



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos oito e nove dias do mês de abril de 2026, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Septuagésima Sétima Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 377ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Conhecer, debater e deliberar sobre o Programa Nacional de Saneamento Indígena – PNSI. **3)** Analisar e deliberar sobre os informes e propostas relacionadas a 18ª Conferência Nacional de Saúde, incluindo a apreciação das pessoas integrantes das comissões temáticas. **4)** Debater e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e Educação na Saúde – CIRTES/CNS. **5)** Acompanhar e apreciar o lançamento do relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 5ª CNSTT. **6)** Conhecer e apreciar o lançamento do relatório da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - 4ª CNGTES. **7)** Apreciar as perspectivas e lançamentos institucionais do Projeto Integra. **8)** Apreciar e debater as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS. **9)** Conhecer e debater o fortalecimento da Atenção Primária em saúde e do controle social no SUS. **10)** Apreciar e deliberar sobre 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 377ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 375ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** - *Coordenação:* conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 377ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** A pauta foi enviada previamente aos conselheiros e às conselheiras. **Deliberação: a pauta da 377ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. APROVAÇÃO DA ATA DA 375ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS** – o documento foi enviado previamente e não houve solicitação de alterações. **Deliberação: a ata da 375ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação das novas nomeações de Conselheiros(as) Nacionais de Saúde e dos(as) Coordenadores(as) Nacionais de Plenárias dos Conselhos de Saúde presentes na Reunião. Datas representativas para a saúde no mês de abril. Indicações. Relatório de atividades da Mesa Diretora - Apresentação: Jannayna Martins Sales, Secretária Executiva do CNS. Coordenação:** conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. **INFORMES – 1)** Informe do Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas – MNCP. *Apresentação:* conselheira **Renata Soares de Souza**, MNCP. **2)** Informe sobre os 25 anos da Política de Sangue e Hemoderivados. *Apresentação:* conselheiro **Eduardo Maércio Froés**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ. **3)** Informe sobre a realização do V Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - V CONGREPICS na pauta da Reunião Ordinária do CNS. *Apresentação:* conselheira **Elgiane Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB, coordenação da CIPPISPIC/CNS. Trata-se de um evento estratégico para o fortalecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PNPIC, com participação de diferentes atores do SUS e representação do Conselho Nacional de Saúde, por meio de suas Comissões Intersetoriais. O informe tem como objetivo dar ciência ao pleno, reforçar a mobilização e destacar a relevância da participação do controle social nesse espaço. Além de agradecer a Mesa Diretora e a Chefe da Assessoria de Participação Social do MS. **4)** Informe sobre os 50 anos da Federação Brasileira de Hemofilia, ocorrida em 18 de março. *Apresentação:* conselheiro **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH. Destacou que, ao longo de cinco décadas, a Federação contribuiu para importantes avanços

no acesso ao tratamento, na melhoria da qualidade de vida, no acolhimento às pessoas e famílias, na defesa de direitos e no fortalecimento das políticas públicas no âmbito do SUS. Comunicou, ainda, que a FBH foi convidada pela Federação Mundial de Hemofilia para apoiar a criação da Federação Angolana de Hemofilia, iniciativa que evidencia o reconhecimento internacional da experiência brasileira, informando que coordenará esse projeto. 5) Informe sobre o atraso do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT de Hemoglobínúria Paroxística Noturna - HPN e o impacto na vida dos pacientes. *Apresentação:* conselheira **Maria Cecília Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências – AFAG. Destacou que a HPN é uma doença grave, rara e potencialmente fatal, e alertou que, apesar de o medicamento ravulizumabe já ter sido incorporado ao SUS e de o protocolo clínico ter sido atualizado, os pacientes permanecem sem acesso efetivo ao tratamento. Ressaltou que a demora na implementação compromete a qualidade de vida das pessoas acometidas, amplia as dificuldades relacionadas ao tratamento atualmente disponível, realizado por infusões quinzenais, e contribui para o aumento da judicialização. Defendeu que a incorporação de tecnologias deve ser acompanhada da efetiva implementação das decisões administrativas, enfatizando que a ausência de acesso fragiliza a confiança dos usuários nas políticas públicas e nas instituições do Estado. Ao final, fez um apelo para que sejam adotadas as medidas necessárias à disponibilização do tratamento já incorporado ao SUS. 6) Informe sobre a 22ª edição do acampamento terra Livre. *Apresentação:* conselheira **Sarlene Moreira da Silva**, COIAB. Informou que a 22ª edição do Acampamento Terra Livre (ATL), considerado a maior mobilização dos povos indígenas do Brasil, foi realizado entre os dias 5 e 11 de abril, com o tema *“Terra demarcada, vida protegida: nosso futuro não está à venda”*. Informou que o evento reuniu mais de oito mil indígenas de diversas regiões do país, constituindo espaço de mobilização política, intercâmbio de experiências, fortalecimento das organizações indígenas e defesa dos direitos coletivos. Registrou que, durante a marcha realizada no âmbito do Acampamento, foram denunciadas diversas violações de direitos, entre elas os impactos dos agrotóxicos sobre os territórios indígenas, o assassinato de lideranças, o avanço da mineração em terras indígenas e a tramitação de proposições legislativas consideradas prejudiciais aos direitos dos povos originários. Também reforçou a reivindicação pela demarcação e proteção dos territórios indígenas, ressaltando que a defesa da terra representa a defesa da vida. Também apresentou, em nome do conselheiro **Claudemir Moreira Vaz**, da Articulação dos Povos Indígenas Região Sul - ARPIN-Sul, informe sobre a realização da 11ª Pré-Conferência Internacional Indígena sobre HIV/Aids (IPT 2026), prevista para os dias 24 e 25 de julho de 2026, na cidade do Rio de Janeiro, em formato híbrido. Informou que o evento antecederá a Conferência Internacional de Aids e tem como objetivo fortalecer a resposta indígena ao HIV, às infecções sexualmente transmissíveis, à tuberculose e à malária, além de promover a articulação entre lideranças indígenas, pesquisadores, profissionais de saúde, gestores públicos e organizações da sociedade civil. Ressaltou que a realização da conferência no Brasil representa oportunidade estratégica para ampliar a cooperação internacional, fortalecer o protagonismo indígena e conferir maior visibilidade às políticas públicas voltadas à saúde dos povos indígenas. Solicitou o apoio institucional do CNS, dos conselhos estaduais e municipais, dos movimentos sociais e dos órgãos governamentais para viabilizar a participação de lideranças indígenas de todas as regiões do país, especialmente das regiões Norte e Nordeste. 7) Informe acerca da pesquisa sobre o perfil dos conselheiros de saúde e solicitação de preenchimento. *Apresentação:* **Itaquê Barbosa**, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Explicou que a pesquisa Perfil dos Conselheiros Nacionais, integrante de um estudo nacional sobre a reconstrução da participação social, busca levantar o perfil demográfico dos integrantes dos colegiados nacionais de participação social, tendo sido estruturada em 59 pesquisas, correspondentes aos diferentes colegiados existentes. Disse que a coleta de dados permaneceria aberta até o mês de maio e que os resultados subsidiariam relatórios e análises previstos para o segundo semestre, com devolutiva aos colegiados que alcançassem amostra representativa. Alertou para a baixa adesão dos conselheiros do CNS ao questionário eletrônico, especialmente entre os representantes do poder público, ressaltando que o reduzido número de respostas comprometeria a comparação dos dados atuais com levantamento semelhante realizado pelo IPEA em 2012 e 2013, impossibilitando análises sobre a evolução do perfil dos conselheiros ao longo dos últimos doze anos. Informou que o questionário contempla exclusivamente informações demográficas, demanda aproximadamente dois minutos para preenchimento e encontra-se disponível por meio de QR Code. Ao final, solicitou o apoio dos conselheiros para ampliar a participação na pesquisa. A Presidenta do CNS agradeceu a apresentação e solicitou que o convite para preenchimento do questionário fosse

