ministério Público, OAB e Advocacia Geral da União para
1875 orientar mulheres sobre os diferentes tipos de violência. Como exemplo, relatou experiência
1876 ocorrida anos antes, quando uma cartilha sobre assédio moral produzida pelo Ministério
1877 Público permitiu que uma trabalhadora identificasse que era vítima desse tipo de violência. A
1878 partir disso, argumentou que muitas mulheres ainda não reconhecem determinadas condutas
1879 masculinas como formas de violência, sobretudo nos casos de violência patrimonial,
1880 psicológica e moral, que podem evoluir para o feminicídio. Defendeu, assim, que as mulheres
1881 sejam informadas para que consigam se reconhecer como sujeitas de violência doméstica.
1882 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** afirmou que, enquanto homem, sentia necessidade de
1883 reconhecer a responsabilidade masculina pela existência do feminicídio. Relacionou o debate
1884 com a pauta anterior sobre formação de profissionais de saúde, destacando que o SUS possui
1885 papel fundamental na identificação precoce da violência doméstica. Observou que, muitas
1886 vezes, as próprias mulheres não reconhecem que estão vivendo situações de violência e que a
1887 escuta qualificada nos serviços de saúde pode ser decisiva para interromper esse processo
1888 antes que ele culmine em feminicídio. Também criticou a ausência da representação dos
1889 gestores estaduais e municipais no debate, justamente por serem responsáveis pela
1890 implementação das políticas públicas nos territórios. Defendeu a implantação de salas lilás nos
1891 serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária, e criticou os efeitos da privatização
1892 sobre a continuidade do cuidado, argumentando que a alta rotatividade de profissionais impede
1893 o vínculo e dificulta a identificação das situações de violência. Concluiu afirmando que os
1894 homens precisam assumir sua responsabilidade nesse processo. Conselheira **Carmen**
1895 **Ferreira Santiago** avaliou que o horário destinado à mesa não favoreceu o aprofundamento do
1896 debate e apoiou a proposta de retomada do tema em outro momento. Argumentou que a raiz
1897 da violência contra as mulheres está associada a dois sistemas estruturantes da sociedade
1898 brasileira: o patriarcado e o capitalismo. Segundo ela, é a partir desses sistemas que se
1899 constrói a submissão feminina e a desigualdade entre homens e mulheres. Defendeu que a
1900 principal forma de romper com essa lógica é por meio da educação, considerando que as
1901 políticas públicas de enfrentamento ao feminicídio também dependem de mudanças
1902 educacionais. Destacou ainda a relevância da noção de “mulheridades”, apresentada por
1903 Claudia Luna, ressaltando que existem diferentes formas de ser mulher, todas atravessadas
1904 por experiências de violência. Também observou que as próprias conselheiras vivenciam
1905 situações de violência e deslegitimação no exercício do controle social. Conselheiro **Mauri**
1906 **Bezerra da Silva** iniciou sua fala reconhecendo os limites de sua posição enquanto homem em
1907 um debate sobre feminicídio, mas afirmou ter sido convocado à responsabilidade coletiva de
1908 contribuir com o tema. Destacou a adequada condução do debate e, com base na
1909 apresentação da secretária Sandra Kennedy, chamou atenção para as elevadas taxas de
1910 feminicídio nos estados do Acre, Rondônia e Mato Grosso, associando tais indicadores a
1911 fatores políticos e sociais, os quais, em sua avaliação, não configurariam mera coincidência.
1912 Na sequência, parabenizou a CISMU pela iniciativa de pautar a discussão, ressaltando a
1913 importância de enfrentar uma temática tão grave no âmbito do controle social do SUS. Por fim,
1914 informou que levaria o debate para os espaços de planejamento da CNTSS, entidade
1915 representativa de trabalhadores da saúde, reafirmando o compromisso de ampliar a
1916 participação institucional no enfrentamento ao feminicídio no país. Conselheira **Márcia Bandini**
1917 destacou dados do Relatório Anual de Feminicídios no Brasil de 2025, segundo os quais cerca

1918 de 75% dos crimes são praticados por companheiros ou ex-companheiros e 69% das vítimas
1919 possuíam filhos ou dependentes. Informou também que houve aumento de 34% no número de
1920 tentativas e feminicídios registrados entre 2024 e 2025. Defendeu que garantir a saúde das
1921 mulheres pressupõe assegurar uma vida livre de violência, ressaltando que a situação é ainda
1922 mais grave entre mulheres pretas, pobres e periféricas. Afirmou que a violência contra a mulher
1923 se manifesta cotidianamente nos serviços de saúde e destacou a necessidade de acolher,
1924 cuidar, notificar e cobrar providências. Também defendeu o aborto legal, seguro e a
1925 descriminalização como medidas de saúde pública e direitos humanos. Ao final, celebrou a
1926 eleição da deputada Erika Hilton para a presidência da Comissão de Defesa dos Direitos da
1927 Mulher, ressaltando que ela assumiu o compromisso de enfrentar discursos Red Pill nas redes
1928 sociais. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** afirmou que os discursos sobre violência
1929 contra as mulheres precisam se transformar em prática cotidiana e se refletir em todos os
1930 espaços da sociedade. Ressaltou a importância da atuação conjunta de mulheres e homens
1931 comprometidos com o enfrentamento ao feminicídio. Também alertou para o contexto político e
1932 eleitoral, lembrando que as mulheres representam a maioria do eleitorado brasileiro. Ao
1933 mencionar declaração de uma liderança política nacional que se referiu ao nascimento de uma
1934 filha como “fraquejada”, afirmou que as mulheres não podem esquecer esse tipo de postura,
1935 por considerar que ela expressa visões profundamente desrespeitosas em relação às
1936 mulheres. Defendeu que as mulheres continuem se fortalecendo e que os homens aliados
1937 assumam posição ativa na luta contra a violência de gênero. Conselheira **Pérola Nazaré de**
1938 **Souza Ferreira** chamou atenção para a invisibilidade das mulheres com deficiência nas
1939 políticas de enfrentamento à violência. Relatou que as mulheres com deficiência também são
1940 vítimas de machismo, patriarcado e capacitismo, além de sofrerem com a subnotificação das
1941 violências que vivenciam. Mencionou a falta de equipamentos adaptados para exames de
1942 saúde, como mamógrafos, e relatou situações de violência institucional, constrangimento e
1943 violência patrimonial vividas por mulheres com deficiência. Citou, ainda, dificuldades de acesso
1944 à denúncia, como a ausência de intérpretes de Libras nas delegacias. Defendeu que as pautas
1945 das mulheres com deficiência sejam incorporadas aos debates e políticas públicas, de modo a
1946 enfrentar a invisibilidade e as violências específicas sofridas por esse grupo. Conselheira
1947 **Cleonice Caetano Souza** lamentou o fato de a pauta ter sido debatida ao final da
1948 programação e afirmou que o feminicídio e a violência contra as mulheres devem ser debatidos
1949 permanentemente em todos os espaços. Citou manifestação do Presidente Luiz Inácio Lula da
1950 Silva, segundo a qual igrejas, movimentos sociais e sindicatos deveriam abordar o tema da
1951 violência contra a mulher em suas atividades cotidianas. Ressaltou que os homens têm
1952 responsabilidade direta no enfrentamento da violência de gênero e afirmou que eles devem
1953 ocupar esses espaços de debate e aprendizagem. Também destacou que a sobrecarga
1954 feminina decorre da ausência de compartilhamento das responsabilidades domésticas e de
1955 cuidado. Ao final, defendeu que todas as pessoas todos atuem conjuntamente para reduzir os
1956 índices de feminicídio e violência contra as mulheres. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
1957 **Bicca** defendeu que o enfrentamento ao feminicídio deve priorizar o empoderamento e a
1958 informação das mulheres, uma vez que os feminicídios costumam ser precedidos por sinais e
1959 situações de violência que nem sempre são reconhecidos pelas vítimas. Ressaltou que muitas
1960 mulheres não chegam aos postos de saúde, procurando atendimento apenas em situações
1961 graves, quando já sofreram agressões severas. Como encaminhamento, sugeriu que o CNS
1962 reserve um dia inteiro, todos os anos, no mês de março, para debater a violência contra as
1963 mulheres. Também defendeu que as políticas de saúde voltadas aos homens contemplem
1964 também processos educativos sobre masculinidades, respeito às mulheres e relações
1965 interpessoais. Por fim, solicitou que, em momento futuro, também sejam debatidas as
1966 violências sofridas por migrantes, apátridas e refugiadas. Conselheiro **Anselmo Dantas**
1967 afirmou que o capitalismo também produz imagens, representações e conteúdos violentos que
1968 são disseminados e consumidos socialmente, especialmente no ambiente digital. Relacionando
1969 sua fala ao debate sobre algoritmos e violência nas redes, destacou que a violência contra as
1970 mulheres tem sido banalizada e transformada em mercadoria. Em referência a Hannah Arendt,
1971 alertou para o risco da banalização da violência. Também prestou homenagem às mulheres de
1972 sua profissão, a odontologia, ressaltando que muitas sofrem violência em seus ambientes de
1973 trabalho. Defendeu que a violência contra as mulheres e as políticas públicas de proteção
1974 sejam temas permanentes do CNS, afirmando que o país já ultrapassou o limite do “irrazoável”
1975 em relação a esse problema. Também defendeu a prática da comunicação não violenta como
1976 parte do enfrentamento às diversas formas de violência. Conselheira **Camila Francisco de**
1977 **Lima** afirmou que, como mulher trans, sobreviveu a dois transfeminicídios e relatou ter uma

1978 bala alojada na cabeça e múltiplas fraturas no maxilar em decorrência das agressões sofridas
1979 quando atuava como trabalhadora sexual. Defendeu que as redes de proteção, as salas lilás e
1980 as políticas públicas alcancem também mulheres trans e trabalhadoras sexuais, que
1981 frequentemente permanecem invisibilizadas e desassistidas. Relatou que, mesmo após sofrer
1982 violência grave, precisou retornar ao trabalho por não ter outra forma de sustento. Também
1983 ressaltou que a violência sofrida por mulheres trans está relacionada à falta de educação, ao
1984 conservadorismo e às desigualdades sociais. Criticou a ausência de acolhimento por parte dos
1985 serviços de saúde e da segurança pública, relatando que nem mesmo o SAMU a atendeu
1986 adequadamente após sofrer agressões. Defendeu que o debate sobre violência contra as
1987 mulheres seja retomado de forma mais ampla, envolvendo saúde, segurança pública,
1988 educação e assistência social. Por fim, anunciou como avanço a sanção da Lei 15.383/2026,
1989 que obriga o uso imediato de tornozeleira eletrônica por agressores de mulheres em casos de
1990 violência doméstica com risco à vida ou descumprimento de medidas protetivas. Conselheira
1991 **Heliana Hemetério dos Santos** afirmou que as violências de gênero e raça também se
1992 manifestam dentro do próprio CNS. Relatou episódio de racismo sofrido no âmbito do Conselho
1993 e destacou que o combate ao racismo deve ser responsabilidade de todos. Também afirmou
1994 que lesbocídio e transfobia decorrem do machismo estrutural. Ao tratar das mulheres lésbicas,
1995 observou que a sociedade machista reage negativamente ao fato de que essas mulheres não
1996 dependem dos homens para constituir relações afetivas e viver suas vidas. Sobre as mulheres
1997 trans, ressaltou que a transfobia decorre da recusa social em aceitar pessoas que rompem com
1998 a masculinidade imposta e assumem identidades femininas. Concluiu afirmando que tanto o
1999 racismo quanto o machismo permeiam o próprio espaço do Conselho e precisam ser
2000 enfrentados. Conselheira **Rosa Maria Anacleto**, na condição de coordenadora da
2001 CISMU/CNS, afirmou que a composição da mesa refletia, de forma coerente, as definições
2002 construídas no âmbito da comissão desde sua primeira reunião. Registrou que a escolha do
2003 tema do feminicídio e do transfeminicídio havia sido deliberada ainda no mês de janeiro, em
2004 momento anterior à formalização do pacto nacional de enfrentamento ao feminicídio,
2005 evidenciando o caráter propositivo e antecipatório dos trabalhos da CISMU. Destacou a
2006 continuidade e o fortalecimento da comissão, da qual assumiu a coordenação em sucessão à
2007 ex-conselheira Vanja Andrea, ressaltando seu caráter bem-sucedido e comprometido com a
2008 agenda de enfrentamento às violências contra as mulheres. Nesse contexto, enfatizou a
2009 importância da articulação com o Ministério das Mulheres, defendendo a construção conjunta
2010 de estratégias e ações voltadas à temática. Citou ainda, o Fórum de Saúde das Mulheres, que
2011 incentivar a criação e o fortalecimento de comissões correlatas nos âmbitos estadual e
2012 municipal. Ressaltou a necessidade de estreitar as ações já em curso, especialmente em
2013 parceria com o Ministério das Mulheres. Por fim, registrou concordância com as manifestações
2014 apresentadas no debate e reforçou a necessidade de retomada do tema em momento
2015 oportuno, a partir de uma construção articulada entre a CISMU e o Ministério das Mulheres,
2016 reafirmando o compromisso com o aprofundamento das discussões e o avanço das ações no
2017 enfrentamento ao feminicídio. A seguir, a coordenação abriu para retorno da mesa. A
2018 Coordenadora-Geral da GSM/SAPS/MS, **Mariana Seabra Souza Pereira**, avaliou que o
2019 debate havia sido enriquecido pelas diferentes contribuições apresentadas e ressaltou que a
2020 complexidade do tema exigiria tempo ampliado de discussão. Defendeu que as mulheres
2021 ocupem espaços de liderança para que a pauta do enfrentamento à violência possa ser levada
2022 aos diferentes territórios e instâncias de gestão. Também afirmou que os dados sobre
2023 feminicídio e violência não devem ser vistos apenas como estatísticas, mas como elementos
2024 capazes de gerar indignação e mobilização para a ação concreta. Nesse sentido, sustentou
2025 que é necessário tornar explícito o funcionamento dos sistemas de proteção às mulheres e
2026 disputar espaços institucionais para efetivar essas políticas. Também destacou que a
2027 implementação das salas lilás deve ser compreendida como estratégia de abordagem e
2028 acolhimento na Atenção Primária à Saúde, e não apenas como estrutura física. Informou que
2029 as obras do novo PAC para maternidades, UPAs e UBS contemplarão essa estratégia, mas
2030 ressaltou que os territórios não precisam aguardar novas estruturas para iniciar ações de
2031 acolhimento, detecção precoce do ciclo de violência e organização do cuidado. Defendeu,
2032 ainda, que o debate sobre gênero, masculinidades e sistemas opressores deve ser
2033 desenvolvido de forma articulada entre saúde e educação, incluindo rodas de conversa e ações
2034 nas unidades básicas de saúde voltadas também aos homens. Informou ainda que, em
2035 articulação com o CNS e com os conselhos estaduais, estão sendo organizados fóruns de
2036 mulheres na saúde em todas as 27 unidades da federação, além de um segundo encontro
2037 nacional previsto para o dia 27 de março. Explicou que esses espaços têm por objetivo ampliar

2038 a mobilização social em torno da pauta das mulheres, considerando tanto as recomendações
2039 das conferências quanto as especificidades de cada território. A Secretária Nacional de
2040 Articulação Institucional, Ações Temáticas e Participação Política no Ministério das Mulheres,
2041 **Sandra Kennedy**, avaliou que o debate foi enriquecedor e destacou a importância da proposta
2042 de retomada do tema em outra reunião, bem como da realização dos fóruns estaduais e
2043 nacional de saúde da mulher. Também ressaltou a relevância de incorporar ao debate as
2044 questões relacionadas às mulheres trans e lésbicas, reconhecendo a ausência de dados sobre
2045 essas populações e informando que o Ministério das Mulheres buscaria compartilhar
2046 levantamento realizado em parceria com a Universidade Federal do Paraná sobre mulheres
2047 lésbicas. Explicou que o pacto entre os três Poderes recentemente lançado possui natureza
2048 distinta do Pacto Nacional de Enfrentamento ao Feminicídio já existente no âmbito do Poder
2049 Executivo federal. Explicou que este pacto, coordenado pelo Ministério das Mulheres e pela
2050 segurança pública, já vinha sendo monitorado e implementado por diversos ministérios,
2051 enquanto a nova iniciativa busca incorporar também o sistema de justiça e o Legislativo. Nesse
2052 contexto, destacou a necessidade de avançar em temas como a agilidade na concessão de
2053 medidas protetivas, a responsabilização de agressores e a criminalização da misoginia.
2054 Também destacou a importância de incluir a igualdade de gênero e o enfrentamento à violência
2055 nos currículos escolares, a partir da regulamentação da iniciativa Maria da Penha Vai à Escola.
2056 Ressaltou ainda a necessidade de aprimorar a notificação no SINAN, enfrentando a
2057 subnotificação e os obstáculos encontrados por profissionais de saúde, especialmente em
2058 cidades menores. Além disso, mencionou medidas voltadas ao monitoramento de agressores,
2059 como o aperfeiçoamento das medidas protetivas, das prisões já decretadas e do uso de
2060 tornozeleiras eletrônicas integradas a dispositivos de monitoramento pela Polícia Militar. Por
2061 fim, reafirmou que o enfrentamento ao feminicídio exige também medidas de autonomia
2062 econômica para as mulheres, incluindo igualdade salarial, fim da escala 6x1, ampliação da
2063 presença feminina na ciência e na tecnologia e políticas de financiamento. Sustentou que,
2064 enquanto essa autonomia não se concretiza, devem ser asseguradas medidas emergenciais,
2065 como aluguel social, transferência de renda e apoio imediato para que mulheres consigam sair
2066 de relações abusivas. Também conclamou conselheiras e conselheiros a dialogarem com
2067 prefeitos, prefeitas, governadores e governadoras para fortalecer essas políticas nos territórios.
2068 Ao final, reiterou que o Ministério das Mulheres considera todas as mulheres como sujeitos de
2069 suas políticas. **Na sequência, a coordenação fez a leitura dos encaminhamentos que
2070 emergiram do debate: 1) fortalecer a rede de proteção às mulheres, com ampliação de
2071 casas-abrigo, acolhimento e canais de denúncia; 2) aprimorar o monitoramento de
2072 agressores, com melhor acompanhamento das tornozeleiras eletrônicas e fortalecimento
2073 da Patrulha Maria da Penha; 3) estimular a adesão e implementação de políticas e pactos
2074 nacionais de enfrentamento à violência contra a mulher; 4) tratar o feminicídio como
2075 problema de saúde pública, com ações intersetoriais entre saúde, segurança e
2076 assistência social; 5) promover ações de prevenção e conscientização, envolvendo toda
2077 a sociedade, inclusive com maior participação dos homens; 6) promover o debate sobre
2078 direitos reprodutivos, incluindo o acesso ao aborto legal e seguro, no âmbito das
2079 políticas públicas de saúde; 7) incorporar a pauta das mulheres com deficiência nas
2080 discussões e estratégias de enfrentamento à violência contra a mulher, garantindo
2081 visibilidade e consideração de suas especificidades nas políticas públicas e na rede de
2082 atenção; 8) propor a realização anual de um dia inteiro de debates no mês de março
2083 dedicado ao enfrentamento da violência contra a mulher; 9) fortalecer ações educativas
2084 voltadas a meninos, jovens e adolescentes, promovendo formação para relações
2085 respeitadas e prevenção da violência de gênero; 10) estimular a elaboração de projetos e
2086 ações comunitárias, envolvendo profissionais e militantes na promoção de atividades de
2087 prevenção e conscientização; 11) incluir nas discussões a situação de migrantes,
2088 refugiados e população negra, considerando suas vulnerabilidades no contexto da
2089 violência; 12) tornar a pauta do enfrentamento à violência contra a mulher permanente
2090 no Conselho, com acompanhamento contínuo e estímulo à adoção de práticas de
2091 comunicação não violenta nas relações institucionais e sociais; 13) promover
2092 capacitação e sensibilização de profissionais da segurança pública e dos serviços de
2093 saúde para atendimento humanizado, incluindo mulheres trans e trabalhadoras sexuais;
2094 14) incentivar ações de enfrentamento ao silenciamento e à vulnerabilidade de mulheres
2095 em contextos rurais e de baixa escolaridade, ampliando o acesso à proteção e aos
2096 serviços públicos; e 15) fortalecer a articulação entre a comissão, o Ministério das
2097 Mulheres e os fóruns de saúde das mulheres, ampliando a organização de coletivos e**

2098 **espaços de mobilização nos estados e municípios para o enfrentamento ao feminicídio e**
2099 **ao transfeminicídio.** Feito esses registros, as coordenadoras da mesa agradeceram as
2100 convidadas pelas ricas apresentações e ao Plenário pelo debate qualificado. Com isso,
2101 encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na
2102 tarde do primeiro dia de reunião: *Titulares* - **Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos
2103 Populares (CMP); **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;
2104 **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Cristiane Pereira**
2105 **dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional
2106 dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e
2107 Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dilce Abgail Rodrigues Pereira**, União Brasileira de
2108 Mulheres (UBM); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas
2109 Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação
2110 Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho
2111 Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de
2112 Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos
2113 Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
2114 Trabalhadores – NCST; **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde
2115 Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo
2116 (ABRA); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em
2117 Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do
2118 Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação
2119 Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rafaela Bezerra**
2120 **Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rosa**
2121 **Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti**
2122 **Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
2123 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho
2124 Federal de Farmácia – CFF; e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos
2125 Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira
2126 Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Andrea Cristina**
2127 **Pavei Soares**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
2128 (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
2129 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Ana Carolina Freire Lopes**, Conselho Federal de
2130 Psicologia (CFP); **Camila Francisco de Lima**, Articulação Nacional de Luta Contra AIDS
2131 (ANAIDS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento
2132 da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física
2133 (CONFEF); **César Carlos Wanderley Galiza**, Confederação Nacional da Indústria (CNI);
2134 **Cleonice Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores (UGT); **Elaine Junger Pelaez**,
2135 Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho
2136 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**,
2137 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino
2138 Superior Públicas do Brasil; **Felipe Proença de Oliveira**, Ministério da Saúde (MS); **Haroldo**
2139 **Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo**
2140 **de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura
2141 Familiar do Brasil (CONTRAF); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes
2142 Juvenil (ADJ); **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde (MS); **Madson**
2143 **Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Maria Eufrásia de Oliveira**
2144 **Lima**, Ministério da Saúde (MS); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
2145 Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego**,
2146 Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação
2147 Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); **Michele Seixas de Oliveira**,
2148 Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Neide Barros da Silva**, Movimento Brasileiro de Luta
2149 Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**, Sindicato dos
2150 Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN);
2151 **Pérola Nazaré de Souza Ferreira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB);
2152 **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados,
2153 Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Sarlene Moreira da Silva**,
2154 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; e **Thiago Soares**
2155 **Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFAFRO. Começando o
2156 segundo dia de reunião, a mesa foi composta para o item 7 da pauta. **ITEM 7 – SAÚDE DA**
2157 **POPULAÇÃO QUILOMBOLA** - *Apresentação:* **Sandra Maria da Silva Andrade**,

2158 Coordenadora Executiva da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras
2159 Rurais Quilombolas - CONAQ; **José Eudes Barroso Vieira**, Diretor do Departamento de
2160 Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária do Ministério da Saúde; e conselheiro **Thiago**
2161 **Soares**, Coordenador da Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade –
2162 CIPPE/CNS. *Coordenação*: conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e
2163 conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira
2164 **Heliana Hemetério dos Santos** destacou que o tema era de grande relevância para toda a
2165 sociedade, e não apenas para a população negra, ressaltando que a saúde é um direito de
2166 todos os segmentos da população. A seguir, convidou as pessoas para compor a mesa.
2167 Conselheira **Priscila Torres da Silva** aproveitou o início da pauta para informar que, após ter
2168 relatado na reunião anterior dificuldades de resposta do Departamento de Assistência
2169 Farmacêutica/MS, havia sido agendada reunião com o referido departamento. Segundo
2170 informou, o coletivo já estava organizado para dialogar sobre os desafios relacionados ao
2171 acesso e ao fornecimento de medicamentos do componente especializado no âmbito do SUS.
2172 Ressaltou que o Brasil permanece como referência na América Latina no fornecimento de
2173 medicamentos e afirmou que, na atual gestão, o diálogo com o controle social tem
2174 permanecido aberto. Também registrou a presença de Vítor Ferraz, representante do
2175 secretário Ronaldo Santos, do Ministério da Igualdade Racial. Conselheiro **Thiago Soares**,
2176 Coordenador da CIPPE/CNS, afirmou que a discussão sobre a saúde da população
2177 quilombola constitui pauta ampla e estratégica, articulada à agenda da saúde da população
2178 negra e das comunidades tradicionais. Ressaltou que a Comissão vinha debatendo o tema
2179 desde gestões anteriores, visto que a CIPPE possui o papel de agregar e construir políticas
2180 voltadas às populações específicas e historicamente vulnerabilizadas. Também ressaltou a
2181 importância da presença, pela primeira vez, de representante do Ministério da Igualdade Racial
2182 em um debate no Conselho, observando que a pauta havia sido convidada em outras
2183 oportunidades sem comparecer. Elucidou ainda que o objetivo da pauta não era aprovar uma
2184 política naquele momento, mas apresentar e debater uma minuta tratada no âmbito da
2185 Comissão, permitindo que os conselheiros e conselheiras tomassem conhecimento do
2186 conteúdo e contribuíssem para o processo. Ressaltou a importância de enfrentar
2187 desinformações e *fake news* sobre o tema, explicando que a proposta ainda se encontrava em
2188 fase de debate. Também destacou a abertura do Ministério da Saúde, especialmente do
2189 Ministro Alexandre Padilha, para iniciar essa construção. Ao final, agradeceu à CONAQ e à
2190 RENAFRO pela parceria e reafirmou o compromisso das organizações com a defesa da saúde
2191 quilombola. O diretor do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária/MS,
2192 **José Eudes Barroso Vieira**, iniciou sua exposição destacando que o Ministério da Saúde
2193 vinha desenvolvendo um conjunto de ações voltadas à saúde da população quilombola,
2194 envolvendo diferentes secretarias e departamentos. Informou que uma das iniciativas centrais
2195 foi a realização do seminário nacional “Tecendo redes de aquilombamento e antirracismo para
2196 equidade étnico-racial no SUS”, realizado em Alcântara, no Maranhão, em agosto de 2025.
2197 Segundo relatou, o seminário buscou qualificar a proposta da Política Nacional de Saúde
2198 Integral da População Quilombola (PNASQ), em diálogo ampliado entre representantes do
2199 governo federal, estados, municípios, sociedade civil (sobretudo da população quilombola
2200 brasileira), do Legislativo, Instituições de Ensino Superior e Ciência e Tecnologia e Organismos
2201 Internacionais. A partir dessa atividade, foi instituído o Grupo de Trabalho Graça Epifânio,
2202 destinado à formulação, implementação, monitoramento e avaliação de ações, programas e
2203 políticas voltadas à população quilombola, considerando as especificidades de cada território.
2204 Detalhou que foi realizada uma primeira reunião do Grupo e a ideia é retomar os trabalhos.
2205 Destacou ainda a publicação da Portaria nº 9.572/2015, pactuada na Comissão Intergestores
2206 Tripartite, que instituiu incentivo financeiro para equipes de saúde da família atuantes em
2207 territórios quilombolas. Explicou que a portaria prevê três componentes: implantação de
2208 unidades de apoio em territórios sem unidade básica de saúde, oferta de meios de transporte
2209 para deslocamento das equipes e ampliação do número de profissionais nas equipes, com a
2210 possibilidade de inclusão de novos profissionais de nível superior e técnicos de enfermagem.
2211 Ressaltou que a medida procura enfrentar as especificidades dos territórios quilombolas,
2212 marcados por longas distâncias, ausência de infraestrutura e dificuldades de acesso aos
2213 serviços de saúde. Informou que, até aquele momento, 190 municípios já haviam solicitado o
2214 incentivo, contemplando 245 equipes de saúde da família, com destaque para Bahia e Pará.
2215 Também relatou que a medida possibilitaria a implantação de 379 novas unidades de apoio,
2216 aquisição de embarcações para territórios ribeirinhos e incorporação de novos profissionais às
2217 equipes. Também informou que o Ministério da Saúde vinha desenvolvendo ações de

2218 letramento antirracista em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal
2219 da Bahia, inicialmente voltadas aos nove estados do Nordeste. Segundo relatou, a proposta
2220 consiste em formar mil profissionais da Atenção Primária, especialmente da Medicina médicos
2221 e Enfermagem, para atuarem como multiplicadores nos territórios. Ressaltou que a iniciativa
2222 busca enfrentar as dificuldades de acolhimento da população quilombola nos serviços de
2223 saúde e poderá ser ampliada futuramente para todo o território nacional. Informou ainda que o
2224 Ministério da Saúde participa do Programa Pena Justa, coordenado pelo Ministério da Justiça e
2225 Segurança Pública no âmbito da ADPF 347, que busca enfrentar violações de direitos
2226 humanos no sistema prisional. Explicou que, no caso da população quilombola, está sendo
2227 estruturado grupo de trabalho para discutir ações voltadas a pessoas quilombolas, indígenas e
2228 demais povos e comunidades tradicionais privadas de liberdade, com foco na garantia do
2229 direito à saúde e dos direitos humanos. No mais, destacou ações específicas voltadas à saúde
2230 de homens jovens e adolescentes quilombolas, conduzidas pela Coordenação de Saúde do
2231 Homem/MS. Informou que já haviam sido realizadas oficinas na Bahia, no Maranhão e em
2232 Pernambuco para identificar as necessidades desse público e construir estratégias específicas
2233 de cuidado. Acrescentou que a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/MS desenvolve
2234 o Projeto Vulnerabilidade, Equidade Social, Ambiente, Clima e Impacto na Saúde, voltado à
2235 análise das iniquidades socioambientais que afetam comunidades quilombolas em diferentes
2236 biomas brasileiros, incluindo Amazônia (Santa Tereza do Matupiri - Barreirinha/AM), Caatinga
2237 (Serra Feia - Cacimbas/PB), Cerrado (Ribeirão da Mutuca - Nossa Senhora do Livramento/MT),
2238 Mata Atlântica (Conceição de Salinas - Salinas da Margarida/BA), Pampa (Alpes - Porto
2239 Alegre/RS) e Pantanal (Família Osório - Corumbá/MS). Ressaltou ainda o reconhecimento,
2240 pelo IPHAN, do quilombo urbano Tia Eva, em Mato Grosso do Sul, como patrimônio cultural
2241 brasileiro. Na sequência, destacou que o Programa Mais Médicos tem priorizado a alocação de
2242 profissionais em territórios quilombolas, buscando enfrentar a rotatividade e a ausência de
2243 médicos e médicas nesses locais. Informou também que a Secretaria de Gestão do Trabalho e
2244 da Educação na Saúde/MS desenvolve pesquisas sobre a atuação desses profissionais em
2245 comunidades quilombolas, especialmente no Nordeste, para identificar fortalezas e fragilidades
2246 do cuidado ofertado. Defendeu que a atuação em territórios quilombolas exige formação
2247 diferenciada, capaz de reconhecer práticas tradicionais de cuidado, como as desenvolvidas por
2248 benzedeadas e curandeiras. Também ressaltou a importância das residências em saúde e do
2249 Programa Firma SUS, que oferece bolsas para estudantes indígenas, quilombolas e outras
2250 populações em situação de vulnerabilidade, integrando formação, pesquisa, extensão e
2251 atuação comunitária. Informou ainda a criação de curso introdutório online sobre saúde
2252 quilombola, em parceria com a Universidade Federal da Bahia, voltado a trabalhadores,
2253 gestores, lideranças e estudantes. Ao abordar a saúde mental, informou que o Departamento
2254 de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/MS vem promovendo oficinas nacionais de atenção
2255 psicossocial às comunidades quilombolas. Segundo relatou, o objetivo é produzir materiais
2256 específicos sobre saúde mental da população quilombola, considerando o contexto de
2257 isolamento, as dificuldades de acesso e os saberes tradicionais existentes nesses territórios.
2258 Ressaltou que os materiais vêm sendo construídos com as próprias comunidades, e não
2259 apenas para elas, e que o Departamento também tem realizado visitas técnicas para
2260 compreender as principais demandas relacionadas à rede de atenção psicossocial. Mencionou
2261 ainda a existência de acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e o IPHAN
2262 voltado à promoção da saúde mental, ao resgate da memória, da ancestralidade e das
2263 produções culturais quilombolas. Por fim, o expositor informou que a Secretaria de Informação
2264 e Saúde Digital/MS vem desenvolvendo ações voltadas à ampliação da tele saúde e do registro
2265 de informações sobre comunidades quilombolas. Ressaltou que o Ministério reconhece a
2266 fragilidade dos dados sobre acesso da população quilombola aos serviços de saúde e que, por
2267 isso, vem investindo na aquisição de equipamentos, ampliação da conectividade e instalação
2268 de kits de telediagnóstico em unidades de saúde. Segundo informou, foi publicado edital para
2269 contemplar sete mil unidades com novos kits, buscando ampliar o acesso de comunidades
2270 quilombolas a consultas e atendimentos especializados sem necessidade de deslocamento
2271 para centros urbanos. Citou ainda o Painel de indicadores para o acompanhamento de
2272 condições de vida e saúde da população quilombola, iniciativa que visa apoiar a tomada de
2273 decisão com base em evidências e dar visibilidade às comunidades quilombolas no âmbito do
2274 SUS e o Portal de Dados Abertos - disponibilização de conjuntos de dados abertos sobre a
2275 população quilombola, cujo objetivo é promover a transparência ativa e fornecer informações
2276 para gestores e sociedade. Por fim, destacou as seguintes ações: Cartografia e
2277 georreferenciamento de comunidades e territórios quilombolas, que visa proporcionar a