reenviado aos conselheiros e às conselheiras, reforçando a importância da participação do Colegiado. **APRESENTAÇÃO DAS NOVAS NOMEAÇÕES DE CONSELHEIROS(AS) NACIONAIS DE SAÚDE E DOS(AS) COORDENADORES(AS) NACIONAIS DE PLENÁRIAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE PRESENTES NA REUNIÃO - I - Entidades e movimentos nacionais de usuários do SUS.** 1º Suplente: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS) - Suely Corrêa de Oliveira (substituindo Camila de Lima Sarmento). *Publicado em: 09/02/2026|Edição: 27|Seção: 2|Página: 59* (essa substituição foi apresentada na 375ª Reunião Ordinária, mas a conselheira não estava presente). Os representantes da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, devidamente eleitos nos termos da Resolução nº 774/2025, tiveram suas indicações formalizadas e encaminhadas ao CNS no período compreendido entre 11 de março e 7 de abril. **Coordenação Nacional de Plenárias –** as novas pessoas representantes que passarão a compor a coordenação de plenárias são: pela Região Nordeste, representando o Estado de Alagoas, foi indicado Maurício Sarmento. Pela Região Sul, no estado do PARANÁ, foi indicada Márcia Zambrini, tendo como suplentes Ângelo Barreiros e Sibeles Santos de Oliveira. Ainda pela Região Sul, no Estado de Santa Catarina, foi indicado Vinícius Bof, com Gilberto Antônio Escuciato na suplência. Alguns estados ainda não concluíram o processo de indicação de representantes, sendo eles Bahia, Pará, Rondônia e São Paulo, cujas eleições estão previstas para ocorrer em abril de 2026. A coordenação de plenárias conta atualmente com a participação das seguintes pessoas conselheiras, representante do CNS: conselheiro Jacildo de Siqueira; conselheira Maria Eufrásia; conselheiro Getúlio Vargas; e conselheiro Mauri Bezerra. **JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA –** Titular: Abrahão Nunes da Silva, Central de Movimentos Populares (CMP), Usuário, Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Agnelo Temrité Wadzatsé, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), Usuário, Motivo: rodízio de titularidade. Titular: Andrea Cristina Pavei Soares, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Luiz Aníbal Vieira Machado, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: João Donizete Scaboli, Força Sindical (FS), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Maria Thereza Almeida Antunes, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Josaine de Sousa Palmieri Oliveira, Federação Nacional das APAES (FENAPAES), usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), gestor, motivo: participação 2º Suplente. Titular: Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto, Retina Brasil, usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Thiago Soares Leitão, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde (RENAFRO), usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Walquíria Cristina Batista Alves Barbosa, Associação Brasileira de Alzheimer e Condições Relacionadas (ABRAZ), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. 1ª suplente: Marina Andueza Pauledli, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC, motivo: rodízio de titularidade. **DATAS REPRESENTATIVAS – ABRIL –** 2/4 - Dia Mundial de Conscientização pelo Autismo (ONU). 4/4 - Dia Nacional da Pessoa com Parkinson. 6/4 - Dia Mundial da Atividade Física. 6/4 - Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. 7/4 - Dia Mundial da Saúde. 7/4 - Dia do Médico Legista. 8/4 - Dia Nacional do Sistema Braille. 8/4 - Dia Mundial de Luta contra o Câncer. 11/4 - Dia Mundial de Conscientização da Doença de Parkinson. 11/4 - Dia do Infectologista. 12/4 - Dia do Obstetra. 13/4 - Dia do Jovem. 14/4 - Dia Mundial da Doença de Chagas. 14/4 - Dia do Técnico em Serviço de Saúde. 16/4 - Dia Nacional da Voz. 17/4 - Dia Internacional da Luta Camponesa e Dia Nacional de Luta pela Reforma Agrária. 17/4 - Dia Internacional da Hemofilia (Doença genética e hereditária que afeta a coagulação do sangue). 19/4 - Dia dos Povos Indígenas. 22/4 - Dia da Terra. 24/4 - Dia Mundial de Combate à Meningite. 24 a 30/4 - Semana Mundial da Imunização. 25/4 - Dia Mundial da Luta contra a Malária. 26/4 - Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial (Data instituída pela Lei nº 10.439/2002). 28/4 - Dia Internacional das Vítimas de Acidentes de Trabalho e de Doenças Profissionais. 28/4 - Dia Nacional da Conscientização sobre a Doença de Fabry (Data instituída pela Lei nº 14.840/2024). 30/4 - Dia Nacional da Mulher. *Solicitações de inclusão:* 15/4 – Dia Mundial da Doença de Pompe. 20/4 – Dia Nacional de Atenção à Disfagia. 23/4 – Dia da Insuficiência Adrenal. 23/4 – Dia Nacional da Cistinose. 25/4 – Dia Nacional da Cistinose Nefropática. 29/4 – Dia Internacional de Conscientização sobre o Ruído. 29/4 – Dia Mundial da Imunodeficiência Primária. **INDICAÇÕES – 1)** Convite da SAES/Departamento de Atenção Especializada e Temática Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados para participar da Solenidade Comemorativa dos 25 anos da Política Nacional de Sangue,

178 Componentes e Hemoderivados, instituída pela Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, no dia
179 12 de março de 2026, em Brasília. *Indicação (referendar)*: conselheira Francisca Valda,
180 integrante da Mesa Diretora, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (Estava em
181 Brasília). **2)** Convite do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de
182 Informações Estratégicas em Saúde/Secretaria de Informação e Saúde Digital Ministério da
183 Saúde para participar do Lançamento da 3ª edição do Livro Verde da Ripsa - Indicadores
184 Básicos de Saúde: conceitos e aplicações, no dia 23 de março de 2026, em Brasília/DF.
185 *Indicação (referendar)*: Conselheira e coord. Adj. CIABS Francyslane Vitória da Silva do
186 Coletivo Nacional de Juventude Negra (ENEGRECER) (Reside em Brasília). **3)** Convite da
187 Diretoria-Executiva do Grupo Hospitalar Conceição - GHC para participar do Ato de Apoio ao
188 Pacto Nacional Brasil Contra o Feminicídio, no dia 26 de março de 2026 em Porto Alegre - RS.
189 *Indicação (referendar)*: Conselheira Maria Laura Carvalho Bicca Federação Nacional dos
190 Assistentes Sociais, FENAS, (Reside em Porto Alegre). **4)** Convite da Secretaria de Vigilância
191 em Saúde e Ambiente para participar da Reunião presencial sobre o Projeto “Mapeamento da
192 Legislação Brasileira Relacionada à Implementação do Regulamento Sanitário Internacional
193 (RSI) e suas Emendas: Análise Multissetorial de Lacunas (Gap Analysis)”, no dia 27 de março
194 de 2026, em São Paulo (FSP/USP). *Indicação (Referendar)*: Conselheira Rosângela Dornelles,
195 titular do GT pandemias e emergências, Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos
196 das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça (Custeio do Evento). **5)** Convite do
197 Instituto Oncoguia para palestrar e desenhar as políticas públicas que garantem acesso e
198 dignidade no SUS e na Saúde Suplementar com o Tema: “Os Desafios dos pacientes da saúde
199 suplementar”, no 16º Fórum Nacional Oncoguia, no dia 8 de abril, virtual. *Indicação*
200 *(Referendar)*: Conselheira Shirley Morales, Coord. Adj. CISS, Federação Nacional dos
201 Enfermeiros (FNE) (Virtual). **6)** Convite do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites
202 Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis para representar o CNS na Mesa de Abertura
203 na 8ª Reunião da Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais de HIV/Aids,
204 Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (CAMS), no dia 10 de
205 abril de 2026, em São Paulo. *Indicação (referendar)*: conselheiro Moyses Toniolo, Rede
206 Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+BRASIL). (Custeio do Evento). **7)**
207 Convite do Ministro do Estado da Saúde, Alexandre Padilha, para participar da “Aula Magna no
208 Instituto de Estudos em Saúde Coletiva e do Anúncio do Decreto que Regulamenta a Profissão
209 de Sanitarista”, no dia 7 de abril de 2026, no Rio de Janeiro. *Indicação (referendar)*: conselheiro
210 Paulo Garrido, Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em
211 Saúde Pública (ASFOC) (Reside no Rio). **8)** Convite do Centro de estudos Estratégicos da
212 Fiocruz “Antônio Ivo de Carvalho” para participar do Conselho de Acompanhamento da
213 exposição Vida reinventada: a pandemia de Covid-19 e a transformação do futuro, no dia 7 de
214 abril de 2026, na Fiocruz Rio de Janeiro. *Indicação (referendar)*: conselheiro Paulo Garrido,
215 Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública
216 (ASFOC) (Reside no Rio). **9)** Convite do Ministro do Estado da Saúde, Alexandre Padilha, para
217 participar da Homenagem às vítimas da Covid-19, no Dia Mundial da Saúde, no dia 7 de abril
218 de 2026, às 16h30, Centro Cultural do MS no Rio de Janeiro. *Indicação (referendar)*:
219 conselheiro Paulo Garrido, Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e
220 Inovação em Saúde Pública (ASFOC) (Reside no Rio). **10)** Convite do Conselho Federal de
221 Biologia - CFBio para participar do 2º Ciclo de debates: “A Biologia em uma só saúde”, no dia 7
222 de abril de 2026, em formato online. *Indicação (referendar)*: Conselheiro João Alves
223 Nascimento Júnior, Coord. Adj. CIVS, Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV
224 (Virtual). **11)** Convite do Senado Federal para participar da sessão solene a ser realizada no
225 dia 8 de abril de 2026, com o objetivo de celebrar o Dia Mundial da Saúde e realizar o
226 lançamento do *Vade Mecum* da Saúde 2026 – Referência legislativa para gestores do SUS.
227 *Indicação (Referendar)*: conselheira Débora Melecchi, Federação Nacional dos Farmacêuticos
228 (FENAFAR), (estará em Brasília). **12)** Convite do Conselho Estadual de Direitos Humanos de
229 Mato Grosso para participar do “III Seminário Estadual de Migrantes, Refugiados e Apátridas
230 de Mato Grosso”, nos dias 9 e 10 de abril de 2026, em Cuiabá – MT. *Indicação (referendar)*:
231 conselheiro Alex Gomes da Motta, Coordenador da CIVS, Pastoral da Saúde Nacional (PSN)
232 (Custeio CNS). **13)** Convite do projeto desenvolvido pelo Instituto Nacional de Cardiologia, em
233 cooperação com a Universidade de York, Fiocruz Brasília, Universidade de Brasília e outras
234 instituições brasileiras, para participar do Diálogo de Políticas “Critérios para decisão sobre
235 cobertura de tecnologia em saúde no contexto das doenças ultrarraras”, no dia 15 de abril de
236 2026, em Brasília. *Indicação (referendar)*: Conselheira Priscila Torres Movimento Social, *Bioered*
237 *Brasil*. (Custeio do evento). **14)** Convite do Conselho Nacional de Auto-regulamentação da