2278 visualização espacial de dados para identificar áreas de vulnerabilidade e territórios
2279 delimitados; Informes técnicos - produção de documentos analíticos, como a Nota Técnica nº
2280 6/2024, que tem por objetivo sistematizar informações para o monitoramento e avaliação de
2281 políticas públicas específicas para populações em situação de vulnerabilidade; e o PAC
2282 Conectividade - é executado pelo Ministério das Comunicações, por meio da Telebras, em
2283 parceria com o Ministério da Saúde, com meta de levar conectividade por satélite a 1.191
2284 Unidades Básicas de Saúde localizadas a mais de 10 km da infraestrutura terrestre de fibra
2285 óptica, e sem acesso à internet – o objetivo é reduzir desigualdades territoriais de acesso à
2286 conectividade no SUS, viabilizando Saúde Digital, Telessaúde e integração com sistemas de
2287 informação, com foco na melhoria da assistência e gestão em saúde. Seguindo, a
2288 Coordenadora Executiva da CONAQ, **Sandra Maria da Silva Andrade**, iniciou sua exposição
2289 afirmando que representava mais de dez mil comunidades quilombolas em todo o país. Antes
2290 de iniciar a apresentação, realizou um canto em homenagem à luta das pessoas que morreram
2291 defendendo a saúde da população quilombola e, em especial, à memória de Graça Epifânio.
2292 Em seguida, apresentou-se como mulher negra, quilombola, agricultora aposentada e liderança
2293 da comunidade Carrapatos da Tabatinga, em Minas Gerais. Relatou que a pandemia de
2294 COVID-19 aprofundou a percepção de que a Política Nacional de Saúde da População Negra,
2295 embora importante, não era suficiente para alcançar as comunidades quilombolas localizadas
2296 no “interior do interior”. Ressaltou que as comunidades quilombolas não reivindicam privilégios,
2297 mas sim condições mínimas de sobrevivência e acesso efetivo às políticas públicas. Segundo
2298 afirmou, a luta pela política de saúde quilombola não começou recentemente e foi construída
2299 ao longo de muitos anos, em parceria com movimentos negros, o Ministério da Saúde e o
2300 Conselho Nacional de Saúde. Citou, como exemplo, a Resolução CNS nº 715/2023 e a 1ª
2301 Conferência Nacional Livre de Saúde Quilombola (2023). Destacou também a atuação da
2302 ADPF 742, ajuizada durante a pandemia para garantir o acesso das comunidades quilombolas
2303 à vacinação contra a COVID-19. Ressaltou que a medida foi fundamental para assegurar a
2304 imunização da população quilombola e salvar vidas, embora tenha considerado grave que
2305 tenha sido necessário recorrer ao Supremo Tribunal Federal para garantir um direito básico à
2306 saúde. Acrescentou que, até a chegada das vacinas, as comunidades também recorreram às
2307 suas medicinas tradicionais para enfrentar a pandemia. Afirmou que as condições de extrema
2308 pobreza existentes nos territórios quilombolas produzem impactos diretos sobre a saúde da
2309 população. Informou que, segundo os dados apresentados, 61% das comunidades quilombolas
2310 vivem em situação de extrema pobreza. Relacionou essa realidade ao aumento do sofrimento
2311 mental, do suicídio e do adoecimento entre os jovens, ressaltando que a juventude quilombola
2312 já não possui a mesma resistência das gerações mais antigas e que o suicídio tem se tornado
2313 um problema crescente nas comunidades. Também destacou que a falta de saneamento
2314 básico agrava a situação de saúde, mencionando que 30% das comunidades dependem de
2315 água de poço e que 60% do esgotamento sanitário ocorre por meio de fossas e buracos.
2316 Ressaltou que a ausência de infraestrutura, transporte e equipamentos públicos continua
2317 sendo um dos principais obstáculos para o acesso aos serviços de saúde. Afirmou que muitas
2318 comunidades estão localizadas a quarenta ou cinquenta quilômetros dos municípios, sem
2319 transporte coletivo e sem condições adequadas de deslocamento. Relatou que ambulâncias
2320 frequentemente deixam de chegar aos quilombos sob a justificativa de que as estradas ruins
2321 podem danificar os veículos. Também observou que as dificuldades de acesso afetam a
2322 educação, visto que muitas crianças precisam se deslocar para estudar em escolas localizadas
2323 fora das comunidades, utilizando transporte precário e sujeito a interrupções em períodos de
2324 chuva. Destacou ainda que a violência nos territórios quilombolas continua sendo agravada
2325 pela ausência de regularização fundiária e de políticas públicas. Mencionou o assassinato de
2326 Mãe Bernadete como exemplo de uma violência que ganhou repercussão nacional, mas
2327 ressaltou que outras mortes seguem ocorrendo sem visibilidade pública. Segundo afirmou, a
2328 violência afeta diretamente a saúde física e mental das comunidades e reforça a necessidade
2329 de uma política específica de saúde quilombola. Também apresentou dados produzidos em
2330 parceria com a Fundação Oswaldo Cruz sobre as principais causas de morte da população
2331 quilombola. Segundo relatou, permanecem frequentes óbitos por diarreia, desnutrição, causas
2332 mal definidas e suicídio, inclusive por doenças consideradas erradicadas em outras partes do
2333 país. Como exemplo, mencionou a morte de Graça Epifânio, afirmando que, mesmo após
2334 quase dois anos, a família ainda não possuía diagnóstico conclusivo sobre a causa da morte.
2335 Ressaltou que a inexistência de diagnósticos adequados e de assistência médica efetiva
2336 representa uma violação grave dos direitos da população quilombola. Informou que as
2337 comunidades quilombolas também produziram seus próprios dados sobre distâncias entre os

2338 territórios e as unidades básicas de saúde. Segundo relatou, em alguns estados, a menor
2339 distância percorrida até uma unidade de saúde é de 34 quilômetros, muitas vezes feitos a pé,
2340 de bicicleta, de carroça ou em animais, em razão da inexistência de transporte público.
2341 Acrescentou que há ainda situações de travessia de rios, com custos elevados de embarcação,
2342 dificultando o acesso da população aos serviços. Diante disso, pediu que o Conselho Nacional
2343 de Saúde realizasse reuniões e visitas diretamente em comunidades quilombolas, para
2344 conhecer a realidade vivida pela população. Ao final, ressaltou que a política nacional de saúde
2345 da população quilombola já estava em construção, com eixos, resoluções, consultas públicas e
2346 ampla participação social. afirmou que o momento atual exige a implementação efetiva da
2347 política, e não a reabertura de novos processos de formulação. Também alertou que o
2348 calendário eleitoral poderia inviabilizar avanços caso a política não fosse aprovada
2349 rapidamente. Por essa razão, solicitou ao CNS que pautasse a minuta de resolução referente à
2350 política nacional de saúde quilombola para votação do Plenário, permitindo sua
2351 implementação. Encerrando sua fala, reafirmou que continuará lutando pela saúde do povo
2352 quilombola enquanto tiver condições de fazê-lo. O representante do Ministério da Igualdade
2353 Racial, **Vítor Cruzeiro**, saudou o Plenário em nome do secretário Ronaldo dos Santos e da
2354 ministra Anielle Franco e informou que representava a Secretaria de Políticas para
2355 Quilombolas, Povos e Comunidades de Matriz Africana, Povos de Terreiro e Povos Ciganos.
2356 Reconheceu que o Ministério ainda possui estrutura reduzida diante da dimensão dos desafios
2357 relacionados à garantia de direitos para mais de um milhão de quilombolas em todo o país,
2358 mas ressaltou que o Ministério da Igualdade Racial foi criado justamente para fortalecer a
2359 articulação institucional em torno dessas pautas. Manifestou satisfação em ver a política de
2360 saúde quilombola debatida no Plenário do CNS e afirmou que políticas dessa natureza nascem
2361 fundamentalmente da sociedade civil, sendo construídas a partir da exigência dos movimentos
2362 sociais e posteriormente acolhidas pelo Estado. Ao final, reafirmou que o Ministério seguirá
2363 contribuindo da melhor forma possível para a garantia dos direitos da população quilombola.
2364 Concluídas as exposições, a mesa abriu para manifestações do Plenário do Conselho.
2365 Conselheiro **Madson Carlos Cabral Ferreira** agradeceu as exposições e destacou que os
2366 dados apresentados sobre o número de equipes que solicitaram os incentivos previstos para
2367 atuação em territórios quilombolas lhe causaram preocupação. Relatou que, em seu estado,
2368 existe uma comunidade quilombola denominada Lagoas, distribuída por seis municípios e com
2369 aproximadamente dez mil habitantes, mas apenas duas equipes haviam solicitado incentivo
2370 para transporte e nenhuma havia solicitado incentivo para ampliação do número de
2371 profissionais. Observou que há disponibilidade de profissionais, especialmente da saúde bucal,
2372 e questionou se a baixa adesão dos municípios estaria relacionada a excesso de burocracia,
2373 critérios restritivos ou descaso dos gestores locais. Conselheira **Odete Messa Torres** ressaltou
2374 que as diretrizes curriculares da medicina passaram, pela primeira vez, a mencionar
2375 explicitamente a população quilombola entre os grupos vulnerabilizados que demandam
2376 atenção específica. Defendeu que essa previsão normativa seja transformada em ações
2377 concretas na formação médica e na educação em saúde de modo geral. Também destacou a
2378 importância do Programa Afirmar SUS, especialmente como incentivo à permanência de
2379 estudantes em situação de vulnerabilidade. Contudo, alertou para dificuldades relacionadas ao
2380 acúmulo de bolsas em universidades, relatando o caso de uma estudante indígena que
2381 enfrentava obstáculos para receber simultaneamente duas bolsas. Avaliou que, embora
2382 existam políticas de apoio, persistem desafios para garantir a permanência desses estudantes
2383 nos cursos de formação em saúde. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** lembrou a
2384 atuação conjunta com Sandra Maria da Silva Andrade no Conselho Nacional de Direitos
2385 Humanos durante a pandemia, ressaltando que os movimentos sociais urbanos e quilombolas
2386 tiveram papel fundamental na resistência e na defesa da vida naquele período. afirmou que a
2387 pauta quilombola é de todo o Conselho Nacional de Saúde e defendeu a construção de
2388 políticas permanentes de Estado para a população quilombola, os povos tradicionais e os
2389 povos indígenas. Também sugeriu que o CNS aprofundasse a realização de missões
2390 presenciais em territórios quilombolas, nos moldes do que já ocorre em outras áreas, para
2391 identificar *in loco* as violações de direitos e denunciar o descaso vivenciado pelas
2392 comunidades. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello** afirmou que a discussão sobre a
2393 saúde da população quilombola necessariamente passa pelo enfrentamento ao racismo
2394 estrutural e institucional. Ressaltou que 70% das pessoas usuárias do SUS são negras e
2395 questionou a quem o sistema estaria servindo caso não consiga atender adequadamente essa
2396 população. Defendeu que o CNS realize missões em comunidades quilombolas, à semelhança
2397 das missões já realizadas junto à população indígena, para que pessoas conselheiras e

2398 sociedade conheçam de perto a realidade e a precariedade vivida nesses territórios.
2399 Considerou inadmissível que ainda existam comunidades sem acesso a transporte,
2400 ambulâncias e assistência básica à saúde. Conselheira **Priscila Torres da Silva** relatou
2401 experiência vivenciada durante viagem a Jalapão, quando visitou comunidades quilombolas e
2402 conheceu realidades marcadas por graves dificuldades de acesso aos serviços de saúde.
2403 Como exemplo, mencionou o caso de um menino de 12 anos que sofreu amputação após
2404 permanecer dois dias aguardando atendimento, sem acesso a ambulância ou transporte
2405 adequado. Também relatou ter visitado comunidade em que a única escola, composta por
2406 apenas uma sala, servia simultaneamente como espaço de ensino e local de atendimento
2407 médico quinzenal. Defendeu que a política de saúde quilombola seja fortalecida e articulada
2408 com outras políticas públicas, de modo a assegurar que todos os territórios tenham acesso a
2409 serviços de saúde com qualidade, equidade e humanidade. Conselheiro **Thiago Soares**
2410 ressaltou que a discussão sobre saúde quilombola também deve contemplar as comunidades
2411 tradicionais de matriz africana, os povos de terreiro e os saberes ancestrais. Criticou a
2412 ausência de reconhecimento das práticas tradicionais de cuidado, como as benzedeadas e as
2413 práticas de matriz africana, nas políticas de práticas integrativas e complementares em saúde.
2414 Também apontou fragilidades na formação dos profissionais de saúde, afirmando que a
2415 temática do SUS e das comunidades tradicionais ainda aparece de forma insuficiente nas
2416 universidades. Como exemplo positivo, citou a existência, na Bahia, de programa de residência
2417 com ênfase em saúde quilombola e destacou que o Estado do Piauí vem ampliando o uso da
2418 saúde digital em comunidades quilombolas. Por fim, defendeu que o combate ao racismo
2419 institucional deve ser central na construção da política de saúde quilombola. Conselheira
2420 **Melissa do Amaral Ribeiro** defendeu a realização imediata de missões em comunidades
2421 quilombolas, afirmando que essa iniciativa não poderia ser adiada. Ressaltou que a pauta
2422 exige atuação intersetorial e multissetorial, não podendo ser resolvida apenas pelo Ministério
2423 da Saúde. Também observou que o contexto eleitoral pode favorecer avanços na pauta e
2424 sugeriu que o momento seja aproveitado para garantir maior efetividade na implementação das
2425 ações voltadas à população quilombola. Ao final, parabenizou a Coordenadora Executiva da
2426 CONAQ, Sandra Maria da Silva Andrade, por sua trajetória de luta e resistência. Conselheiro
2427 **Luiz Aníbal Machado** relatou sua experiência como presidente de Conselho Municipal de
2428 Saúde, período em que realizava miniconferências em comunidades quilombolas para ouvir
2429 diretamente suas necessidades. Ressaltou que sempre estimulava a participação das
2430 comunidades nos conselhos de saúde, por entender que a luta deve ser construída
2431 coletivamente. Também afirmou que ainda persistem situações de discriminação racial e social,
2432 inclusive nos debates orçamentários municipais, e defendeu a continuidade da mobilização em
2433 defesa da população quilombola e do SUS. Conselheiro **Derivan da Silva** iniciou sua
2434 manifestação destacando a relevância da temática apresentada e reconhecendo a nitidez das
2435 exposições realizadas, especialmente no que se refere às necessidades estruturais para o
2436 avanço da política. Destacou a relevância da proposta de política de saúde da população
2437 quilombola, porém manifestou preocupação com a insuficiente incorporação de temas
2438 transversais como saúde mental e atenção às pessoas com deficiência. Criticou a ênfase
2439 médico-centrada da portaria de incentivo, apontando a baixa visibilidade e a não
2440 obrigatoriedade da atuação de equipes multiprofissionais, o que fragiliza a integralidade do
2441 cuidado. Ademais, questionou inconsistências entre os dados apresentados pelo Ministério da
2442 Saúde e os constantes nos anexos da normativa, especialmente quanto à distribuição dos
2443 municípios contemplados, defendendo maior alinhamento e transparência. Ao final, reforçou a
2444 necessidade de uma abordagem multiprofissional na atenção à saúde da população
2445 quilombola. Conselheira **Camila Francisco de Lima** iniciou sua fala parabenizando a mesa e
2446 reconhecendo a relevância política e simbólica do debate, manifestando expectativa quanto à
2447 aprovação da política nacional de saúde da população quilombola. Em sua análise, destacou
2448 que as demandas apresentadas pelas comunidades evidenciam a necessidade de uma política
2449 de saúde integral, estruturada a partir de uma abordagem multiprofissional e intersetorial.
2450 Chamou atenção para a ausência de referência explícita às pessoas com deficiência
2451 quilombolas nas exposições, apontando que essa invisibilidade reproduz desigualdades no
2452 acesso às políticas públicas. Ademais, defendeu que gestores e instituições se aproximem dos
2453 territórios, ressaltando que a vivência direta da realidade das comunidades é fundamental para
2454 a formulação de políticas mais sensíveis, adequadas e efetivas. Conselheira **Carmen Ferreira**
2455 **Santiago** enfatizou o caráter mobilizador do debate, destacando que as exposições revelaram
2456 a existência de um cenário marcado pela negação de direitos e pela ausência do Estado nas
2457 comunidades quilombolas. Avaliou que essa realidade expressa um quadro de abandono

2458 estrutural, no qual não são asseguradas condições mínimas de acesso a direitos fundamentais,
2459 inclusive à saúde. Nesse contexto, ressaltou o papel estratégico dos gestores municipais,
2460 especialmente prefeitos e prefeitas, na implementação das políticas públicas nos territórios,
2461 uma vez que é no âmbito local que se concretizam as ações de saúde e de infraestrutura.
2462 Destacou que a efetividade da política depende do compromisso desses gestores com a
2463 garantia de direitos, sobretudo em áreas rurais e periféricas, frequentemente negligenciadas.
2464 Ao abordar a relação entre saúde e educação, apontou que a precariedade das condições
2465 educacionais contribui para o agravamento das desigualdades sociais e impacta diretamente a
2466 saúde das populações quilombolas, defendendo, assim, a necessidade de políticas públicas
2467 integradas e estruturantes. Ao final, reafirmou o reconhecimento à trajetória de luta das
2468 lideranças quilombolas e ressaltou que a superação das desigualdades depende da atuação
2469 efetiva do Estado e da implementação de políticas públicas consistentes e abrangentes.
2470 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** afirmou que se sentia representado pelas falas anteriores,
2471 mas considerou importante destacar a situação dos quilombos urbanos. Avaliou que, embora o
2472 capital tenha historicamente negligenciado esses territórios, também passou a vê-los como
2473 áreas de interesse econômico, seja para expansão urbana, seja para atividades produtivas
2474 como o plantio de soja nos territórios rurais. Defendeu que a futura política nacional de saúde
2475 quilombola não se restrinja ao plano formal, mas seja efetivamente incorporada nos estados e
2476 municípios. Para isso, sugeriu que o CNS provoque os conselhos estaduais e municipais a
2477 debaterem a pauta e aprovarem resoluções que garantam sua implementação nos territórios.
2478 Também reforçou a necessidade de que os conselheiros conheçam de perto a realidade dos
2479 quilombos. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** fez uma saudação especial à
2480 Coordenadora Executiva da CONAQ e ressaltou a importância da implementação efetiva da
2481 política de saúde da população quilombola para garantir equidade no acesso aos serviços de
2482 saúde. Observou que as comunidades quilombolas enfrentam desigualdades históricas,
2483 dificuldades de acesso e necessidades específicas, o que exige o fortalecimento da política e o
2484 reconhecimento desses territórios. Também destacou a necessidade de valorização dos
2485 saberes tradicionais e de um cuidado em saúde mais justo. Ao final, questionou o
2486 representante do Ministério da Saúde sobre quais ações intersetoriais estavam sendo
2487 planejadas ou implementadas para assegurar acesso à água tratada, saneamento básico e
2488 melhoria das condições de vida nas comunidades quilombolas. Conselheira **Veridiana Ribeiro**
2489 **da Silva**, coordenadora adjunta da CIPPE/CNS, afirmou que a pauta da saúde quilombola é
2490 central para a comissão e destacou que o tema já vinha sendo debatido há bastante tempo.
2491 Manifestou solidariedade à luta das comunidades quilombolas e declarou que o CNS é
2492 favorável à implementação da política, atuando em parceria com a Coordenação Nacional de
2493 Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. Defendeu que estados e municípios
2494 também sejam responsabilizados pela implementação da política e avaliou como positiva a
2495 proposta de realização de missões quilombolas. Ao final, perguntou ao Ministério da Saúde se
2496 haveria previsão de carretas de atendimento para comunidades quilombolas. Conselheiro
2497 **Haroldo de Carvalho Pontes** iniciou observando que, com exceção da saúde indígena, as
2498 ações assistenciais no SUS são executadas principalmente por estados e municípios, e não
2499 diretamente pelo Ministério da Saúde. Ressaltou que, embora existam problemas, também há
2500 experiências positivas em Estados como o Piauí. Considerou inaceitável a realidade
2501 apresentada sobre a população quilombola e afirmou que o CNS precisa avançar para além
2502 dos discursos. Como encaminhamento, sugeriu que o Conselho adote metodologia semelhante
2503 à utilizada pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI/CNS, com definição de
2504 prioridades, constituição de grupos, visitas aos territórios, elaboração de relatórios, retorno ao
2505 plenário e acompanhamento posterior das providências adotadas. Segundo avaliou, essa
2506 estratégia permitiria transformar denúncias em ações concretas e monitoradas. Conselheira
2507 **Sarlene Moreira da Silva** afirmou que os povos indígenas se somam à luta das comunidades
2508 quilombolas. Ressaltou que o racismo institucional atinge todas as populações vulnerabilizadas
2509 e questionou a ausência de articulação entre as discussões realizadas no Conselho e a
2510 realidade vivida cotidianamente nas unidades básicas de saúde e hospitais. Também destacou
2511 a importância de incluir a discussão sobre racismo, saúde quilombola e populações
2512 vulnerabilizadas nos currículos e planos pedagógicos dos cursos da área da saúde, para que
2513 os profissionais estejam preparados para atender adequadamente essas populações.
2514 Conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho** destacou a situação das comunidades quilombolas de
2515 Mata Cavalu e Mutuca, no Mato Grosso, ressaltando que a ausência de regularização fundiária
2516 continua sendo um dos principais fatores de invisibilização das comunidades e de fragilização
2517 da agricultura quilombola. Também defendeu que os quilombos não sejam vistos como

2518 espaços de turismo, mas como territórios que devem ser respeitados como espaço de vida e
2519 moradia. Além disso, chamou atenção para o fechamento de escolas do campo e de escolas
2520 quilombolas nos últimos anos, defendendo que o governo federal retome essa agenda e
2521 contribua para retirar as comunidades quilombolas da invisibilidade. Conselheira **Heliana**
2522 **Hemetério dos Santos** afirmou que, além do debate sobre racismo estrutural, é necessário
2523 discutir o chamado “pacto da branquitude”, entendido tratar-se de um dos mecanismos de
2524 sustentação do racismo e dos privilégios sociais. Avaliou que a sociedade brasileira continua
2525 reproduzindo desigualdades e mantendo a população negra em posição de subalternidade.
2526 Também defendeu que as pessoas brancas reflitam sobre seus privilégios e sobre o papel que
2527 desempenham na manutenção das desigualdades raciais. Segundo afirmou, a discussão sobre
2528 racismo não pode ser adiada e precisa ser feita de forma direta e permanente. Conselheira
2529 **Rosa Maria Anacleto** reafirmou a necessidade de realização de visitas e missões em
2530 comunidades quilombolas, não como forma de turismo, mas para conhecer concretamente a
2531 realidade vivida por essas populações. Manifestou indignação pelo fato de, após mais de um
2532 século da abolição formal da escravidão, o país ainda discutir a falta de acesso da população
2533 quilombola à dignidade, educação e saúde. Ressaltou que a política de saúde da população
2534 negra é importante, mas insuficiente para responder às especificidades das comunidades
2535 quilombolas. Também concordou com a necessidade de discutir o pacto da branquitude e
2536 afirmou que o racismo continua presente em diferentes espaços institucionais e sociais.
2537 Conselheiro **Anselmo Dantas** relatou a situação do Espírito Santo, estado em que a expansão
2538 agrícola, especialmente da monocultura do eucalipto, contribuiu para a expulsão de
2539 comunidades quilombolas. Observou que, nas fotografias apresentadas por Sandra Maria da
2540 Silva Andrade, era possível perceber a tristeza estampada no semblante da população negra.
2541 Também chamou atenção para a ausência da saúde bucal nas medidas apresentadas para a
2542 política de saúde quilombola, lembrando que os dados da pesquisa SB Brasil 2022 revelam
2543 grandes desigualdades raciais no acesso à saúde bucal. Ressaltou ainda que as distâncias
2544 médias entre quilombos e unidades de saúde podem ser ainda maiores do que os dados
2545 indicam e defendeu que os conselhos estaduais e municipais de saúde e as comissões
2546 intergestores incorporem permanentemente essa pauta. Conselheira **Maria Eufrásia de**
2547 **Oliveira Lima** informou que a ouvidoria Geral do SUS já realiza visitas a territórios e relatou
2548 experiência recente no Baixo Tocantins, onde equipes percorreram comunidades ribeirinhas e
2549 unidades de saúde fluviais. Colocou a Ouvidoria à disposição para participar de visitas a
2550 comunidades quilombolas, inclusive nos territórios mais distantes, com o objetivo de ouvir a
2551 população, coletar informações e produzir relatórios que possam subsidiar as secretarias do
2552 Ministério da Saúde. Também reconheceu que muitas comunidades não possuem telefone ou
2553 acesso à internet, o que reforça a importância de ações presenciais de escuta e levantamento
2554 de demandas. Conselheira **Eliane Aparecida da Cruz** iniciou sua manifestação destacando
2555 que a criação do Ministério dos Povos Originários e do Ministério da Igualdade Racial, no
2556 âmbito do governo do Luiz Inácio Lula da Silva, representa um marco importante para o
2557 fortalecimento do debate sobre antirracismo e valorização da ancestralidade no país. Nesse
2558 sentido, enfatizou a necessidade de que o enfrentamento ao racismo seja assumido como uma
2559 agenda permanente no âmbito das políticas públicas de saúde. Ressaltou, ainda, que, embora
2560 existam iniciativas voltadas ao fortalecimento das equipes de Saúde da Família nos territórios
2561 quilombolas, permanece uma lacuna significativa na incorporação dessa pauta nos conselhos
2562 de saúde, sobretudo nos municípios que possuem comunidades quilombolas, indicando
2563 fragilidade na atuação do controle social nesses territórios. Reafirmou o compromisso do
2564 Ministério da Saúde com a ampliação das equipes e dos recursos destinados à atenção à
2565 saúde da população quilombola, destacando que a implementação das políticas deve ocorrer
2566 de forma articulada entre os entes federativos, no âmbito da gestão tripartite. Por fim, informou
2567 que o Ministério da Saúde estava encaminhando a instalação do Comitê Técnico de Saúde da
2568 População Negra, com previsão de efetivação ainda no curto prazo e ressaltou a importância
2569 da participação dos movimentos sociais nesse espaço como forma de fortalecer o debate e a
2570 formulação de políticas voltadas à equidade em saúde. Conselheira **Lucimary Santos Pinto**
2571 iniciou sua fala situando-se como mulher negra, nordestina e oriunda do estado do Maranhão,
2572 destacando que este concentra o maior número de comunidades quilombolas do país. A partir
2573 dessa referência territorial, evidenciou a magnitude da população quilombola e apontou que
2574 muitas dessas comunidades vivem em contextos de conflito fundiário, envolvendo disputas
2575 com fazendeiros, empresas e o próprio Estado, com destaque para a situação do município de
2576 Alcântara, onde a presença da base de lançamento de foguetes tem impactado diretamente as
2577 comunidades locais. Em sua análise, destacou a importância de valorização dos saberes

2578 tradicionais de cuidado e cura, especialmente diante da ausência do Estado em diversos
2579 territórios, enfatizando que tais práticas têm sido fundamentais para a sobrevivência e o
2580 cuidado em saúde dessas populações. Ademais, defendeu a urgência na implementação da
2581 política de saúde da população quilombola, com especial atenção à ampliação do acesso aos
2582 serviços, inclusive por meio de estratégias como transporte sanitário ou unidades móveis,
2583 capazes de reduzir barreiras geográficas e melhorar o acesso ao cuidado. Ao final, manifestou
2584 solidariedade às lideranças quilombolas e reforçou a necessidade de respostas concretas do
2585 poder público frente às demandas apresentadas. Concluídas as falas, a coordenação retornou
2586 a palavra à mesa para comentários. O diretor/MS, **José Eudes Barroso Vieira**, agradeceu o
2587 debate realizado e ressaltou que uma das características do atual governo tem sido a retomada
2588 do diálogo com a sociedade e com os gestores, buscando aperfeiçoar continuamente as
2589 políticas públicas. Em resposta aos questionamentos apresentados, explicou que não existem
2590 entaves burocráticos relevantes para que os municípios solicitem os incentivos previstos na
2591 portaria voltada às equipes que atuam em territórios quilombolas, tais como custeio de
2592 embarcações, veículos, pontos de apoio e ampliação de profissionais. Informou que a definição
2593 dos municípios elegíveis partiu do reconhecimento de quilombos pela Fundação Cultural
2594 Palmares, mas ressaltou que a adesão depende diretamente dos gestores locais. Destacou
2595 que a Coordenação-Geral de Atenção à População Negra vem realizando trabalho de
2596 sensibilização e orientação junto aos secretários municipais, coordenadores da atenção
2597 primária e referências técnicas de saúde da população negra, inclusive em diálogo com o
2598 CONASEMS, para ampliar a adesão dos municípios e alcançar a implementação das políticas
2599 em todos os territórios quilombolas. Também explicou que a retomada das equipes
2600 multiprofissionais ocorreu no atual governo, após a extinção dos incentivos às antigas equipes
2601 do NASF em 2020. Ressaltou que a estratégia das equipes multiprofissionais é fundamental
2602 para garantir cuidado integral, equânime e adequado às populações quilombolas, superando
2603 modelos centrados apenas em médicos e enfermeiros. Defendeu a importância de agregar
2604 diferentes saberes ao cuidado em saúde, com participação de profissionais de distintas áreas
2605 (equipe Emulti), para atender às especificidades de cada território. Ao tratar da articulação
2606 intersetorial, destacou o Programa Aquilomba Brasil como principal espaço de integração entre
2607 ministérios para discutir regularização fundiária, infraestrutura, saneamento, transporte, energia
2608 elétrica, conectividade e demais condições de vida digna nos territórios quilombolas. Informou
2609 que o Ministério da Saúde participa do grupo de trabalho do programa e acompanha as ações
2610 desenvolvidas por diferentes áreas do governo para garantir melhorias concretas às
2611 comunidades. Acrescentou que existem outras iniciativas do Ministério da Saúde voltadas à
2612 população quilombola, incluindo ações relacionadas à doença falciforme, à pessoa com
2613 deficiência, às práticas integrativas e ao reconhecimento de saberes tradicionais, indígenas e
2614 ancestrais das comunidades negras. Comprometeu-se, ainda, a encaminhar posteriormente
2615 documento mais detalhado ao CNS, em razão do tempo reduzido da apresentação. Na
2616 sequência, a Coordenadora Executiva da CONAQ, **Sandra Maria da Silva Andrade**, afirmou
2617 que seu principal objetivo era obter do CNS um compromisso concreto quanto à votação da
2618 política nacional de atenção integral à saúde da população quilombola. Reconheceu a
2619 importância das apresentações e das ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, mas
2620 enfatizou que sua luta se concentrava na aprovação formal da política pelo Conselho.
2621 Argumentou que os municípios, em geral, não possuem interesse em ampliar despesas sem
2622 que exista destinação orçamentária específica e, por isso, avaliou que a aprovação da política
2623 é fundamental para garantir financiamento e implementação efetiva nos territórios. Insistiu na
2624 necessidade de definição de prazo para votação da proposta, afirmando que a população
2625 quilombola não poderia continuar aguardando indefinidamente enquanto segue morrendo e
2626 enfrentando violações de direitos. Também ressaltou que a construção da política já havia
2627 ocorrido de forma coletiva, com participação do próprio Conselho Nacional de Saúde, e que,
2628 por essa razão, não haveria justificativa para adiar sua apreciação. Conselheiro **Thiago**
2629 **Soares**, coordenador da CIPPE/CNS, agradeceu à Mesa Diretora e ao Plenário pela realização
2630 do debate, que considerou potente e representativo da importância do tema. Afirmou que a
2631 grande mobilização em torno da pauta demonstrava a força da discussão e reforçou o
2632 compromisso da CIPPE em continuar cobrando, pautando e fortalecendo a defesa dos direitos
2633 das comunidades quilombolas, negras e tradicionais de terreiro. Também destacou a atuação
2634 da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde e reafirmou a necessidade de
2635 estabelecer prazos concretos para apreciação da política nacional de saúde da população
2636 quilombola. Por fim, ressaltou a importância da ancestralidade, dos terreiros e das tradições de
2637 matriz africana como parte da resistência e da luta política da população negra. Seguindo, a