238 Acupuntura – CNAA, Federação dos Acupunturistas do Brasil – FENAB e Sociedade Brasileira
 239 de Acupuntura – SBA para participar da cerimônia de comemoração de regulamentação da
 240 Acupuntura (Lei nº. 15.345 de 12 de janeiro de 2026), no dia 28 de abril de 2026, em Brasília.
 241 *Indicação (referendar)*: conselheiro Abrahão Nunes da Silva, Coordenador da CIPPICS, Central
 242 de Movimentos Populares (CMP) (Custeio CNS). **15)** Convite da Secretaria de Vigilância em
 243 Saúde e Ambiente, indicação da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (CIVS/CNS),
 244 para participar da Oficina Regional de Implementação da Política Nacional de Vigilância em
 245 Saúde (PNVS) – AM/RR, nos dias 27 e 28 de abril de 2026, em Manaus/AM. *Indicação*
 246 *(referendar)*: Conselheiro Elenilson Silva de Souza, Coordenação Adjunta da CIVS, Movimento
 247 de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) (Custeio do evento). **16)**
 248 Convite da FNA nº 0116/2026, da Federação Nacional das Apaes – Fenapaes para participar
 249 da abertura solene do 1º Encontro Nacional de Articulação de Ações da Rede Apaes com o
 250 tema “Caminhos para implementação do Ano da Família Apaiana”, no dia 4 de maio de 2026,
 251 em Brasília-DF. *Indicação (referendar)*: Conselheira Vânia Leite, Integrante da Mesa Diretora e
 252 coord. CISCV, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) (Reside em Brasília). **17)**
 253 Convite da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA/ Núcleo Especial de
 254 Atenção Primária para participar do Seminário Estadual da Política de Saúde Integral da
 255 População Negra com o Tema: Racismo Estrutural e Seus Impactos na Saúde Mental da
 256 População Negra, no dia 22 de maio de 2026 Vitória/ES. *Indicação (referendar)*: Conselheira
 257 Rosa Maria Anacleto, coordenadora da CISMU, União de Negras e Negros Pela Igualdade
 258 (UNEGRO), (Custeio CNS). **18)** Convite da Diretoria da SBAC e sua Comissão Científica para
 259 participar da 51ª Edição do Congresso Brasileiro de Análises Clínicas, na atividade: Fórum de
 260 Proprietários de Laboratórios, com o Tema: PNDL 5478/2025, no dia 30 de junho de 2026, no
 261 Rio de Janeiro. *Indicação (referendar)*: Conselheira Débora Melecchi, coord. CICTAF,
 262 Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR) (Custeio do Evento). *Comissões externas.*
 263 **19)** A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente solicita à Comissão Intersetorial de Saúde
 264 do (a) Trabalhador (a) a indicação de representantes para compor o Grupo de Trabalho
 265 Ministerial com a finalidade de sistematizar estratégias para o fortalecimento das ações de
 266 Formação, Atenção e Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em situação de
 267 informalidade. *Indicação (referendar)*: Titulares: Jacildo de Siqueira Pinho, Confederação
 268 Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); e
 269 Eurídice Ferreira de Almeida, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-
 270 Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FASUBRA). Suplentes:
 271 João Donizete Scaboli, Força Sindical (FS); e Luiz Aníbal Vieira Machado, Nova Central
 272 Sindical de Trabalhadores (NCST). **20)** A Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
 273 convida representantes do CNS, pela CISTT, para compor o Grupo de Trabalho para
 274 aprimoramento da gestão dos recursos financeiros da Rede Nacional de Atenção Integral à
 275 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - RENASTT, Vigilância em Saúde do Trabalhador -
 276 VISAT e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST. O CNS manifestou
 277 anuência em participar da referida instância. *Indicação (Referendar)*: Titular: Jacildo de
 278 Siqueira Pinho, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura
 279 Familiar do Brasil - CONTRAF. *Suplente*: Eurídice Ferreira de Almeida, Federação de
 280 Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior
 281 Públicas do Brasil - FASUBRA. **21)** A Secretaria de Saúde Indígena – SESA/CNS convida o
 282 CNS e a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI para comporem o Fórum Consultivo
 283 do Programa Nacional de Saneamento Indígena - PNSI, destinado à participação, articulação
 284 interinstitucional e ao acompanhamento da implementação do PNSI, voltado à garantia do
 285 direito ao saneamento para os povos indígenas. O Fórum Consultivo tem por finalidade
 286 fortalecer a integração de políticas públicas e promover o diálogo entre órgãos governamentais
 287 e organizações indígenas. *Indicação (referendar)*: Titular: Haroldo Jorge de Carvalho Pontes,
 288 Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS pela CISI. Suplente: Vânia Lúcia
 289 Ferreira Leite, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, CNBB, pelo CNS. **22)** O Fórum dos
 290 Usuários informa que houve a abertura de uma vaga de titularidade na Comissão Intersetorial
 291 de Alimentação e Nutrição - CIAN, em decorrência da saída da Conselheira Camila Sarmento
 292 (ANEPS). A atual representante da ANEPS no CNS, Suely Correa de Oliveira, foi consultada e
 293 declarou não ter interesse em assumir a coordenação da comissão, posição anteriormente
 294 ocupada por Camila Sarmento. Diante dessa situação, o tema foi discutido no âmbito da CIAN
 295 e foi definido que o primeiro suplente subsequente da CIAN assumiria a titularidade. *Indicação*
 296 *(referendar)*: José Oliveira da Silva, Comissão Pastoral da Terra (CPT), Coordenador Adjunto.
 297 *Atividade internacional.* **23)** 79ª Assembleia Mundial da Saúde, de 18 a 23 de maio de 2026 em

Genebra. *Indicação (referendar)*: usuários: Carmem Silva Ferreira Santiago, Central Única dos trabalhadores - CUT; Maicon Ricardo Nunes Martins, Movimento Negro unificado - MNU; Getúlio Vargas de Moura Júnior, Mesa Diretora, Confederação Nacional das Associações de Moradores - CONAM; Heliana Hemetério dos Santos, Mesa Diretora, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas - Rede Candaces BR; Priscila Torres da Silva, Mesa Diretora, Bioed Brasil; e Vânia Lúcia Ferreira Leite, Mesa Diretora, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB. Trabalhadores: Fernanda Lou Sans Magano, Presidenta do CNS, Federação Nacional dos Psicólogos - FENAPSI; Francisca Valda da Silva, Mesa Diretora Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN; e Ana Carolina Freire Lopes, Conselho Federal de Psicologia. *Secretaria Executiva do CNS*: Jannayna Sales; Luiz Filipe, Elisangela Cordeiro e Nathalia Alvarez. **Deliberação: as indicações foram aprovadas por unanimidade.**