2638 coordenação fez a leitura dos encaminhamentos oriundos do debate: **a)** encaminhar para a
2639 Comissão Intersectorial de Políticas de Promoção da Equidade - CIPPE a discussão sobre a
2640 proposta de criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola -
2641 PNASQ/SUS, para posterior envio à Mesa Diretora do CNS e deliberação na reunião ordinária
2642 do CNS; **b)** recomendar à Mesa Diretora do CNS a criação de missões institucionais aos
2643 territórios quilombolas, nos moldes das experiências já desenvolvidas em outras comissões do
2644 CNS, com definição de prioridades, visitas técnicas, elaboração de relatórios, devolutiva ao
2645 Plenário e monitoramento periódico dos resultados; **c)** cobrar do Ministério da Saúde, do
2646 CONASS e do CONASEMS ações coordenadas para induzir a implementação da política de
2647 saúde da população quilombola nos territórios, com especial atenção à adesão dos municípios
2648 aos incentivos já previstos em portaria para equipes de saúde da família, transporte,
2649 embarcações, veículos e ampliação de profissionais; **d)** provocar e mobilizar os Conselhos
2650 Estaduais e Municipais de Saúde para que debatam permanentemente a saúde da população
2651 quilombola, aprovando resoluções, recomendações e planos de acompanhamento da
2652 implementação da política em seus respectivos territórios; **e)** encaminhar à Mesa Diretora a
2653 avaliação da possibilidade de realizar uma reunião do CNS em um quilombo; **f)** fortalecer e
2654 valorizar o programa Afirmar SUS, reconhecendo sua importância como incentivo aos
2655 estudantes; **g)** ampliar e estruturar a presença da atenção primária em comunidades isoladas,
2656 com equipes de saúde da família e atendimento regular; **h)** melhorar a articulação entre
2657 diferentes políticas públicas (saúde, educação, infraestrutura e transporte) para assegurar
2658 atendimento integral às comunidades; **i)** enfrentar e discutir o racismo institucional no sistema
2659 de saúde; **j)** expandir e consolidar iniciativas de saúde digital em comunidades quilombolas e
2660 tradicionais, tomando experiências exitosas como referência para outros estados; **k)** reforçar,
2661 junto ao Ministério da Saúde, a necessidade de uma abordagem multiprofissional no cuidado à
2662 população quilombola, superando perspectivas médico-centradas e garantindo a inclusão e
2663 financiamento efetivo para a promoção do inserção destes profissionais na atuação de
2664 profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais,
2665 farmacêuticos, fonoaudiólogos, nutricionistas e outros previstos nas equipes multiprofissionais;
2666 **l)** estimular e mobilizar os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para promover o debate
2667 e atuação enquanto controle social sobre a pauta da saúde da população quilombola; **m)**
2668 solicitar ao Ministério da Saúde a programação das Carretas do Agora Tem Especialistas nos
2669 Quilombos; **n)** realizar reunião entre CIPPE/CNS e CISI/CNS para troca de experiências sobre
2670 as missões aos territórios; e **o)** incluir o debate antirracismo como agenda permanente do
2671 CNS. **Deliberação: os encaminhamentos foram aprovados, por unanimidade. Essas**
2672 **propostas serão enviadas à Mesa Diretora do CNS e à CIPPE/CNS para providências.**
2673 Com essa deliberação, a coordenação da mesa agradeceu a presença das pessoas
2674 convidadas e o Pleno e encerrou o ponto de pauta. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL**
2675 **DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Resolução que dispõe sobre as**
2676 **Diretrizes para o estabelecimento de prioridades em saúde para 2027. Apresentação:**
2677 **Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS; e conselheiro **Mauri Bezerra dos**
2678 **Santos**, coordenador da COFIN. *Coordenação:* conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**,
2679 integrante da Mesa Diretora do CNS e coordenador adjunto da COFIN/CNS; e conselheira
2680 **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, integrante da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheiro
2681 **Getúlio Vargas de Moura** informou que a pauta trataria da minuta de resolução sobre as
2682 diretrizes para o estabelecimento de prioridades em saúde para 2027, destacando que se
2683 tratava de matéria que precisava ser deliberada naquela reunião em razão do prazo legal para
2684 encaminhamento ao Governo Federal. Ressaltou que os documentos haviam sido enviados
2685 previamente ao pleno, em conformidade com o prazo regimental, permitindo que a reunião se
2686 concentrasse mais diretamente no processo deliberativo. Também informou que a COFIN
2687 iniciaria um processo de reuniões itinerantes e seminários macrorregionais, com atividades
2688 previstas inicialmente no Piauí, Sergipe e Alagoas, cujos resultados seriam posteriormente
2689 apresentados ao Pleno do Conselho. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** fez uma
2690 saudação ao Plenário e, de imediato, passou a palavra para apresentação da minuta. O
2691 assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia** contextualizou que a deliberação sobre as
2692 diretrizes para o estabelecimento de prioridades em saúde decorre da competência atribuída
2693 aos conselhos de saúde pela Lei Complementar nº 141/2012. Explicou que tais diretrizes
2694 orientam a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias e, conseqüentemente, influenciam a
2695 construção da Programação Anual de Saúde e da Lei Orçamentária Anual da União. Ressaltou
2696 que o CNS precisava deliberar sobre o tema antes do prazo de encaminhamento do Projeto de
2697 Lei de Diretrizes Orçamentárias ao Congresso Nacional, previsto para meados de abril.

2698 Destacou ainda que as prioridades propostas para 2027 mantinham relação direta com as
2699 diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde e com o Plano Nacional de Saúde
2700 2024-2027. Nesse sentido, explicou que não seria possível aprovar prioridades dissociadas das
2701 deliberações já construídas pelo CNS nos anos anteriores, razão pela qual a minuta
2702 apresentada representava uma continuidade do processo já consolidado de planejamento do
2703 SUS. Ressaltou, ainda, que as prioridades aprovadas pelo CNS serviriam de base para a
2704 Programação Anual de Saúde de 2027, tal como ocorreu nos anos anteriores. Feitas essas
2705 considerações, apresentou a minuta de resolução, com comentários sobre os considerandos e
2706 detalhamento dos artigos. No texto, o CNS resolve: Art. 1º Aprovar as seguintes diretrizes
2707 referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde para integrar
2708 a Programação Anual de Saúde, o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Projeto de
2709 Lei Orçamentária da União para 2027, que estão em conformidade com as diretrizes aprovadas
2710 na 17ª Conferência Nacional de Saúde, nos termos da Resolução nº 719, de 17 de agosto de
2711 2023. Art. 2º A programação orçamentária e financeira do Ministério da Saúde para 2027
2712 deverá alocar recursos adequados e suficientes para o conjunto das ações e serviços de
2713 saúde, de modo a cumprir os dispositivos constitucionais da universalidade, integralidade,
2714 equidade e financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde - SUS. Parágrafo Único. A
2715 programação indicada no caput deverá constar do Projeto de Lei Orçamentária da União para
2716 2027 a ser encaminhado para o Congresso Nacional até 31 de agosto de 2026 e deverá ser
2717 previamente submetida para análise e deliberação do Conselho Nacional de Saúde, em
2718 respeito ao dispositivo constitucional da participação da comunidade na gestão do SUS e aos
2719 dispositivos da Lei 8.080/1990, da Lei 8.142/90 e da Lei Complementar nº 141/2012. Art. 3º
2720 Para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde que
2721 integrarão a Programação Anual de Saúde e o Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias da
2722 União para 2027, o Ministério da Saúde deverá observar as seguintes diretrizes: I – A
2723 programação orçamentária e financeira do Ministério da Saúde deve alocar recursos
2724 compatíveis com a mudança do modelo de atenção à saúde para organizar uma rede de
2725 cuidados de saúde da população ancorada numa atenção básica forte e resolutiva, de modo a
2726 cumprir os princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, gratuidade, integralidade,
2727 equidade, descentralização e participação da comunidade no SUS. II - Investir todo o
2728 orçamento da saúde em prol da consolidação do SUS universal, com integralidade e equidade,
2729 e de qualidade, mediante o financiamento suficiente para esse fim, incluindo tanto os valores
2730 transferidos para os Estados, Distrito Federal e Municípios oriundos de emendas
2731 parlamentares nos termos das normas legais e infralegais (em especial da Resolução nº 798,
2732 de 11 de dezembro de 2025, e da Recomendação nº 018, de 11 de dezembro de 2025, do
2733 Conselho Nacional de Saúde), como os valores das transferências regulares e automáticas,
2734 fundo a fundo, da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios conforme critérios,
2735 modalidades e categorias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e deliberadas pelo
2736 Conselho Nacional de Saúde nos termos do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, e em
2737 obediência aos respectivos Planos de Saúde de cada esfera de governo, para promover a: a)
2738 otimização da aplicação dos recursos públicos já destinados, especialmente, pela
2739 disponibilização integral e tempestiva de recursos e a ausência de contingenciamento
2740 orçamentário e financeiro de dotações do Ministério da Saúde na Lei Orçamentária de 2027,
2741 bem como da ausência de limite de pagamento para os restos a pagar inscritos e reinscritos
2742 para execução financeira em 2027; b) alocação de recursos suficientes para uma mudança de
2743 modelo de atenção à saúde, que fortaleça a atenção básica como responsável sanitária para
2744 uma população territorialmente referenciada, fazendo com que seja a principal porta de entrada
2745 ao SUS e a ordenadora dos cuidados de saúde nas redes de atenção sob gestão pública
2746 federal, estadual e municipal; c) priorização da alocação de recursos orçamentários e
2747 financeiros públicos de saúde para o fortalecimento e ampliação das unidades próprias de
2748 prestação de serviço no âmbito do SUS, de gestão e gerência estatal, especialmente em
2749 relação aos investimentos necessários no âmbito do Programa Agora Tem Especialista para
2750 cumprir a Recomendação nº 10, de 06 de agosto de 2025, do Conselho Nacional de Saúde, e
2751 para a ampliação da Atenção Primária à Saúde, valorizando o atendimento de qualidade à
2752 população usuária e às trabalhadoras e aos trabalhadores do SUS; d) criação de dotação
2753 orçamentária específica para a aplicação, adicional ao mínimo exigido para ações e serviços
2754 públicos de saúde em 2027, tanto dos valores totais de Restos a Pagar cancelados em 2026 e
2755 dos ainda pendentes de compensação cancelados desde 2012, como das despesas
2756 financiadas com recursos do pré-sal; e) garantia da fixação e da intensificação do processo de
2757 interiorização dos profissionais de saúde, principalmente na Região Norte e interior do país,

2758 nas áreas periféricas das regiões metropolitanas, nas áreas rurais e de difícil acesso do
2759 território nacional, mediante alocação adequada e suficiente de recursos orçamentários e
2760 financeiros em processo continuado de melhoria de qualidade, com estímulo e valorização da
2761 força de trabalho do SUS (incluindo os residentes em saúde) e formulação e implantação do
2762 Plano Nacional de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, incluindo a criação do Fundo Nacional
2763 Tripartite do Trabalho do SUS (FUNTRAB/SUS) para Financiamento da Carreira-SUS, nos
2764 termos das diretrizes nacionais para a estruturação, pactuação, implementação, financiamento
2765 e acompanhamento da Carreira Única Interfederativa do SUS, cuja Resolução (decorrente do
2766 Protocolo nº 012/2025 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de
2767 Saúde) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde na reunião realizada nos dias 28 e 29
2768 de janeiro de 2026; f) aprimoramento dos critérios de rateio de recursos para transferência do
2769 Fundo Nacional de Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios, com destaque para
2770 evitar a regressão de recursos decorrente da adoção de critérios que privilegiam o
2771 financiamento da atenção à saúde pelo número de usuários cadastrados nos municípios e por
2772 algum índice de utilização dos equipamentos e serviços na rede do SUS, de modo a cumprir o
2773 caput do artigo 17 da Lei Complementar nº 141/2012, que estabelece a competência do
2774 Conselho Nacional de Saúde para analisar e deliberar sobre os critérios de rateio pactuados na
2775 Comissão Intergestores Tripartite, bem como a alocação de recursos adicionais ao piso federal
2776 da saúde para a implementação das transferências regulares e automáticas, fundo a fundo,
2777 segundo novos critérios deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde, para evitar que essa
2778 mudança implique em redução de valores transferidos para alguns Entes como forma de
2779 compensação do aumento que outros venham a ter; III - Ampliar a pactuação do saneamento
2780 básico e saúde ambiental, que possibilite um melhor enfrentamento de endemias tais como as
2781 arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya, Febre Amarela, etc.) e o tratamento adequado dos
2782 resíduos sólidos, dando a devida prioridade político-orçamentária, para a promoção da saúde e
2783 redução de doenças e agravos e das desigualdades sociais; IV - Garantir recursos
2784 orçamentários e financeiros adequados e suficientes para além das regras constitucionalmente
2785 fixadas, de modo a impedir que, em 2027, em termos de valores reais (atualizados pelo
2786 IPCA/IBGE) total, per capita ou como proporção da receita corrente líquida da União, o valor
2787 total da aplicação em ações e serviços públicos de saúde seja menor que a média dos valores
2788 empenhados em 2020 e 2021, adotando o que for maior, bem como para o cumprimento de
2789 outras diretrizes estabelecidas nesta Resolução, acrescidos da taxa anual média de
2790 crescimento da população idosa no período 2011-2019 (segundo dados do IBGE) e da taxa
2791 anual média de crescimento da renúncia de receita vinculada à Função Orçamentária “10-
2792 Saúde” no mesmo período (segundo dados apresentados nos anexos da Lei de Diretrizes
2793 Orçamentárias), nos termos estabelecidos pela 17ª Conferência Nacional de Saúde; V –
2794 Garantir a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros adequados e suficientes
2795 para a plena execução do Programa Nacional de Imunização em 2027 e 2028, bem como da
2796 incorporação de novas tecnologias para a prevenção e tratamento de todas as doenças
2797 conhecidas e passíveis de intervenções no tempo certo, de acordo com o planejamento
2798 estabelecido pelas autoridades sanitárias do SUS, inclusive internacionais. VI – Priorizar a
2799 ampliação, fortalecimento e estruturação da Rede de Conselhos de Saúde, incluindo os
2800 Conselhos Locais de Saúde, conforme deliberação do Conselho Nacional de Saúde na
2801 Resolução 714, de 02 de julho de 2023. VII – Fortalecer as ações de controle no âmbito do
2802 SUS, de modo a auditar, monitorar e fiscalizar a correta aplicação dos recursos aplicados
2803 diretamente pelo Ministério da Saúde e pelos outros ministérios que executam recursos do
2804 Ministério da Saúde, bem como os transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos
2805 Estaduais e Municipais de Saúde, de modo a garantir o atendimento às necessidades de saúde
2806 da população durante a execução orçamentária de 2027, nos termos da 17ª Conferência
2807 Nacional de Saúde. VIII - Contribuir com as políticas públicas voltadas para a erradicação da
2808 extrema pobreza e da fome no País; IX – Viabilizar com as demais áreas do Governo Federal a
2809 instituição do Orçamento Participativo Nacional (OPN), conforme recomendação do Conselho
2810 Nacional de Participação Social, de 12 de fevereiro de 2025, e, nessa perspectiva, articular
2811 esse processo de forma conjunta com o Conselho Nacional de Saúde, bem como, dar
2812 conhecimento aos participantes do OPN das diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional
2813 de Saúde. Art. 4º O Ministério da Saúde, em observância ao disposto nos artigos 1º e 2º,
2814 deverá atender também para o estabelecimento das prioridades para 2027 outros dispositivos
2815 que integram as diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, presentes na
2816 Resolução nº 719 do Conselho Nacional de Saúde, de 17 de agosto de 2023, bem como os
2817 princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade e participação da

2818 comunidade no SUS. Concluída a apresentação, o coordenador adjunto da COFIN/CNS,
2819 destacou que a inclusão da proposta de implementação da Carreira Única do SUS) nas
2820 diretrizes prioritárias para o orçamento de 2027 representa um avanço significativo, ainda que
2821 decorrente de uma reivindicação histórica de mais de duas décadas. Ressaltou que a iniciativa
2822 resulta de um trabalho articulado entre a CIRTES e a COFIN, com base em protocolo oriundo
2823 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, aprovado pelo CNS em janeiro.
2824 Enfatizou que a incorporação dessa proposta no rol de prioridades da Programação Anual de
2825 Saúde sinaliza um novo patamar para a organização do serviço público e para a valorização
2826 dos trabalhadores do SUS. Informou, ainda, que há expectativa de formalização da medida por
2827 meio de assinatura ministerial, o que, em sua avaliação, constituirá passo decisivo para a
2828 efetiva implementação da carreira única. Adicionalmente, destacou a importância de assegurar
2829 a previsão orçamentária necessária para viabilizar essa política, conforme indicado nas
2830 recomendações apresentadas, de modo a garantir sua execução concreta. Por fim, defendeu
2831 que o Conselho acompanhe e debata a proposta previamente ao seu encaminhamento ao
2832 Congresso Nacional, em consonância com as disposições legais vigentes, expressando
2833 satisfação com a aprovação da minuta e com a perspectiva de avanço na institucionalização da
2834 Carreira Única do SUS. Conselheira **Carmem Ferreira Santiago** parabenizou a COFIN pela
2835 transparência do texto apresentado e pela forma como a minuta conseguiu sintetizar diversos
2836 documentos e referências em uma narrativa compreensível ao Pleno. Avaliou que a redação
2837 dos artigos contribuiu para tornar mais evidente o papel do CNS na deliberação sobre as
2838 prioridades orçamentárias. Também destacou a importância da fala do coordenador Mauri
2839 Bezerra sobre a carreira do SUS, entendendo que a resolução representava um passo
2840 concreto para transformar uma luta histórica em política efetiva. Ressaltou, ainda, que a
2841 valorização dos planos de cargos, carreiras e salários constitui uma das principais
2842 reivindicações das pessoas trabalhadoras do serviço público. Ao final, manifestou apoio
2843 integral à aprovação do documento. Conselheiro **Anselmo Dantas** também parabenizou a
2844 COFIN pela inclusão, na resolução, de referências ao financiamento da carreira do SUS.
2845 Avaliou que a carreira constitui instrumento fundamental para o enfrentamento da precarização
2846 e das terceirizações no âmbito do sistema, ressaltando que essa luta remonta à própria
2847 regulamentação do SUS, a partir da Lei nº 8.142/1990. Sustentou que a carreira do SUS é
2848 estratégica para garantir a continuidade de um modelo de Estado participativo, democrático,
2849 descentralizado e presente em todo o território nacional. Também destacou positivamente a
2850 menção ao orçamento participativo nacional e ao Programa Nacional de Imunizações,
2851 ressaltando que o Conselho não poderia permitir a repetição das dificuldades verificadas
2852 durante a pandemia. Além disso, enfatizou a importância de a resolução retomar as diretrizes
2853 da 17ª Conferência Nacional de Saúde, por entender que a democracia e a implementação das
2854 deliberações do SUS dependem de financiamento adequado. Após as manifestações, a
2855 coordenação da mesa submeteu a resolução à votação. **Deliberação: a resolução que**
2856 **dispõe sobre as Diretrizes para o estabelecimento de prioridades em saúde para 2027 foi**
2857 **aprovada, por unanimidade.** No retorno da mesa, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**
2858 reforçou que as próximas reuniões da COFIN ocorreriam de forma itinerante, articuladas a
2859 seminários macrorregionais. Informou que a primeira atividade seria realizada em Teresina,
2860 entre os dias 24 e 26 de março, sendo os dois primeiros dias destinados ao seminário e o
2861 último à reunião ordinária da comissão. Também informou que, no mês seguinte, a atividade
2862 ocorreria em Aracaju, Sergipe, e posteriormente em Curitiba, no Paraná, como parte do
2863 calendário inicial das oficinas macrorregionais. Por fim, orientou os conselheiros e as
2864 conselheiras a mobilizarem suas redes regionais para participação nessas atividades. Após
2865 essa deliberação, a mesa encerrou, de imediato, a manhã do segundo dia de reunião, por
2866 conta do avançado da hora. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras: *Titulares*
2867 - **Abraão Nunes da Silva**, Central de Movimentos Populares (CMP); **Anselmo Dantas**,
2868 Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Sílvia Ferreira Santiago**, Central
2869 Única dos Trabalhadores – CUT; **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS);
2870 **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Derivan**
2871 **Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dilce**
2872 **Abgail Rodrigues Pereira**, União Brasileira de Mulheres (UBM); **Francisca Valda da Silva**,
2873 Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**,
2874 Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**,
2875 Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede
2876 Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do**
2877 **Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos**