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DA MESA DIRETORA DO CNS – No período compreendido entre 12 e 31 de março de 2026, a Mesa Diretora do CNS participou de solenidades, reuniões institucionais, eventos técnico-científicos e encontros voltados ao fortalecimento das políticas públicas de saúde, da participação social e do SUS. Em 12 de março, conselheiro Elenilson Silva de Souza participou da Mesa de Abertura da Conferência Nacional de Alto Nível em Hanseníase 2026 – Intensificando esforços por um Brasil Livre da Hanseníase, realizada no Rio de Janeiro, por convite da Coordenação-Geral de Vigilância da Hanseníase e Doenças do Ministério da Saúde. Na mesma data, conselheira Francisca Valda da Silva, da Mesa Diretora, representou o CNS na solenidade comemorativa pelos 25 anos da Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, realizada em Brasília, por convite da Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados - CGSH/DAET/SAES/MS. No dia 13 de março, conselheiro Paulo Garrido participou da inauguração do Centro de Traumatologia do Hospital Federal do Andaraí, no Rio de Janeiro, por convite do Ministério da Saúde. Entre os dias 17 e 19 de março, foi realizada, em Salvador (BA), a 221ª Reunião Ordinária da Mesa Diretora do CNS, com a participação das conselheiras e dos conselheiros integrantes da Mesa Diretora do CNS. Ainda em 17 de março, conselheiro Paulo Garrido participou da Aula Inaugural da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), referente ao primeiro semestre letivo de 2026, com o tema "Autonomia Universitária e Soberania na Era Digital", realizada no Rio de Janeiro. Em 18 de março, o assessor técnico do CNS, Haroldo Fernandes, ponto focal da Comissão Intersectorial de Relação de Trabalho e Educação na Saúde – CIRTES/CNS, participou da Cerimônia Nacional de Diplomação dos Cursos Técnicos do Programa Mais Saúde, da 2ª Mostra Nacional de Experiências de Integração entre Agentes de Combate às Endemias - ACE e Agentes Comunitários de Saúde - ACS nos Territórios e da 2ª Mostra Nacional do Programa Mais Saúde, realizadas em Brasília, por convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS. Em 20 de março, a conselheira Priscila Torres da Silva participou da cerimônia comemorativa pelos 80 anos do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de São Paulo - Sinfar/SP, por convite do Sinfar/SP, realizada na cidade de São Paulo. No dia 23 de março, conselheira Francyslane Vitória da Silva participou do lançamento da 3ª edição do Livro Verde da RIPSa – Indicadores Básicos de Saúde: conceitos e aplicações, realizado em Brasília, por convite do Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde - SEIDIGI/MS. Nos dias 24 e 25, conselheiras Vânia Lúcia Ferreira Leite, Débora Melecchi e Maria do Carmo Tourinho e conselheiro Eder Gatti participaram do Fórum Interconselhos, realizado em Brasília. No dia 26 de março, a Presidenta do CNS, conselheira Fernanda Lou Sans Magano, participou da 3ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT de 2026, realizada em Brasília, por convite da Secretaria-Executiva da CIT. Na mesma data, a conselheira Maria Laura Carvalho Bicca participou do evento Pacto Nacional Brasil contra o Feminicídio, em Porto Alegre/RS, por convite da Diretoria-Executiva do Grupo Hospitalar Conceição - GHC. Em 27 de março, a conselheira Rosângela Dornelles participou do evento Mapeamento da Legislação Brasileira Relacionada à Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e suas Emendas: Análise Multissetorial de Lacunas (Gap Analysis), realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, por convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - SVSA/MS. Na mesma data, ocorreu o Encontro Estadual de Saúde do Piauí, com a participação da Presidenta do CNS, Fernanda Lou Sans Magano, e das conselheiras Priscila Torres da Silva e Vânia Lúcia Ferreira Leite, além do Encontro Estadual de Saúde de São Paulo. Encontros estaduais – 18/3 - Encontro Estadual de Saúde da Bahia – participantes: Fernanda Lou Sans Magano; Francisca Valda da Silva; Getúlio Vargas de Moura Júnior; Heliana Hemetério; Priscila Torres da Silva; Vânia Lúcia Ferreira Leite; Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda; e Cristiane Pereira dos Santos. 23/3 - Encontro Estadual de Saúde do Rio Grande

do Norte – participante: Cristiane Pereira dos Santos. 24/3 - Encontro Estadual de Saúde do Espírito Santo – participante: Secretaria Executiva CNS. 25/3 - Encontro Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – participante: Secretaria Executiva CNS. 27/3 - Encontro Estadual de Saúde do Piauí – participantes: Francisca Valda da Silva; e Getúlio Vargas de Moura Júnior. 30/3 - Encontro Estadual de Saúde de Roraima – participantes: Priscila Torres da Silva; e Vânia Lúcia Ferreira Leite. 31/3 - Encontro Estadual de Saúde de Alagoas – participante: Fernanda Lou Sans Magano. 31/3 - Encontro Estadual de Saúde de Alagoas – participante: Cristiane Pereira dos Santos. Para conhecimento. **ITEM 3 – PROGRAMA NACIONAL DE SANEAMENTO INDÍGENA – PNSI – Apresentação: Bernardo Aleixo**, representante do Instituto René Rachou da Fiocruz de Minas Gerais; **Camila Rebello Amui**, Engenheira Ambiental na Coordenação de Saúde Ambiental - DEAMB/SESAI/MS; e **Bruno Cantarella**, diretor do Departamento de Projetos e Determinantes Ambientais de Saúde Indígena – DEAMB, da Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS. *Coordenação:* conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** iniciou os trabalhos destacando a relevância do debate acerca do Programa Nacional de Saneamento Indígena - PNSI, ressaltando tratar-se de temática estratégica para a promoção da saúde e para a melhoria das condições de vida dos povos indígenas. Informou que o tema já havia sido debatido anteriormente no âmbito da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI/CNS, evidenciando a importância da articulação entre as instâncias de controle social e as áreas técnicas responsáveis pela formulação e execução das políticas públicas voltadas aos territórios indígenas. Ressaltou que o PNSI buscava assegurar o acesso das populações indígenas a serviços essenciais de saneamento, contemplando ações relacionadas ao abastecimento de água potável, à coleta e ao tratamento de esgoto, ao manejo de resíduos sólidos e à educação em saúde ambiental. Também foi enfatizado que a implementação dessas ações deveria respeitar as especificidades culturais, territoriais e organizativas de cada povo indígena, reconhecendo a diversidade existente entre os diferentes territórios e comunidades. Destacou ainda que o Conselho aprovou, em 29 de janeiro de 2026, a Recomendação nº 004, voltada ao fortalecimento do Programa Nacional de Saneamento Indígena. Segundo afirmou, a recomendação reforçava a necessidade de implementação de políticas intersetoriais capazes de priorizar o saneamento nos territórios indígenas, reconhecendo a relação direta entre saneamento adequado, promoção da saúde. O diretor do DEAMB/SESAI/MS, **Bruno Cantarella**, fez considerações sobre o tema, cumprimentando inicialmente as pessoas presentes e contextualizando os principais desafios relacionados ao saneamento nos territórios indígenas. Ressaltou que o saneamento constituía um desafio estrutural em diferentes contextos territoriais do país, incluindo áreas urbanas, rurais e comunidades tradicionais, não sendo diferente nos territórios indígenas, onde as dificuldades se mostravam ainda mais complexas em razão das especificidades geográficas, logísticas e históricas. Destacou que havia pouco conhecimento, inclusive entre profissionais das áreas de saúde e saneamento, sobre o papel desempenhado pela Secretaria de Saúde Indígena na execução de ações de saneamento básico em terras indígenas. Explicou que a atuação da SESAI não se restringia à assistência e à atenção primária à saúde, abrangendo também a implementação de infraestruturas relacionadas ao saneamento ambiental nos territórios indígenas. Destacou que, enquanto o Ministério das Cidades possuía orçamento próprio destinado às ações de saneamento em áreas urbanas e programas específicos voltados ao saneamento rural, executados em parceria com a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, a SESAI desenvolvia ações de saneamento indígena com limitações históricas de orçamento e de visibilidade institucional. Informou, contudo, que nos últimos anos havia sido possível ampliar significativamente as infraestruturas de abastecimento de água em territórios indígenas, alcançando a quadruplicação dos sistemas implantados, embora ainda persistisse um déficit elevado de cobertura e atendimento. Ao abordar os impactos da ausência de saneamento adequado, o expositor destacou que as doenças relacionadas às condições inadequadas de saneamento permaneciam entre os principais fatores associados aos elevados índices de mortalidade infantil indígena. Ressaltou, portanto, a necessidade de fortalecimento do PNSI como medida fundamental para a proteção da saúde, prevenção de agravos e redução das desigualdades enfrentadas pelos povos indígenas. A seguir, passou a palavra à engenheira ambiental da Coordenação de Saúde Ambiental/ DEAMB/SESAI/MS, **Camila Rebello Amui**, para explanação sobre o processo de construção do Programa e a situação atual de sua implementação. Iniciou sua apresentação cumprimentando as pessoas presentes e destacando a importância de ampliar a visibilidade da pauta do saneamento indígena no âmbito do

Ministério da Saúde. Ressaltou que, apesar da relevância estratégica do tema, ainda havia grande desconhecimento sobre as ações de saneamento desenvolvidas pela SESAI, motivo pelo qual considerava fundamental o fortalecimento institucional da pauta e a construção do PNSI, uma iniciativa pioneira no país. Ao contextualizar a atuação da secretaria, informou que a SESAI atendia aproximadamente 7.500 aldeias indígenas em todo o território nacional, contemplando mais de 300 povos distintos, cada qual com especificidades culturais, sociais e territoriais próprias. Destacou que existia profunda heterogeneidade entre os povos indígenas e, paralelamente, um significativo desconhecimento da sociedade brasileira acerca das reais condições de saneamento enfrentadas por essas populações. Nesse sentido, ressaltou que as doenças diarreicas permaneciam entre as principais causas de mortalidade indígena e que, mesmo em contextos urbanos, os povos indígenas ainda apresentavam condições de acesso ao saneamento inferiores às observadas em outros segmentos da população brasileira. Explicou que o Programa surgia em um contexto de articulação com diferentes políticas públicas nacionais relacionadas ao saneamento. Citou a Lei Nacional de Saneamento Básico, o Plano Nacional de Saneamento Básico e o Programa Nacional de Saneamento Rural, observando, contudo, que tais instrumentos historicamente não contemplavam adequadamente as especificidades dos povos indígenas. Destacou que o próprio Programa Nacional de Saneamento Rural reconheceu a necessidade de elaboração de uma política específica para as populações indígenas, diante da compreensão de que um programa voltado genericamente à população rural não seria capaz de responder à diversidade e às particularidades existentes nos territórios indígenas. Segundo a expositora, foi a partir desse reconhecimento que a SESAI assumiu, em 2023, o desafio de construir o Programa Nacional de Saneamento Indígena, cujo lançamento encontrava-se em fase final de preparação. Ao detalhar o processo de construção do programa, informou que a elaboração do PNSI ocorreu de forma amplamente participativa e estruturada em quatro níveis de colaboração. No âmbito interinstitucional, destacou a criação de grupo de trabalho com participação de diversas instituições, incluindo a FIOCRUZ, o Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima, o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, a FUNASA, a Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico - ANA, entre outros órgãos federais. Explicou que o objetivo dessas articulações foi debater como as políticas públicas de saneamento existentes ainda excluíam as populações indígenas de suas estratégias e diretrizes, inclusive em áreas como resíduos sólidos, acesso à água e tecnologias sociais. Relatou ainda que a construção do programa envolveu intenso processo de escuta nos DSEIs, com a contratação de pesquisadores responsáveis por realizar estudos de caso, visitas às aldeias e diálogos com lideranças, profissionais de saúde e comunidades indígenas. Informou que também foram promovidas oficinas regionais e reuniões com organizações representativas do movimento indígena, como a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil e a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, caracterizando um processo de construção coletiva e participativa. Destacou que um dos principais avanços do programa foi a construção de um novo conceito de acesso ao saneamento indígena, elaborado a partir do diálogo com as próprias lideranças indígenas. Explicou que os parâmetros tradicionalmente utilizados pelas políticas públicas de saneamento não eram suficientes para definir o que representava efetivamente o acesso adequado nos territórios indígenas. Nesse contexto, afirmou que o programa passou a considerar elementos como a consulta prévia às comunidades como condição fundamental para caracterizar o acesso adequado aos serviços de saneamento, questionando as bases convencionais utilizadas na formulação das políticas públicas nacionais. Com base nos estudos realizados durante a construção do programa, apresentou diagnóstico que revelou grave cenário de desigualdade sanitária nos territórios indígenas. Informou que aproximadamente metade da população indígena não possuía acesso à água potável em seus domicílios, enquanto apenas cerca de 10% dos domicílios indígenas contavam com acesso adequado ao esgotamento sanitário. Em relação ao manejo de resíduos sólidos, apontou que somente 2% da população indígena possuía atendimento adequado. Segundo a expositora, esse quadro demonstrava a dimensão do déficit existente e justificava a urgência da implementação do Programa Nacional de Saneamento Indígena como resposta estruturante para enfrentar as desigualdades históricas vivenciadas pelos povos indígenas. Ao apresentar a estrutura do programa, informou que o PNSI foi organizado em cinco eixos estratégicos: infraestrutura e tecnologia; gestão do saneamento; educação; cooperação, parcerias e articulação; e participação e controle social. Explicou que o eixo de infraestrutura buscava garantir a implementação das obras e soluções tecnológicas necessárias ao saneamento indígena; o eixo de gestão pretendia assegurar maior eficiência na administração das infraestruturas

implantadas; o eixo de educação tinha como objetivo qualificar profissionais e comunidades; o eixo de cooperação e articulação buscava fortalecer parcerias institucionais; e o eixo de participação e controle social visava assegurar o protagonismo indígena na construção, execução e monitoramento do programa. Acrescentou que o programa pretendia desenvolver novas tecnologias sociais e novos modelos de execução, capazes de alcançar comunidades historicamente excluídas do acesso ao saneamento. Destacou também a intenção de incorporar os saberes indígenas ao planejamento e à gestão das ações, além de ampliar o número de parcerias institucionais para fortalecer a atuação nos territórios indígenas. Ao detalhar o eixo de infraestrutura e tecnologia, explicou que estavam sendo desenvolvidas estratégias como o credenciamento de organizações da sociedade civil para implementação de soluções de saneamento, o lançamento de editais para tecnologias sociais, a criação de atas nacionais para aquisição de materiais e o estabelecimento de metodologias que assegurassem a consulta prévia às comunidades indígenas. Segundo a expositora, o modelo pretendia tornar os processos menos burocráticos, acelerar a execução das obras e ampliar a participação de organizações indígenas e parceiros locais, inspirando-se em experiências exitosas como o Programa Cisternas. No eixo de gestão do saneamento, informou que estava sendo estruturado um sistema nacional de informações de saneamento indígena, denominado Vigiamb, desenvolvido em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS - PROADI-SUS. Explicou que o sistema permitiria atualização em tempo real das informações das aldeias, contribuindo para o planejamento das ações de manutenção, logística e gestão das infraestruturas. Ressaltou ainda a importância do fortalecimento da atuação dos Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN nesse processo. No eixo de educação, destacou que o programa previa a formação de multiplicadores nos territórios indígenas, a realização de encontros formativos e a produção de materiais didáticos em línguas indígenas e em português. Segundo a expositora, tais iniciativas buscavam promover maior alinhamento dos profissionais que atuavam nos territórios, além de reconhecer e valorizar os saberes indígenas relacionados ao saneamento ambiental. Informou também que estava em desenvolvimento um currículo pedagógico específico para o tema, associado a projetos de formação em saúde ambiental indígena. Ao abordar o eixo de cooperação, parcerias e articulação, informou que havia sido criada a Rede Nacional de Saneamento Indígena, que já contava com mais de duzentas organizações cadastradas, interessadas em atuar ou que já atuavam no tema. Explicou que a rede tinha como finalidade organizar e alinhar as ações desenvolvidas nos territórios, promovendo maior integração entre organizações parceiras e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Destacou ainda as articulações com organismos internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Organização Pan-Americana da Saúde, voltadas à ampliação do financiamento e ao fortalecimento das ações de saneamento indígena. Informou que as articulações já realizadas haviam possibilitado a implantação de mais de novecentas soluções de abastecimento de água, fruto das parcerias estabelecidas durante o processo de construção do programa. Acrescentou que também estavam em curso iniciativas relacionadas ao acesso a fundos voltados às mudanças climáticas, visando ampliar os recursos disponíveis para o saneamento indígena. Por fim, ao tratar do eixo de participação e controle social, destacou que o programa previa a criação de fórum consultivo para acompanhamento permanente do PNSI, com participação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena - CONDISI, do movimento indígena e de instâncias de controle social, incluindo o CNS - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI. Ressaltou ainda a importância da construção de metodologias que permitissem comprovar a realização de consultas prévias e a efetiva participação das comunidades indígenas nas decisões relacionadas às ações de saneamento. Nesse sentido, explicou que o programa estabeleceria mecanismos como relatórios, atas de reuniões e registros formais de diálogo com lideranças locais, de modo a garantir transparência, protagonismo indígena e respeito aos protocolos comunitários. Encerrando sua apresentação, afirmou que o Programa Nacional de Saneamento Indígena representava uma inovação na forma de executar obras e ações de saneamento nos territórios indígenas, ao combinar participação social, valorização dos saberes tradicionais, fortalecimento institucional, novas tecnologias sociais e integração entre diferentes parceiros. Manifestou orgulho pelo processo coletivo de construção do programa e ressaltou a expectativa pela sua implementação e lançamento oficial. Continuando, o engenheiro civil, pesquisador da FIOCRUZ Minas e representante do Instituto René Rachou, **Bernardo Aleixo**, iniciou sua apresentação agradecendo o convite para participar da reunião do Conselho, destacando a relevância histórica e política do espaço para o fortalecimento do SUS e para a discussão sobre saneamento indígena. Ressaltou que a Fiocruz Minas teve a