2878 **Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Aníbal Vieira**
2879 **Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Fernando Corrêa Silva**,
2880 Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação
2881 Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação
2882 Brasileira de Autismo (ABRA); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos
2883 Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**,
2884 Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto**
2885 **Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil;
2886 **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados,
2887 Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**,
2888 Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rosa Maria**
2889 **Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**,
2890 Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência
2891 Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de
2892 Farmácia – CFF; e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE).
2893 *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus,
2894 Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Andrea Cristina Pavei Soares**,
2895 Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA);
2896 **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
2897 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila Francisco de Lima**, Articulação Nacional de
2898 Luta Contra AIDS (ANAIDS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para
2899 o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de
2900 Educação Física (CONFEF); **Cleonice Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores (UGT);
2901 **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
2902 (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
2903 Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Haroldo Jorge**
2904 **de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo de**
2905 **Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura
2906 Familiar do Brasil (CONTRAF); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes
2907 Juvenil (ADJ); **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde (MS); **Madson**
2908 **Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Maria Eufrásia de Oliveira**
2909 **Lima**, Ministério da Saúde (MS); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
2910 Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego**,
2911 Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação
2912 Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); **Michele Seixas de Oliveira**,
2913 Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Neide Barros da Silva**, Movimento Brasileiro de Luta
2914 Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de Educação
2915 Médica (ABEM); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**, Sindicato dos Servidores de Ciência,
2916 Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN); **Pérola Nazaré de Souza**
2917 **Ferreira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Sarlene Moreira da Silva**,
2918 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; e **Thiago Soares**
2919 **Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde – RENAFRO. **ITEM 9 –**
2920 **SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE NO BRASIL E AS ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES DE**
2921 **CUMPRIR A META DE ELIMINAÇÃO ATÉ 2030 - Apresentação:** **Ezio Távora**, Articulação
2922 Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART-TB; **Fernanda Dockhorn Costa**
2923 **Johansen**, Coordenadora-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e
2924 Micobactérias não Tuberculosas - CGTM/DATHI/SVSA/MS; **Margareth Dalcolmo**, integrante
2925 titular da Academia Nacional de Medicina – ANM; e conselheiro **Carlos Alberto Duarte**,
2926 representante da ART-TB no CNS. *Coordenação:* conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**,
2927 da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS.
2928 Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**, representante da ART-TB no CNS, iniciou agradecendo a
2929 pauta e saudando as pessoas convidadas. Ressaltou a importância de inserir o tema da
2930 tuberculose na pauta do Conselho, considerando a gravidade epidemiológica da doença e a
2931 necessidade de ampliar a visibilidade do tema no âmbito das políticas públicas de saúde.
2932 Relatou ter sido afetado pela tuberculose em duas ocasiões, destacando a relevância de
2933 incorporar a experiência das pessoas diretamente atingidas pela doença no debate sobre
2934 prevenção, diagnóstico, tratamento e cura. Nas suas palavras, discutir a situação da
2935 tuberculose no Brasil constitui uma forma de enfrentar o apagamento histórico da doença, bem
2936 como a ausência de prioridade estatal diante de uma enfermidade que permanece como a
2937 principal causa de morte por doença infecciosa no Brasil e no mundo. Ressaltou que a

2938 população, de maneira geral, desconhece a magnitude da epidemia e as condições
2939 vivenciadas pelas pessoas afetadas, que enfrentam não apenas a doença, mas também
2940 estigma, preconceito e negligência institucional. Também enfatizou a importância de o debate
2941 ocorrer no mês de março, em referência ao Dia Mundial de Enfrentamento da Tuberculose,
2942 celebrado em 24 de março, como forma de fortalecer a disseminação de informações,
2943 campanhas públicas e estratégias de conscientização voltadas à ampliação do cuidado e do
2944 acesso ao tratamento. Por fim, lembrou que o CNS aprovou, em março de 2023, a Resolução
2945 CNS nº 709/2023, construída no âmbito da Comissão Intersectorial de Saúde das Pessoas com
2946 Patologias - CIASPP e de forma articulada com outros sujeitos e instâncias do controle social.
2947 Destacou que a resolução permanece atual e relevante, mas demanda acompanhamento
2948 sistemático por parte do CNS, especialmente em articulação com a comissão de pessoas com
2949 patologias, com a Comissão de Atenção Básica e com a Comissão Intersectorial de Vigilância
2950 em Saúde a fim de assegurar a efetivação das propostas já deliberadas pelo Conselho. A
2951 seguir, a coordenação abriu para as exposições, com leitura de cada um dos currículos das
2952 pessoas convidadas. A coordenadora-geral/CGTM/DATHI/SVSA/MS, **Fernanda Dockhorn**
2953 **Costa Johansen**, agradeceu ao Conselho pela oportunidade de debater o tema da
2954 tuberculose, ressaltando a importância de a discussão ocorrer em alusão ao Dia Mundial de
2955 Enfrentamento da Tuberculose, celebrado em 24 de março. Destacou que o debate possui
2956 grande relevância em razão do potencial de repercussão nos estados e municípios e do
2957 impacto das deliberações no fortalecimento das ações de enfrentamento à doença. Em sua
2958 apresentação, focou no panorama epidemiológico da tuberculose. Informou que a tuberculose
2959 foi fortemente impactada pela pandemia de COVID-19, período em que houve redução
2960 importante do diagnóstico da doença em razão de múltiplos fatores, entre eles a diminuição da
2961 procura pelos serviços de saúde, as dificuldades relacionadas à identificação dos sintomas
2962 respiratórios e a reorganização do sistema de saúde para responder à pandemia. Explicou,
2963 contudo, que o sistema de saúde demonstrou resiliência após esse período, ampliando a
2964 capacidade de diagnóstico, embora o contexto de transmissão tenha se agravado em razão do
2965 isolamento domiciliar e do aumento do número de pessoas doentes sem tratamento, o que
2966 favoreceu a disseminação da doença. Informou que, em 2025, o país alcançou
2967 aproximadamente 85 mil casos de tuberculose, representando aumento superior a 10 mil casos
2968 em relação aos anos anteriores e crescimento de cerca de 21% no período compreendido
2969 entre 2020 e 2025. Ressaltou que a população mais afetada é composta majoritariamente por
2970 homens, pessoas pretas e pardas, com baixa escolaridade e em idade produtiva,
2971 especialmente entre 20 e 34 anos, evidenciando o caráter socialmente determinado da doença.
2972 Também apresentou dados sobre a distribuição territorial da tuberculose, destacando que
2973 Amazonas, Rio de Janeiro e Pará apresentam as maiores incidências, enquanto São Paulo,
2974 Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul concentram o maior número absoluto de casos. Em
2975 relação à mortalidade, informou que o país registrou mais de 6 mil óbitos em 2024, com
2976 aumento expressivo do coeficiente de mortalidade desde 2020, demonstrando que o
2977 diagnóstico ainda ocorre de forma tardia. Indicou que Amazonas, Pernambuco e Rio de Janeiro
2978 apresentam os maiores coeficientes de mortalidade, enquanto São Paulo, Rio de Janeiro e
2979 Pernambuco concentram o maior número absoluto de mortes. Observou que o cenário de cura
2980 da tuberculose também se agravou, tendo o país alcançado índices de cura de
2981 aproximadamente 65% a 66% em 2024, concomitantemente ao aumento da interrupção do
2982 tratamento. Ressaltou que o abandono do tratamento produz impactos importantes, tanto para
2983 a pessoa acometida, pelo aumento do risco de morte e de sequelas, quanto para a
2984 coletividade, em razão da ampliação da transmissão e do aumento dos casos de tuberculose
2985 resistente aos medicamentos. Enfatizou, ainda, a elevada incidência da coinfeção
2986 tuberculose-HIV, destacando o crescimento do número de casos após a pandemia. Nesse
2987 contexto, ressaltou a incorporação de novas tecnologias para diagnóstico, como o teste urinário
2988 LF-LAM para pessoas com HIV e imunossupressão, especialmente aquelas com contagem de
2989 CD4 inferior a 100, medida que deverá contribuir para diagnósticos mais precoces e redução
2990 de óbitos. Também identificou como populações mais afetadas pela tuberculose as pessoas
2991 privadas de liberdade, a população em situação de rua, os povos indígenas e os migrantes. No
2992 tocante ao diagnóstico, destacou que o país ampliou significativamente a realização de
2993 exames, tendo sido realizados mais de 700 mil testes rápidos para tuberculose em 2025,
2994 número superior ao registrado em 2024. Apesar desse avanço, ressaltou a necessidade de
2995 ampliar o acesso ao diagnóstico oportuno, sobretudo para as populações em situação de maior
2996 vulnerabilidade. Também enfatizou a importância das estratégias de prevenção, informando
2997 que houve crescimento de aproximadamente 300% das ações preventivas desde 2020,

2998 especialmente mediante a adoção de esquemas terapêuticos mais curtos, com doze doses
2999 semanais, voltados principalmente a pessoas em contato com casos de tuberculose e pessoas
3000 vivendo com HIV/AIDS. Embora tenha reconhecido os avanços, defendeu a necessidade de
3001 intensificar ainda mais as ações de prevenção e rastreamento. Ao tratar do Plano Brasil Livre
3002 da Tuberculose, informou que a iniciativa foi inicialmente concebida para eliminação da doença
3003 até 2035, mas que, posteriormente, o Governo Federal assumiu o compromisso de antecipar
3004 essa meta para 2030. Explicou que o plano foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite,
3005 possui portaria específica e encontra-se em fase de atualização e apresentação. Segundo
3006 relatou, o plano foi construído de forma participativa, envolvendo o Ministério da Saúde,
3007 CONASS, CONASEMS, academia, sociedade civil, a ART-TB e grupos técnicos da vigilância
3008 em saúde e da atenção primária. Destacou que a estratégia central do plano está organizada
3009 em torno de uma tríade composta pelos eixos “integrar, priorizar e inovar”. Nesse sentido,
3010 defendeu a integração entre os diversos níveis da rede de atenção à saúde, a articulação com
3011 o Sistema Único de Assistência Social - SUAS, a priorização de ações voltadas às populações
3012 em situação de maior vulnerabilidade e o estímulo a iniciativas inovadoras, inclusive de baixo
3013 custo, capazes de produzir impactos significativos nos territórios. Informou ainda que o plano
3014 contará com painel epidemiológico para acompanhamento dos indicadores, incluindo
3015 ranqueamento dos estados e municípios, de modo a subsidiar os gestores na definição de
3016 estratégias mais efetivas. Ressaltou também a inclusão de meta relacionada ao custo
3017 catastrófico da tuberculose, considerando pesquisa nacional que demonstrou que 48% das
3018 famílias afetadas pela doença perdem mais de 20% da renda em razão do adoecimento.
3019 Finalizando, destacou a importância da participação social na formulação das políticas de
3020 enfrentamento à tuberculose, mencionando a existência de espaços permanentes de diálogo
3021 entre o Ministério da Saúde, movimentos sociais, gestores e representantes da sociedade civil.
3022 Informou que, em 2025, teve início a implementação de incentivo financeiro específico de R\$
3023 100 milhões anuais para estados e municípios desenvolverem ações voltadas à tuberculose,
3024 além de editais para mobilização social de base comunitária e iniciativas de articulação entre
3025 saúde e assistência social. Reafirmou, ainda, o papel estratégico da atenção primária à saúde
3026 no diagnóstico precoce, na adesão ao tratamento, na prevenção e no acompanhamento das
3027 pessoas afetadas pela doença. Por fim, destacou a participação social nas instâncias
3028 deliberativas e colegiadas da CGTM/DATHI/MS. Dando seguimento, explanou a pesquisadora
3029 da FIOCRUZ, **Margareth Dalcolmo**, integrante titular da Academia Nacional de Medicina –
3030 ANM, que iniciou sua exposição saudando o Colegiado e destacando a relevância do espaço
3031 do Conselho. Contextualizou sua fala a partir de uma referência histórica significativa: os seis
3032 anos da declaração da pandemia de COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde.
3033 Ressaltou que esse marco representou um momento crítico para a saúde pública, lembrando
3034 sua atuação direta à época, quando assessorava o então Ministro da Saúde e participou
3035 ativamente das primeiras respostas institucionais à emergência sanitária. Em sua análise,
3036 enfatizou que, diante da crise pandêmica, o Brasil contou com dois instrumentos fundamentais
3037 de enfrentamento: o SUS, mesmo diante de limitações estruturais e histórico de
3038 subfinanciamento, e a adoção de medidas de distanciamento social. Avaliou que, apesar das
3039 adversidades, o país demonstrou capacidade de resposta à pandemia, ainda que tenha
3040 enfrentado desafios adicionais relacionados à desinformação e à disseminação de narrativas
3041 prejudiciais à saúde pública. Também ressaltou o impacto expressivo da pandemia no país,
3042 mencionando o elevado número de casos e óbitos, e destacou que esse cenário exige
3043 permanente reflexão e fortalecimento das políticas públicas de saúde. Ao fazer a transição para
3044 o tema da tuberculose, indicou que sua abordagem se daria a partir de sua experiência como
3045 pesquisadora e médica assistente, articulando a dimensão clínica com a análise das condições
3046 estruturais do sistema de saúde. Nesse contexto, introduziu a discussão sobre grupos de maior
3047 vulnerabilidade, especialmente pessoas em uso de terapias imunobiológicas para doenças
3048 crônicas, que apresentam maior risco de desenvolvimento de tuberculose em razão da
3049 imunossupressão associada a esses tratamentos. Dessa forma, estabeleceu, no início de sua
3050 fala, uma conexão entre os aprendizados da pandemia e os desafios persistentes no
3051 enfrentamento da tuberculose, ressaltando a necessidade de qualificação das estratégias de
3052 diagnóstico e cuidado, especialmente no que se refere à identificação e tratamento da infecção
3053 latente em populações de risco. Ao introduzir o tema da tuberculose, a expositora articulou sua
3054 análise a partir da experiência clínica e científica acumulada, destacando inicialmente a
3055 relevância da infecção latente como eixo central para o enfrentamento da doença. Ressaltou
3056 que parcela significativa da população brasileira encontra-se nessa condição e que a
3057 eliminação da tuberculose depende, necessariamente, da ampliação das estratégias de

3058 diagnóstico e tratamento preventivo, já disponíveis no SUS. Nesse sentido, enfatizou que o
3059 Brasil dispõe de arsenal terapêutico completo e gratuito, incluindo medicamentos de alto custo,
3060 o que configura um diferencial importante no cenário internacional. Destacou, entretanto, a
3061 existência de um paradoxo estrutural: embora o país possua diagnóstico rápido, tratamento
3062 eficaz e acesso universal garantido pelo SUS, ainda registra elevado número de casos e óbitos
3063 por tuberculose. Apontou que a incidência da doença foi impactada negativamente pela
3064 pandemia, com aumento dos casos e manutenção de patamares significativos de mortalidade,
3065 o que evidencia fragilidades na organização do cuidado e no acesso efetivo aos serviços.
3066 Nesse contexto, reforçou que a tuberculose deve ser compreendida como uma doença
3067 socialmente determinada, funcionando como marcador de desigualdade socioeconômica,
3068 conforme reconhecido por organismos internacionais. Assim, ressaltou que o enfrentamento da
3069 tuberculose exige não apenas a oferta de diagnóstico e tratamento, mas também a
3070 implementação de estratégias que garantam a adesão terapêutica e o suporte social aos
3071 pacientes, considerando os chamados custos catastróficos associados à doença. Destacou
3072 que a efetividade do tratamento depende da capacidade do sistema de saúde de assegurar
3073 acompanhamento contínuo e condições adequadas para que os pacientes completem o regime
3074 terapêutico, evitando abandono e recaídas. Inclusive, manifestou preocupação quanto à
3075 possibilidade de eliminação da tuberculose até 2030 ou 2035, afirmando que esse objetivo
3076 dificilmente será alcançado sem investimentos expressivos e mudanças estruturais nas
3077 condições sociais e econômicas do país. No que se refere à dinâmica epidemiológica,
3078 enfatizou que a tuberculose no Brasil é predominantemente uma doença urbana, transmitida de
3079 pessoa a pessoa em contextos de vulnerabilidade social, sendo imprescindível o
3080 desenvolvimento de estratégias específicas para cada grupo. Entre essas populações,
3081 destacou, em primeiro lugar, as pessoas privadas de liberdade. Informou que a incidência
3082 média de tuberculose no Brasil situa-se entre 35 e 40 casos por 100 mil habitantes, enquanto
3083 em estados como Rio de Janeiro e Amazonas esse índice dobra. Em determinadas
3084 comunidades urbanas, como a Rocinha, a incidência alcança cerca de 300 casos por 100 mil
3085 habitantes, e nas unidades prisionais pode chegar a 2.000 ou 2.500 casos por 100 mil
3086 habitantes. Defendeu, assim, a necessidade de fortalecer as ações de triagem, rastreamento e
3087 tratamento da tuberculose nas prisões, considerando as precárias condições de
3088 encarceramento e a alta rotatividade da população prisional. Também identificou como grupos
3089 prioritários as pessoas em situação de rua, os povos indígenas e a população migrante. Em
3090 relação às pessoas em situação de rua, destacou que a complexidade do acompanhamento
3091 decorre da mobilidade constante, da dificuldade de vinculação aos serviços e da necessidade
3092 de levar os medicamentos e o cuidado até os territórios onde essas pessoas vivem. Defendeu
3093 que a sociedade civil e os gestores desenvolvam estratégias inovadoras, localizadas e
3094 adaptadas à realidade desses grupos. Quanto aos povos indígenas e migrantes, afirmou que
3095 são necessárias medidas específicas e territorializadas, especialmente nas regiões Norte e
3096 fronteiriças, onde há maior circulação de pessoas provenientes de países com elevada
3097 incidência de tuberculose, como Venezuela e Haiti. Ao final, enfatizou que a tuberculose no
3098 Brasil é predominantemente uma doença urbana, transmitida nos grandes centros
3099 populacionais, e reforçou que, embora o Brasil disponha de condições técnicas e científicas
3100 para o controle da doença, a superação do problema exige o engajamento efetivo da
3101 sociedade civil, do controle social e das instituições públicas. Nesse sentido, concluiu sua
3102 exposição convocando o Conselho a refletir sobre o papel estratégico da participação social na
3103 construção de respostas mais eficazes e sustentáveis para o enfrentamento da tuberculose no
3104 Brasil. Seguindo, expôs o representante da ART-TB, **Ezio Távora**, que iniciou sua intervenção
3105 no debate sobre tuberculose destacando a honra e a responsabilidade de representar a
3106 perspectiva das organizações e entidades comunitárias da sociedade civil no âmbito do
3107 Conselho. Informou que sua fala foi construída com base na contribuição da Articulação Social
3108 Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (Articulação TB Brasil), da qual é membro,
3109 ressaltando também sua atuação na Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose e em
3110 projetos de engajamento comunitário, além de se identificar como usuário do SUS. Situou sua
3111 intervenção no contexto das falas anteriores, reconhecendo a relevância das contribuições
3112 apresentadas, e fez referência à sua trajetória de interlocução com profissionais da área,
3113 destacando, de forma particular, a Dra. Margareth Dalcolmo, a quem se referiu como amiga e
3114 médica responsável por seu tratamento em episódios de tuberculose vivenciados há mais de
3115 duas décadas, em contexto clínico complexo. Nessa linha, destacou a importância do vínculo
3116 construído entre usuários, profissionais e serviços de saúde como elemento estruturante do
3117 cuidado, destacando que é por meio desse vínculo que se constroem processos terapêuticos

3118 efetivos, adesão ao tratamento e, também, políticas públicas mais sensíveis às necessidades
3119 reais da população. Destacou o objetivo de sua intervenção no contexto da 376ª Reunião
3120 Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, que consistia em analisar o andamento dos
3121 compromissos assumidos pelo Brasil no âmbito do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose,
3122 alinhados às metas pactuadas em reuniões de alto nível das Nações Unidas. Nesse sentido,
3123 problematizou a viabilidade de alcance das metas de eliminação da tuberculose como
3124 problema de saúde pública, diante da proximidade dos prazos estabelecidos e da persistência
3125 de indicadores insatisfatórios. Ressaltou que já existe consenso técnico sobre as medidas
3126 necessárias para o enfrentamento da doença, destacando a Resolução CNS nº 709/2023 como
3127 instrumento orientador, ao estabelecer diretrizes e prioridades para a atuação do Ministério da
3128 Saúde. Contudo, enfatizou a necessidade de avaliação crítica quanto ao grau de
3129 implementação dessas recomendações, apontando que, embora avanços tenham sido
3130 alcançados, os resultados ainda são insuficientes frente à magnitude do problema. Ao analisar
3131 os indicadores, destacou como elemento crítico o elevado percentual de diagnósticos
3132 realizados em unidades hospitalares, evidenciando fragilidades na atuação da atenção primária
3133 à saúde. Citou o estado do Rio de Janeiro, onde aproximadamente 40% dos casos continuam
3134 sendo identificados em hospitais, enquanto a média nacional varia entre 25% e 27%. Para o
3135 Dr. Ézio, esse dado revela a persistência de um modelo assistencial centrado na lógica
3136 hospitalar e na autoridade médica, em detrimento de abordagens baseadas no cuidado integral
3137 e na construção de vínculo no território. Defendeu, portanto, a necessidade de mudança de
3138 paradigma, com incorporação efetiva da tuberculose como responsabilidade da atenção
3139 primária. Nesse contexto, enfatizou o protagonismo da sociedade civil, destacando que
3140 organizações comunitárias têm, historicamente, apresentado propostas e caminhos para o
3141 enfrentamento da doença, muitas vezes sem o devido reconhecimento institucional. Ressaltou
3142 a importância da participação efetiva dessas organizações nos processos de planejamento e
3143 alocação orçamentária, nos três níveis de gestão, como condição fundamental para o avanço
3144 das políticas públicas. Ressaltou que a articulação com o CONASS e o CONASEMS é de
3145 suma importância, pois o avanço no enfrentamento da tuberculose depende de esforços
3146 coordenados entre as diferentes esferas de gestão. Nesse contexto, abriu um parêntese para
3147 mencionar a recente carta dos movimentos sociais encaminhada ao Ministro da Saúde,
3148 Alexandre Padilha, a qual problematiza o papel da sociedade civil no âmbito do Programa
3149 Brasil Saudável. Segundo destacou, o documento evidencia que, embora haja representação
3150 da sociedade civil em instâncias como os comitês do CIEDS, ainda não estão claramente
3151 definidos os mecanismos que assegurem sua participação efetiva nos processos de
3152 planejamento e na definição orçamentária nos três níveis de gestão do SUS. A partir dessa
3153 referência, afirmou que a questão da participação social é central para o avanço da resposta à
3154 tuberculose e, em consonância com as recomendações da Resolução CNS nº 709, apontou
3155 três caminhos factíveis para acelerar esse enfrentamento: a incorporação plena da tuberculose
3156 pela atenção primária à saúde, implicando uma mudança concreta de paradigma e de lógica
3157 assistencial; a inclusão efetiva da sociedade civil nos processos de planejamento e orçamento
3158 em todos os níveis; e o fortalecimento da prevenção como estratégia capaz de produzir
3159 impacto significativo nos indicadores epidemiológicos. Ressaltou que tais dimensões são
3160 intrinsecamente articuladas e que somente com a centralidade da atenção primária será
3161 possível reorientar o modelo de atenção, superando abordagens fragmentadas e avançando
3162 para políticas verdadeiramente centradas no sujeito, compreendido em sua integralidade.
3163 Nesse sentido, mencionou experiência recente, no âmbito do comitê comunitário de
3164 acompanhamento do estudo Expan-TPT, em que se promoveu a articulação entre a SVSA, a
3165 SAPS e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq,
3166 destacando a importância da integração entre áreas para qualificar as respostas. Argumentou
3167 que a atual abordagem predominantemente centrada na vigilância tem se mostrado insuficiente
3168 quando isolada, sendo necessário apostar na atenção primária como eixo estruturante do
3169 cuidado. Enfatizou que, se a tuberculose não for plenamente incorporada à rotina da atenção
3170 primária, sob a lógica do acolhimento integral e da construção de vínculo, não será possível
3171 avançar de forma consistente no enfrentamento da doença. Reforçou, ainda, que é necessário
3172 superar práticas baseadas apenas na retórica ou na incorporação de novos termos, sem
3173 mudanças efetivas no modelo de atenção. Citando contribuição da Dra. Edna Ferreira,
3174 destacou que “pessoas não são desfechos”, defendendo a necessidade de reorganizar o
3175 cuidado a partir de uma perspectiva centrada no usuário e em suas condições de vida. Alertou
3176 que, sem essa mudança de lógica, persistirá a reprodução de frustrações e a manutenção de
3177 resultados insatisfatórios no controle da tuberculose. Na sequência, ressaltou o papel

3178 estratégico do Conselho Nacional de Saúde, qualificando-o como um espaço singular, sem
3179 paralelo no cenário internacional, e como patrimônio nacional da participação cidadã. Defendeu
3180 que o enfrentamento da tuberculose está diretamente relacionado ao reconhecimento da
3181 cidadania, compreendendo o usuário como sujeito integral, participante ativo da construção das
3182 respostas e detentor de direitos que devem ser assegurados pelo Estado. Por fim, enfatizou
3183 que a tuberculose não deve ser tratada como um problema restrito às pessoas diretamente
3184 afetadas, mas como uma questão coletiva, que incide de forma mais intensa sobre populações
3185 em situação de vulnerabilidade social e que contribui para o agravamento da pobreza, em
3186 razão do elevado custo catastrófico associado à doença. Nesse contexto, avaliou que o
3187 Programa Brasil Saudável representa uma iniciativa acertada, porém ressaltou a necessidade
3188 de sua implementação ocorrer com maior celeridade, com efetiva coordenação intersetorial e,
3189 sobretudo, com definição nítida de mecanismos que garantam a participação ativa da
3190 sociedade civil no planejamento e na execução das ações. Concluídas as explanações, a mesa
3191 abriu para manifestações. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** destacou a relevância da
3192 pauta para o controle social e para a visibilidade da tuberculose como problema persistente de
3193 saúde pública. Ressaltou que os avanços científicos já existentes precisam ser efetivamente
3194 incorporados à realidade da população brasileira e defendeu que a erradicação da doença
3195 depende da concretização dos princípios constitucionais do SUS, tanto na atenção primária
3196 quanto no enfrentamento das patologias socialmente determinadas. Também reiterou a
3197 disposição do controle social em ampliar a divulgação de informações sobre prevenção,
3198 tratamento e acesso aos serviços nos territórios. Conselheira **Camila Francisco de Lima**
3199 relatou sua experiência pessoal com a tuberculose e destacou que seu diagnóstico ocorreu a
3200 partir de uma visita a uma amiga no sistema prisional. Chamou atenção para a negligência em
3201 relação às pessoas privadas de liberdade, afirmando que o acesso à saúde costuma ocorrer
3202 apenas quando o quadro já se encontra agravado. Defendeu a necessidade de garantir direitos
3203 iguais às pessoas privadas de liberdade, ampliar as ações preventivas e assegurar proteção
3204 social às pessoas diagnosticadas, especialmente mulheres trans, profissionais do sexo e
3205 pessoas submetidas a situações de estigma e discriminação de gênero dentro do sistema
3206 prisional. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** relatou visita realizada a comunidades
3207 indígenas da Terra Indígena São Marcos e a outras aldeias da região de Barra do Garças,
3208 onde identificou relatos de aldeias inteiras com casos de tuberculose. Informou, ainda, que na
3209 Casa de Saúde Indígena - Casai da região pessoas em tratamento para tuberculose
3210 permaneciam sem isolamento adequado no início do tratamento, o que, em sua avaliação,
3211 ampliava o risco de surtos. Defendeu o fortalecimento da vigilância, da testagem em massa, da
3212 busca ativa de casos, da garantia do tratamento completo, da melhoria das condições
3213 alimentares e do fortalecimento das equipes de saúde nos territórios, respeitando suas
3214 especificidades culturais e territoriais. Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** cumprimentou a
3215 mesa e destacou a atuação da professora Margareth Dalcolmo, especialmente durante a
3216 pandemia, reconhecendo a importância da articulação entre instituições para qualificar as
3217 respostas em saúde. Ressaltou a relevância da informação e do isolamento no enfrentamento
3218 daquele período e acrescentou a ciência também como um elemento importante. Nessa linha,
3219 afirmou que as evidências científicas devem ser compreendidas como um dos pilares
3220 fundamentais para o êxito das políticas de saúde, sem interferência de elementos ideológicos,
3221 havia vista seu papel decisivo no enfrentamento de crises sanitárias e na proteção da vida da
3222 população. Conselheiro **Thiago Soares** defendeu a retomada de campanhas massivas de
3223 comunicação, especialmente em televisão e outros meios de grande alcance, para ampliar o
3224 conhecimento da população sobre tuberculose, combater *fake news* e fortalecer a adesão às
3225 medidas preventivas e terapêuticas. Ressaltou que a ciência já dispõe de instrumentos
3226 diagnósticos, tratamentos e medicamentos eficazes, mas ponderou que a ausência de
3227 informação adequada dificulta o acesso da população, especialmente de pessoas em situação
3228 de rua e privadas de liberdade. Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** afirmou que o
3229 enfrentamento da tuberculose não pode se restringir ao diagnóstico e ao tratamento gratuito no
3230 SUS, exigindo articulação entre políticas sociais, melhoria da qualidade de vida e ações
3231 integradas de desenvolvimento social. Destacou a importância da vigilância em saúde e da
3232 atenção básica como políticas estruturantes, mencionando positivamente a experiência do
3233 programa PNVS Comunidade, desenvolvido em parceria com universidades federais. Também
3234 ressaltou o papel das pessoas trabalhadoras da saúde no monitoramento, acompanhamento e
3235 apoio às pessoas em tratamento. Conselheiro **João Alves do Nascimento** elogiou a qualidade
3236 do debate e chamou a atenção para a dimensão zoonótica da tuberculose. Ressaltou que a
3237 doença também pode ser causada pelo *Mycobacterium bovis*, especialmente em contextos de

3238 vulnerabilidade sanitária, consumo de leite cru, derivados não pasteurizados e exposição
3239 ocupacional. Assim, defendeu maior articulação entre saúde humana, saúde animal e vigilância
3240 sanitária, em consonância com a perspectiva de Saúde Única, incluindo a integração entre os
3241 programas de controle da tuberculose humana e bovina. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**,
3242 primeiro, agradeceu as exposições e reforçou a necessidade de rediscutir a saúde prisional no
3243 âmbito do Conselho. Observou que as pessoas privadas de liberdade não permanecem
3244 isoladas da sociedade e que a tuberculose nos presídios afeta também familiares,
3245 trabalhadores, profissionais de saúde e a população do entorno. Defendeu o fortalecimento da
3246 atenção primária em saúde prisional e reiterou a necessidade de campanhas massivas de
3247 mídia, destacando que a tuberculose continua sendo uma doença presente e que a sociedade
3248 precisa ser informada para cobrar respostas mais contundentes do Estado. Conselheiro **Marcia**
3249 **Cristina Bandini** destacou a importância das iniciativas do Ministério da Saúde e do SUS no
3250 enfrentamento da tuberculose, mas observou que ainda são necessárias ações mais robustas.
3251 Chamou atenção para a situação das pessoas em situação de rua, afirmando que em sua
3252 experiência como supervisora do programa Mais Médicos identificava, em praticamente todas
3253 as supervisões, ao menos um caso de tuberculose nessa população. Por isso, defendeu o
3254 fortalecimento dos Consultórios na Rua. Também fez reconhecimento público à atuação da
3255 professora Margareth Dalcolmo durante a pandemia de Covid-19 e na defesa do
3256 reconhecimento da Covid-19 como doença relacionada ao trabalho e solicitou uma salva de
3257 palmas a ela pelo importante trabalho. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou a
3258 mesa pela riqueza das explanações e fez uma referência especial à dra. Margareth Dalcolmo
3259 pela atuação na saúde. No caso da tuberculose, ressaltou a necessidade de maior integração
3260 entre saúde, assistência social, direitos humanos e sociedade civil. Chamou atenção para
3261 pessoas que recebem alta hospitalar e retornam para domicílios sem infraestrutura, apoio
3262 social, alimentação adequada ou acompanhamento de serviços de saúde. Defendeu maior
3263 mobilização do Conselho em articulação com os conselhos de assistência social e direitos
3264 humanos, além da implementação de ações concretas e de campo voltadas ao enfrentamento
3265 da tuberculose. Conselheira **Marisa Palacios da Cunha e Melo** parabenizou a mesa e
3266 destacou a necessidade de fortalecer vínculos entre profissionais de saúde e usuários, bem
3267 como ampliar a formação ética e bioética de todos os trabalhadores da saúde, desde agentes
3268 comunitários até profissionais de nível superior. Defendeu que a qualidade da relação entre
3269 sistema de saúde e população é fundamental para ampliar a adesão ao tratamento e fortalecer
3270 a participação comunitária nas unidades e serviços de saúde. Conselheiro **Derivan Brito da**
3271 **Silva** reforçou a importância da atenção primária à saúde como ordenadora do cuidado e
3272 defendeu o fortalecimento do trabalho interprofissional e do controle social nos territórios,
3273 especialmente nas unidades básicas de saúde. Avaliou que o controle social local ainda é frágil
3274 e precisa ser fortalecido para ampliar a participação da sociedade e a disseminação de
3275 informações sobre tuberculose. Conselheiro **Anselmo Dantas** cumprimentou os integrantes da
3276 mesa e elogiou a qualidade das exposições. Destacou a necessidade de fortalecer a
3277 comunicação pública sobre tuberculose e afirmou que o Estado brasileiro precisa utilizar todos
3278 os meios de comunicação disponíveis para orientar a população sobre prevenção, diagnóstico
3279 e tratamento. Também ressaltou a importância dos laboratórios de saúde pública e da
3280 vigilância laboratorial, lembrando que os investimentos realizados para o enfrentamento da
3281 tuberculose contribuíram para ampliar a capacidade de resposta dos laboratórios durante a
3282 pandemia de Covid-19. Além disso, chamou atenção para o papel das diferentes categorias
3283 profissionais, incluindo a odontologia, no enfrentamento da doença, em parceria com a
3284 população. Conselheira **Victoria Matos das Chagas** relatou sua experiência em um CAPS
3285 voltado para pessoas em situação de rua e uso abusivo de substâncias, na região da
3286 Cracolândia, em São Paulo. Observou que eram frequentes os casos de pessoas com
3287 tuberculose que interrompiam o tratamento, especialmente em razão de vulnerabilidades
3288 sociais e dificuldades de acompanhamento. Defendeu a ampliação do matriciamento e do
3289 acompanhamento longitudinal dessas pessoas, com equipes de saúde e profissionais de
3290 referência capazes de buscar os usuários nos territórios, oferecer escuta qualificada e criar
3291 condições para a continuidade do tratamento. Fechando as manifestações, conselheira
3292 **Priscila Torres da Silva** afirmou que, além de comunicar, o SUS precisa “navegar” os
3293 usuários, especialmente aqueles em situação de maior vulnerabilidade, como pessoas
3294 imunossuprimidas e com doenças raras. Relatou a experiência da Biorede Brasil no
3295 acompanhamento de pacientes por meio de profissionais de saúde, destacando que a
3296 navegação permite orientar famílias, apoiar o acesso aos serviços e reduzir barreiras de
3297 compreensão e adesão ao tratamento. Também destacou a importância de benefícios sociais,