538 oportunidade de contribuir diretamente com o processo de construção do PNSI,
539 acompanhando de perto o empenho, o cuidado metodológico e a dedicação da SESAI/MS na
540 elaboração do programa em prazo relativamente curto, mas com elevada qualidade técnica e
541 ampla participação social. Explicou que sua intervenção buscava apresentar uma análise mais
542 ampla acerca do saneamento indígena no Brasil, ressaltando elementos que reforçavam a
543 importância do PNSI. Informou que a contribuição da Fiocruz ocorreu especialmente nas áreas
544 de diagnóstico, monitoramento e avaliação, além da participação em reuniões técnicas
545 relacionadas à construção do programa. Acrescentou que sua exposição dialogaria com
546 estudos internacionais, pesquisas acadêmicas e análises produzidas em parceria com a SESAI
547 sobre a situação do saneamento indígena no país. Destacou inicialmente um relatório
548 produzido pela Organização das Nações Unidas acerca dos direitos humanos à água potável e
549 ao saneamento dos povos indígenas, elaborado pelo relator especial Pedro Arrojo. Segundo o
550 expositor, o documento abordava aspectos relacionados à situação atual dos povos indígenas,
551 às culturas ancestrais e aos desafios futuros envolvendo água e saneamento, incluindo
552 questões relacionadas à gestão da água a partir das cosmovisões indígenas, às restrições
553 históricas ao acesso aos direitos fundamentais e às consequências da crise hídrica global para
554 os territórios indígenas. Ao comentar as conclusões do relatório, afirmou que a ONU
555 reconhecia os impactos históricos do colonialismo e da exclusão estrutural dos povos
556 indígenas, ressaltando que tais processos se refletiam diretamente nas precárias condições de
557 acesso ao saneamento. Observou que essa realidade também se manifestava no Brasil, onde
558 os povos indígenas figuravam entre os grupos populacionais com piores condições de acesso
559 à água e ao saneamento. Destacou, contudo, que o país possuía uma particularidade
560 relevante, ao contar com atuação federal específica voltada ao saneamento indígena dentro do
561 Ministério da Saúde, por meio da SESAI, o que representava importante potencial para
562 fortalecimento das políticas públicas na área. Ressaltou ainda que o relatório da ONU apontava
563 como fundamentais o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, a garantia de
564 participação efetiva dessas populações nos processos decisórios e o fortalecimento do
565 protagonismo das mulheres indígenas, especialmente em relação à gestão da água e dos
566 territórios. Destacou que tais elementos encontravam-se incorporados na estrutura do PNSI,
567 particularmente no eixo de participação e controle social. Na sequência, apresentou resultados
568 preliminares de estudo desenvolvido pela Fiocruz Minas sobre o estado da arte do saneamento
569 indígena no Brasil, baseado em revisão de literatura científica nacional. Informou que a
570 pesquisa identificou número ainda reduzido de estudos sobre o tema, totalizando 93 trabalhos
571 acadêmicos, dos quais apenas dois contavam com coautoria indígena. Segundo o expositor, os
572 dados demonstravam a necessidade de ampliação das pesquisas e da produção de
573 conhecimento sobre saneamento indígena, bem como o fortalecimento da participação
574 indígena nos processos de investigação científica. Ao comentar os resultados da revisão,
575 destacou que os estudos analisados evidenciavam precariedade histórica das infraestruturas
576 de saneamento nos territórios indígenas, agravada por fatores como mineração, contaminação
577 ambiental, ausência de esgotamento sanitário adequado e ocorrência frequente de defecação
578 a céu aberto. Ressaltou que muitos estudos apontavam elevadas taxas de parasitoses
579 intestinais, anemia e desnutrição infantil associadas às condições inadequadas de
580 saneamento, configurando situação muito mais grave do que aquela observada na população
581 em geral. Também mencionou que a pandemia de COVID-19 evidenciou ainda mais os
582 impactos da ausência de saneamento nos territórios indígenas. Salientou ainda lacunas
583 importantes relacionadas à formação profissional na área de saneamento indígena,
584 observando que existiam poucos estudos e materiais voltados especificamente aos AISAs,
585 diferentemente do que ocorria em relação aos Agentes Indígenas de Saúde. Ressaltou
586 também a necessidade de aprofundar estudos sobre os impactos da ausência de saneamento
587 na saúde mental das populações indígenas. Apresentou também resultados de estudo de
588 avaliabilidade realizado pela Fiocruz Minas em parceria com a SESAI e financiado pelo
589 Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia - DECIT e do
590 Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Explicou que o estudo teve
591 como objetivo mapear o funcionamento das ações de saneamento indígena, identificando
592 fluxos operacionais, desafios estruturais e necessidades institucionais relacionadas à execução
593 da política pública. Citou, entre os principais desafios identificados, a alta rotatividade de
594 profissionais, a insuficiência das equipes técnicas, as dificuldades logísticas de acesso aos
595 territórios indígenas, a necessidade de maior capacitação e acompanhamento dos Agentes
596 Indígenas de Saneamento, a ausência de sistemas organizados de informação e as limitações
597 orçamentárias frente às demandas existentes. Ressaltou que grande parte desses problemas

vinha sendo enfrentada pela estrutura proposta no âmbito do Programa, especialmente por meio da criação de sistemas de informação, fortalecimento das equipes, planejamento das ações e definição de metas específicas. Ao tratar dos desafios contemporâneos, destacou os impactos das mudanças climáticas sobre os territórios indígenas, especialmente na região amazônica, apontando que o aumento das temperaturas, o avanço do desmatamento e a contaminação ambiental traziam novos obstáculos à implementação das ações de saneamento. Defendeu maior integração entre os Agentes Indígenas de Saneamento e os Agentes Indígenas de Saúde, bem como a construção de soluções adaptadas às cosmovisões e formas de organização social dos povos indígenas. Afirmou ainda que a participação social constituía elemento central para a efetividade das ações de saneamento indígena, ressaltando que uma solução somente poderia ser considerada adequada quando validada pelas próprias comunidades indígenas e compatível com suas visões de mundo. Nesse sentido, destacou que o programa contribuía para consolidar uma lógica de atenção diferenciada também no campo do saneamento, complementando o conceito já existente na atenção à saúde indígena. Em suas considerações finais, avaliou que o Programa representava avanço significativo no planejamento, na gestão e no financiamento das ações de saneamento nos territórios indígenas, ao estabelecer metas específicas, fortalecer articulações institucionais, ampliar a integração entre saneamento e saúde indígena e incorporar os direitos humanos à água e ao saneamento como princípios estruturantes. Ressaltou que o programa possuía potencial para enfrentar o histórico déficit de acesso existente entre os povos indígenas e afirmou que havia grande expectativa, tanto da academia quanto da sociedade, em relação ao lançamento e à implementação da iniciativa. Por fim, agradeceu novamente o convite e colocou-se à disposição para o diálogo e para o aprofundamento das discussões. Na sequência, a mesa abriu para considerações do Pleno. Conselheiro **Claudemir Moreira Vaz**, representante da ARP Sul no CNS, iniciou sua intervenção parabenizando os expositores e reconhecendo a complexidade dos desafios relacionados ao saneamento nos territórios indígenas. Relatou que realizou diálogo prévio com lideranças indígenas da região Sul para compreender a realidade vivenciada nas aldeias e afirmou que uma das principais dificuldades identificadas estava relacionada à histórica separação entre saúde indígena e saneamento, construída ainda no período da FUNASA. Segundo o conselheiro, essa separação acabou se consolidando tanto entre profissionais quanto entre lideranças indígenas, dificultando a integração entre as ações de saúde e saneamento, situação que avaliou como uma das principais barreiras a serem enfrentadas na implementação do PNSI. Destacou ainda a precariedade relacionada à oferta de insumos básicos para manutenção dos sistemas de saneamento nas aldeias, mencionando a ausência de materiais simples, como conexões, canos e torneiras. Também apontou a necessidade de fortalecimento da formação dos AISANs, ressaltando que esses profissionais atuavam como elo entre as comunidades indígenas, os polos-base e as equipes de saúde. Defendeu igualmente a regulamentação das categorias dos Agentes Indígenas de Saúde e dos Agentes Indígenas de Saneamento, destacando que ambas permaneciam sem regulamentação formal. Mencionou ainda problemas relacionados à higienização de reservatórios, ao tratamento inadequado da água e à precariedade da manutenção de poços antigos existentes nos territórios indígenas. Segundo relatou, muitos desses sistemas sequer estavam devidamente cadastrados ou contabilizados pela SESAI/MS, embora permanecessem em funcionamento improvisado nas comunidades. Também chamou atenção para a precariedade dos sistemas de esgotamento sanitário, frequentemente constituídos por fossas antigas e inadequadas, cuja ausência de manutenção provocava contaminação do solo, rios e nascentes, contribuindo para o aumento de doenças infectocontagiosas. Enfatizou ainda a ausência de diálogo entre as equipes de saneamento e as equipes de saúde indígena, relatando que os profissionais responsáveis pelo saneamento frequentemente realizavam visitas às aldeias apenas para resolver problemas relacionados à água, sem articulação com as equipes de saúde. Acrescentou que também havia fragilidade na relação entre a SESAI e os municípios, especialmente no que se referia à coleta de resíduos sólidos nas aldeias, uma vez que muitos municípios atribuíam integralmente à SESAI a responsabilidade pelas ações de saneamento. Como exemplo, mencionou situação observada no norte do Rio Grande do Sul, em que a Companhia Riograndense de Saneamento realizava captação de água dentro de território indígena sem que as comunidades fossem beneficiadas pelo acesso à água tratada. Ao final, desejou êxito à implementação do programa, ressaltando a necessidade urgente de diálogo e articulação entre União, estados e municípios. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, agradeceu aos expositores pelo empenho e dedicação demonstrados na construção do PNSI, reconhecendo a complexidade da temática e a

profundidade dos desafios enfrentados pelos povos indígenas. Ressaltou que o debate permitia ao Conselho conhecer mais profundamente uma realidade ainda pouco compreendida por muitos setores da sociedade. Destacou a importância de o programa ter sido construído sob a perspectiva da participação social e do controle social, ressaltando que essa metodologia dialogava diretamente com os princípios históricos do CNS. Também enfatizou o simbolismo da realização do debate durante o mês de abril, período marcado pelas mobilizações do movimento indígena em Brasília, mencionando o contexto do Acampamento Terra Livre. Defendeu ainda que o sistema de informações previsto no PNSI deveria possuir caráter público e transparente, possibilitando o acompanhamento social e o fortalecimento do diálogo entre as equipes de saúde e saneamento. Ressaltou que o programa dialogava diretamente com a defesa do direito humano à saúde e ao saneamento, especialmente no que se referia aos povos originários. Colocou o Conselho à disposição para contribuir institucionalmente com o avanço da agenda, reconhecendo que barreiras políticas e institucionais ainda precisariam ser enfrentadas, sobretudo diante de um contexto nacional em que os direitos territoriais indígenas continuavam sendo alvo de questionamentos e disputas. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, coordenadora adjunta da CISI/CNS, relatou experiência vivenciada recentemente durante visita a comunidades do povo Xavante, afirmando que os povos indígenas também demandavam, cada vez mais, condições adequadas de saneamento dentro das moradias, especialmente banheiros, por razões relacionadas à dignidade, saúde e segurança. Relatou que ouviu de integrantes das comunidades que muitos idosos já não possuíam condições físicas de se deslocar até áreas afastadas para realizar suas necessidades fisiológicas. Também descreveu a situação precária observada em unidades básicas de saúde indígenas, destacando condições sanitárias extremamente inadequadas. Questionou a mesa acerca dos mecanismos de financiamento e manutenção previstos para assegurar a sustentabilidade dos sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e manejo de resíduos sólidos implantados no âmbito do programa, especialmente em localidades com maiores déficits de acesso. Também indagou se o sistema de monitoramento previsto no PNSI contemplaria indicadores capazes de medir os impactos das ações na redução de doenças de veiculação hídrica e na melhoria da qualidade de vida das comunidades indígenas, solicitando explicações sobre os indicadores já definidos. Conselheiro **José Oliveira da Silva** parabenizou a equipe responsável pela construção do programa e lembrou sua participação anterior no processo de elaboração do Programa Nacional de Saneamento Rural, no período em que Bernardo Aleixo ainda atuava na FUNASA. Demonstrou preocupação pelo fato de o programa anterior não ter sido efetivamente implementado, manifestando expectativa de que o PNSI pudesse sair do papel e produzir resultados concretos. Ressaltou que saneamento e saúde eram dimensões inseparáveis, afirmando que não existia saúde adequada sem saneamento básico. Também destacou a relevância da ampla participação das comunidades indígenas na elaboração do programa. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, afirmou que os problemas de execução orçamentária da FUNASA impactavam diretamente a implementação das políticas de saneamento. Apresentou dados relacionados ao orçamento da Fundação em 2025, destacando baixa execução financeira e dificuldades históricas na utilização dos recursos disponíveis, inclusive oriundos de emendas parlamentares. Ressaltou ainda a existência de elevado passivo financeiro relacionado a restos a pagar acumulados pela FUNASA, afirmando que a baixa execução orçamentária se refletia diretamente na ausência de serviços efetivos nos territórios. Considerou importante a participação da FUNASA no debate para explicações sobre as dificuldades de execução das ações e mencionou as mudanças recentes relacionadas à vinculação institucional da fundação entre o Ministério das Cidades e o Ministério da Saúde. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, coordenador adjunto da CISI/CNS, ressaltou que o PNSI já vinha sendo debatido amplamente no âmbito da CISI/CNS, inclusive com participação direta da equipe técnica responsável pela elaboração do programa. Informou que o Conselho já havia indicado representantes para compor o fórum consultivo previsto no âmbito do Programa. Reconheceu a elevada qualidade técnica do programa, destacando seu caráter participativo e sua elaboração cuidadosa. Contudo, alertou que o programa permanecia apenas “em vias de ser lançado”, sem implementação efetiva. Questionou diretamente quais obstáculos ainda impediam o lançamento e a operacionalização do PNSI, afirmando que a necessidade da política já era amplamente reconhecida e que não havia justificativa plausível para maiores atrasos. Sugeriu que o Conselho aprovasse recomendação, solicitando a implementação imediata do programa, afirmando que não bastava apenas manter expectativas ou esperança em torno da proposta, sendo necessário exigir sua efetiva execução. Conselheira Lúcia Xavier parabenizou os expositores e sugeriu que o tema