3298 como a oferta de cesta básica, e homenageou também a atuação da professora Margareth
3299 Dalcomo na defesa de tratamentos inovadores e no cuidado de pessoas com doenças
3300 pulmonares e raras. Após essas falas, a coordenação retornou a palavra à mesa, para
3301 comentários. O representante da ART-TB, **Ezio Távora**, destacou que o enfrentamento da
3302 tuberculose exige mudança de paradigma no cuidado, especialmente em relação às
3303 populações em situação de vulnerabilidade. Defendeu que a adesão ao tratamento não se dá
3304 pela imposição, mas pela construção de vínculo, confiança e respeito à dignidade das pessoas.
3305 Ressaltou a necessidade de superar visões estigmatizantes e reconhecer as desigualdades
3306 sociais que atravessam o adoecimento, reiterando a importância de incorporar ao planejamento
3307 e ao orçamento a participação da sociedade civil, de representantes comunitários e de outros
3308 segmentos em situação de vulnerabilidade. Também apontou experiências exitosas de
3309 transferência de renda no estado do Rio de Janeiro, embora ainda insuficientes, e reforçou a
3310 importância de incentivos sociais para ampliar a adesão ao tratamento. A integrante da ANM,
3311 **Margareth Dalcolmo**, ressaltou que as manifestações do plenário demonstraram a diversidade
3312 e a sensibilidade do Conselho em relação ao tema. Destacou a importância dos Consultórios
3313 na Rua como estratégia fundamental para alcançar populações em situação de vulnerabilidade,
3314 mas ponderou que essas iniciativas precisam ter continuidade e permanência para produzir
3315 resultados efetivos. Reforçou que a tuberculose é uma doença tratável e curável, mas que
3316 continua produzindo elevado número de casos e óbitos, o que torna imprescindível ampliar
3317 ações de apoio à adesão terapêutica, incluindo transporte, suplementação alimentar e outros
3318 incentivos previstos, inclusive, em pesquisas clínicas. Defendeu que o SUS e o Ministério da
3319 Saúde avancem na adoção dessas estratégias para reduzir o abandono do tratamento e
3320 romper o que chamou de “paradoxo sem resposta”. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte**
3321 destacou que um dos principais diferenciais do Brasil no enfrentamento da tuberculose é a
3322 existência de um sistema universal e integral de saúde, mas observou que muitas ações
3323 relacionadas ao cuidado acabam sendo tratadas como políticas de governo e não como
3324 políticas de Estado. Defendeu a manutenção de medidas de apoio social, como vale-transporte
3325 e alimentação para pessoas em tratamento, destacando experiências positivas desenvolvidas
3326 no Rio de Janeiro e criticando iniciativas de retirada desses benefícios em alguns municípios.
3327 Também questionou o Ministério da Saúde sobre as campanhas relacionadas ao Dia Mundial
3328 de Enfrentamento da Tuberculose e reiterou a necessidade de fortalecer o Programa Brasil
3329 Saudável como estratégia de mudança de paradigma, especialmente pela sua capacidade de
3330 promover articulação intersetorial. A Coordenadora-Geral/CGTM/DATHI/SVSA/MS, **Fernanda**
3331 **Dockhorn Costa Johansen**, ressaltou que a complexidade do enfrentamento da tuberculose
3332 exige atuação articulada entre vigilância, atenção primária, assistência social e outras políticas
3333 públicas. Informou que o Ministério da Saúde tem ampliado o trabalho conjunto com a Atenção
3334 Primária à Saúde, incluindo capacitação de profissionais do Programa Mais Médicos, agentes
3335 comunitários de saúde, farmacêuticos e profissionais de enfermagem. Também destacou que o
3336 Programa Brasil Saudável representa uma oportunidade importante para consolidar a
3337 intersetorialidade entre saúde, assistência social, educação, segurança pública e sistema
3338 prisional, ainda que reconheça as dificuldades de operacionalização dessas articulações nos
3339 territórios. Informou, ainda, que o Ministério da Saúde prepara nova campanha de
3340 comunicação sobre tuberculose, voltada especialmente para mídias sociais e para o público
3341 jovem, construída em diálogo com movimentos sociais. Além disso, elucidou que o Ministério
3342 da Saúde já desenvolve ações relacionadas à tuberculose bovina, em articulação com a
3343 vigilância agropecuária e profissionais de saúde animal. Por fim, frisou a importância de incluir
3344 o enfrentamento da tuberculose nos planos municipais, estaduais e distrital de saúde, a fim de
3345 garantir as ações nos territórios. O representante da ART-TB, **Ezio Távora**, retomou a palavra
3346 para destacar a situação da população prisional, afirmando que pessoas privadas de liberdade
3347 não podem ser esquecidas pelo Estado e que há evidências de forte relação entre a
3348 tuberculose no sistema prisional e a transmissão na comunidade. Ressaltou que pessoas sob
3349 custódia estatal não podem ser condenadas à morte em razão da ausência de prevenção e
3350 tratamento. Em seguida, conselheira **Francisca Valda da Silva** destacou que o debate
3351 evidenciou a existência de quadros técnicos, profissionais e representantes do controle social
3352 capazes de enfrentar os desafios relacionados à tuberculose, tanto no campo da assistência
3353 quanto da pesquisa, da educação permanente e da mobilização social. Após essas falas, a
3354 mesa compilou os encaminhamentos que surgiram no debate: **1)** fortalecer a comunicação
3355 pública sobre a tuberculose em todos os níveis de atenção, com ênfase na Atenção Primária à
3356 Saúde; **2)** investir em campanhas de informação e mobilização social voltadas ao
3357 enfrentamento da tuberculose; **3)** fortalecer a Atenção Primária como coordenadora do cuidado

3358 no controle e na eliminação da tuberculose; **4)** desenvolver estratégias específicas, inclusive
3359 normativas e legislativas, voltadas às populações vulnerabilizadas; **5)** ampliar e fortalecer as
3360 ações voltadas às populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação
3361 de rua, migrantes e outros grupos vulnerabilizados; **6)** fortalecer os Consultórios na Rua e
3362 demais estratégias territoriais de cuidado; **7)** integrar as ações de enfrentamento da
3363 tuberculose com os Centros de Atenção Psicossocial - CAPSs e com a rede de assistência
3364 social; **8)** implementar estratégias de navegação do usuário e acompanhamento ativo dos
3365 casos, garantindo apoio à continuidade do tratamento; **9)** fortalecer a Rede Nacional de
3366 Laboratórios de Saúde Pública – Lacens; **10)** propor estudos para subsidiar a análise e o
3367 aprimoramento da Política Nacional de Diagnóstico Laboratorial; **11)** ampliar a participação dos
3368 profissionais de saúde e dos conselhos de saúde no enfrentamento da tuberculose; **12)**
3369 estimular a articulação com conselhos profissionais, entidades representativas e trabalhadores
3370 da saúde; **13)** fortalecer a abordagem intersetorial no enfrentamento da tuberculose,
3371 articulando ações com assistência social, direitos humanos, habitação, segurança alimentar e
3372 outras políticas públicas; **14)** inserir o enfrentamento da tuberculose nos planos municipais,
3373 estaduais e distrital de saúde; **15)** mobilizar a sociedade civil para o compromisso com a
3374 superação da tuberculose; **16)** acompanhar, no âmbito do controle social, a implementação das
3375 resoluções do Conselho Nacional de Saúde relacionadas ao tema; **17)** promover ações
3376 específicas de saúde no sistema prisional, incluindo articulação com órgãos de segurança
3377 pública e administração penitenciária; **18)** avaliar a realização de audiência pública temática
3378 sobre saúde no sistema prisional; **19)** reforçar a importância da vigilância em saúde no controle
3379 da tuberculose; e **20)** fortalecer o matriciamento e o apoio técnico às equipes da Atenção
3380 Básica no manejo da tuberculose. Ao final do debate, a Dra. **Margareth Dalcolmo**, diante da
3381 alta transmissão da tuberculose no sistema prisional, reforçou a necessidade de ações
3382 preventivas estruturadas, mencionando iniciativas com uso de raio X portátil na entrada das
3383 unidades para diagnóstico precoce e tratamento da infecção latente. Defendeu a adoção dessa
3384 estratégia de forma sistemática, com avaliação na entrada e na saída. Na sequência, a
3385 Coordenadora **Fernanda Dockhorn Costa Johansen** afirmou que o tema é prioridade do
3386 Ministério da Saúde, informando que há ações em andamento com a Secretaria Nacional de
3387 Políticas Penas do Ministério da Justiça e Segurança - SENAPPEN para implantação dessas
3388 medidas, inicialmente em estados prioritários. Ressaltou que, apesar dos desafios, as
3389 iniciativas devem avançar gradualmente, com base na garantia de direitos humanos e no
3390 fortalecimento da prevenção no SUS. Após essas falas, a mesa agradeceu a contribuição das
3391 pessoas convidadas e do Plenário, destacando a riqueza do debate, e encerrou este ponto de
3392 pauta. Antes de iniciar o último item, conselheiro **Anselmo Dantas** interveio para informar que
3393 a Confederação Nacional dos Trabalhadores Universitários foi reativada após a superação de
3394 pendências junto ao Ministério do Trabalho, destacando esse momento como uma conquista
3395 relevante para o movimento sindical. Esclareceu que a confederação é composta por diversas
3396 entidades representativas, entre elas a Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR, a
3397 Federação dos Odontologistas - FIO, bem como federações de engenheiros e economistas.
3398 Relatou que a retomada da confederação foi celebrada em evento realizado na cidade de São
3399 Paulo, nos dias 26 e 27 de fevereiro, o qual contou com a participação de ministros de Estado,
3400 parlamentares e representantes de centrais sindicais, evidenciando a articulação e a vitalidade
3401 do movimento sindical no país. Por fim, ressaltou que, no atual contexto, a principal pauta da
3402 confederação é a defesa da democracia e o enfrentamento à chamada “sindicatofobia”,
3403 enfatizando que a organização sindical constitui um direito fundamental e deve ser reconhecida
3404 e fortalecida. **ITEM 10 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Composição**
3405 **da mesa:** conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira
3406 **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Neste ponto, o Plenário apreciou os atos
3407 normativos que demandavam deliberação. **1)** Minuta de resolução, enviada previamente, no
3408 prazo regimental. No documento, o CNS aprova o Parecer Técnico da Comissão Intersetorial
3409 de Relações de Trabalho e Educação na Saúde, que dispõe sobre os critérios para
3410 autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de graduação da área
3411 da saúde. **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade.** **2)** Minuta de
3412 recomendação, enviada previamente, no prazo regimental. Dispõe sobre o Programa Nacional
3413 de Saneamento Indígena – PNSI e dá outras providências. **Deliberação: a recomendação foi**
3414 **aprovada por unanimidade.** **3)** Minuta de resolução. A criação do GT foi aprovada na reunião
3415 anterior, tendo retornado para apreciação das indicações encaminhadas pelos segmentos.
3416 Dispõe sobre criação do Grupo de Trabalho para instituir a Comissão Intersetorial de Ética em
3417 Pesquisa - CONEP do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Aprovação das indicações para

3418 integrar o Grupo de Trabalho, na condição de titulares: I – Ana Lúcia Silva Marçal Paduello
3419 (Usuário); II – Gilson Silva (Usuário); III – Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego
3420 (Trabalhador); IV – Anselmo Dantas (Trabalhador); e V – Maria Eufrásia de Oliveira Lima
3421 (Gestor/Prestador). **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade. 4)** Minuta de
3422 resolução. A criação do GT foi aprovada na reunião anterior, tendo retornado para apreciação
3423 das indicações encaminhadas pelos segmentos. Dispõe sobre a criação de Grupo de Trabalho
3424 no âmbito do Conselho Nacional de Saúde para análise e proposição de diretrizes relativas ao
3425 diagnóstico laboratorial no SUS. Aprovação das indicações para integrar o Grupo de Trabalho,
3426 na condição de integrantes titulares: I - Renata Soares de Souza (Segmento Usuário,
3427 Coordenadora Adjunta da CIASPP); II - (Segmento Trabalhador, Coordenadora CICTAF); III -
3428 Carlos Ebeling Duarte (Segmento Usuário, membro da CIASB e CIVS); IV – André Luís
3429 Bonifácio de Carvalho (segmento Gestor/ Debora Raymundo Melecchi Prestador). Neste ponto,
3430 foi sinalizada a importância de garantir convidados para contribuições técnicas ao debate e foi
3431 apontada a sugestão de convidar representantes da SAES/CNS. **Deliberação: a resolução foi**
3432 **aprovada por unanimidade. 5)** Moção de Apoio nº xx, de 12 de março de 2026, elaborada
3433 pela CIAN/CNS. No documento, o CNS expressa apoio à Agência Nacional de Vigilância
3434 Sanitária - Anvisa e à validade das Resoluções da Diretoria Colegiada nº 24/2010 e nº 96/2008,
3435 reconhecendo essas normas como instrumentos fundamentais de proteção da saúde pública,
3436 de promoção do direito humano à alimentação adequada e de prevenção das doenças crônicas
3437 não transmissíveis no Brasil. Após a leitura do texto, não havendo destaques, a mesa colocou
3438 em votação a minuta. **Deliberação: a moção de apoio foi aprovada por unanimidade.**
3439 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a mesa encerrou os trabalhos da 376ª
3440 Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes: *Titulares* - **Abrahão Nunes da Silva**, Central
3441 de Movimentos Populares (CMP); **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira
3442 Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Anselmo**
3443 **Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia Ferreira**
3444 **Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Débora Raymundo Melecchi**, Federação
3445 Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de
3446 Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dilce Abigail Rodrigues Pereira**, União
3447 Brasileira de Mulheres (UBM); **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
3448 Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das
3449 Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de
3450 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas
3451 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**,
3452 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação
3453 Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
3454 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de
3455 Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva
3456 (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA);
3457 **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade
3458 Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio
3459 de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo Carlos**
3460 **Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos –
3461 Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e
3462 Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela
3463 Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição
3464 (ASBRAN); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB);
3465 **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Victoria Matos das**
3466 **Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Andrea Cristina Pavei**
3467 **Soares**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
3468 (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
3469 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila Francisco de Lima**, Articulação Nacional de
3470 Luta Contra AIDS (ANAIDS); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para
3471 o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de
3472 Educação Física (CONFEF); **Cleonice Caetano Souza**, União Geral dos Trabalhadores (UGT);
3473 **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-
3474 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Haroldo Jorge de**
3475 **Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo de**
3476 **Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura
3477 Familiar do Brasil (CONTRAF); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes

3478 Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia (CFO);
3479 Ricardo Nunes Martins, Movimento Negro Unificado (MNU); **Marisa Palacios da Cunha e**
3480 **Melo de Almeida Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral Ribeiro**
3481 **de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); **Michele**
3482 **Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Neide Barros da Silva**,
3483 Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Odete Messa Torres**,
3484 Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**,
3485 Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública
3486 (ASFOC-SN); **Pérola Nazaré de Souza Ferreira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil
3487 (ONCB); e **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde –
3488 RENAFRO.