do saneamento indígena passasse a integrar permanentemente a agenda do Conselho Nacional de Saúde, permitindo acompanhamento contínuo da implementação do programa. Ressaltou que o saneamento indígena não poderia ser compreendido apenas como questão de infraestrutura, mas como política diretamente relacionada à dignidade, saúde e garantia de direitos. Conselheira **Lucia Helena Modesto Xavier** defendeu maior integração entre as áreas de saúde e saneamento, com definição transparente de responsabilidades e fortalecimento da participação das comunidades indígenas nas decisões. Também destacou a necessidade de soluções adaptadas às especificidades culturais e territoriais dos povos indígenas, rejeitando a simples reprodução de modelos urbanos em contextos distintos. Ressaltou ainda a importância de garantir sustentabilidade às ações implantadas, incluindo operação, manutenção e monitoramento permanente, articulando o saneamento às políticas de atenção à saúde indígena e aos indicadores de redução de doenças evitáveis. Conselheiro **Anselmo Dantas** cumprimentou a mesa e destacou que os povos indígenas ainda permaneciam privados de direitos básicos relacionados ao saneamento ambiental. Ressaltou que o acesso ao saneamento constituía dimensão essencial da qualidade de vida e da justiça social. Como coordenador da Comissão de Saúde Bucal, lembrou que o Conselho já havia tomado conhecimento da situação precária vivenciada por crianças indígenas privadas do acesso à fluoretação da água, medida de saúde pública consolidada há décadas no país. Manifestou preocupação com o avanço dos processos de privatização dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário após o novo marco regulatório do saneamento, questionando como essa realidade impactaria as comunidades indígenas localizadas próximas aos centros urbanos. Defendeu que os povos originários não poderiam continuar aguardando indefinidamente pelo acesso a direitos fundamentais reconhecidos para o restante da população brasileira. Por fim, conselheira **Francisca Valdada Silva** associou-se às falas anteriores e reafirmou que o saneamento constituía direito universal garantido constitucionalmente e dever do Estado. Ressaltou que o programa abrangia dimensões fundamentais, como abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e drenagem de águas pluviais, destacando que nem mesmo a população brasileira em geral tinha acesso universalizado a esses serviços. Questionou quais elementos do Programa Nacional de Saneamento Indígena haviam sido apresentados ou articulados no contexto da Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas - COP 30 e solicitou informações sobre as metas de universalização previstas até 2030, considerando os compromissos assumidos pelo Brasil no âmbito dos ODSs. Finalizou afirmando que “a vida tem pressa” e defendendo urgência na implementação efetiva das ações de saneamento indígena. Nas considerações finais, o diretor do DEAMB/SESAI/MS, **Bruno Cantarella**, iniciou sua fala abordando a principal preocupação manifestada durante o debate: o lançamento do Programa Nacional de Saneamento Indígena. Informou que todo o planejamento construído desde 2023 previa o lançamento do programa durante a Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas, em razão da ampla visibilidade internacional do evento. Relatou que a equipe participou de aproximadamente vinte painéis durante a conferência, apresentando a construção do programa, sua relevância estratégica e buscando articulações com parceiros internacionais para viabilização de financiamento. Informou que, naquele momento, a secretária de Saúde Indígena/MS, Lucinha Tremembé, encontrava-se em reunião com o gabinete ministerial para discutir a possibilidade de lançamento do programa no dia seguinte, no contexto das atividades do Abril Indígena. Ressaltou que o PNSI era um programa de grande porte e elevado impacto orçamentário, o que gerava cautela institucional em torno de sua implementação. Ainda assim, afirmou que havia sido construído conjuntamente com organizações e lideranças indígenas, constituindo importante instrumento de reivindicação política e de planejamento estruturado para o enfrentamento das desigualdades históricas relacionadas ao saneamento indígena. Informou também que a portaria do programa já se encontrava no Gabinete do ministro da Saúde, aguardando deliberação final. Ao responder às contribuições apresentadas no debate, afirmou que as questões relacionadas à oferta de insumos, capacitação dos AISANs e fortalecimento das equipes estavam contempladas especialmente nos eixos dois e três do programa. Destacou que a SESAI havia ampliado significativamente a execução das ações de saneamento nos últimos anos. Informou que, entre 2016 e 2022, eram entregues, em média, cerca de oitenta sistemas de abastecimento de água por ano nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs, enquanto atualmente esse número alcançava aproximadamente trezentos e setenta sistemas anuais. Contudo, ressaltou que o crescimento da execução ainda não era plenamente perceptível diante da magnitude da demanda existente nos territórios indígenas. Enfatizou que os desafios do saneamento indígena não se limitavam à construção de novas

estruturas, abrangendo também a necessidade permanente de manutenção, reforma e operação dos sistemas já existentes. Explicou que a SESAI atuava com equipes extremamente reduzidas para executar atribuições complexas e diversificadas. Como exemplo, relatou que alguns DSEIs possuíam milhares de profissionais vinculados às áreas assistenciais de saúde, enquanto as equipes de saneamento eram compostas, em muitos casos, por apenas três ou quatro profissionais responsáveis por múltiplas atividades, incluindo manutenção de redes, coleta de resíduos, monitoramento da qualidade da água, logística, análises laboratoriais e acompanhamento contratual. Também contestou avaliações que atribuíam exclusivamente à FUNASA os problemas relacionados à execução do saneamento indígena, explicando que atualmente a execução das ações estava sob responsabilidade da SESAI e que a secretaria vinha demonstrando capacidade crescente de execução orçamentária. Apresentou dados indicando aumento progressivo dos recursos empenhados na área de saneamento indígena, passando de aproximadamente R\$ 79 milhões de reais em 2022 para R\$ 192 milhões em 2023, R\$ 204 milhões em 2024 e cerca de R\$ 260 milhões em 2025. Ressaltou, contudo, que o principal desafio permanecia sendo a insuficiência estrutural de recursos humanos, veículos, embarcações e suporte operacional para assegurar a sustentabilidade das ações. Abordou ainda situações específicas envolvendo comunidades indígenas próximas a áreas urbanas, mencionando o caso das comunidades Jaguapiru e Bororó, em Dourados, no Mato Grosso do Sul, que somavam aproximadamente vinte mil habitantes e enfrentavam surto de chikungunya. Explicou que, nesses casos, os estados frequentemente atribuíam à SESAI a responsabilidade exclusiva pelas ações de saneamento, embora a secretaria não possuísse estrutura adequada para executar sistemas urbanos de grande complexidade. Relatou que a solução vinha sendo construída por meio de articulação com empresas estaduais de abastecimento, defendendo que o saneamento indígena deveria ser compreendido como responsabilidade compartilhada entre União, estados e municípios. Por fim, retomou a discussão sobre a regulamentação das categorias dos Agentes Indígenas de Saúde e dos Agentes Indígenas de Saneamento, mencionando o projeto de lei apresentado pela deputada federal Joenia Wapichana. Informou que a proposta tramitava na Câmara dos Deputados e afirmou que a SESAI vinha buscando apoio político para impulsionar sua aprovação, inclusive junto à ministra dos Povos Indígenas, Sonia Guajajara. A engenheira ambiental da Coordenação de Saúde Ambiental/DEAMB/SESAI/MS, **Camila Rebello Amui**, afirmou que recebia com satisfação as manifestações cobrando o lançamento do programa, entendendo que essa mobilização demonstrava o reconhecimento da importância do PNSI. Ressaltou que a pressão e o apoio da sociedade civil eram fundamentais para fortalecer a pauta dentro do Ministério da Saúde e sensibilizar as instâncias decisórias sobre a urgência da implementação do programa. Manifestou expectativa de retornar à próxima reunião do Conselho já com o programa oficialmente lançado e em execução. Na sequência, o pesquisador da FIOCRUZ Minas, **Bernardo Aleixo**, retomou parte das reflexões levantadas durante o debate e destacou a necessidade de se refletir sobre experiências anteriores, como a do Programa Nacional de Saneamento Rural, cuja construção participativa não se converteu integralmente em implementação efetiva. Defendeu que a experiência acumulada deveria servir como aprendizado para fortalecer o processo de implementação do PNSI. Ressaltou ainda os enormes desafios operacionais vivenciados pelas equipes de saneamento nos territórios indígenas, citando como exemplo DSEIs que abrangiam extensas áreas territoriais com apenas dois engenheiros responsáveis pelo planejamento, elaboração de projetos, fiscalização de obras, acompanhamento contratual e respostas a órgãos de controle. Segundo ele, essa sobrecarga dificultava inclusive processos mais participativos de construção conjunta das soluções com as comunidades indígenas. Enfatizou também a necessidade de aprofundar a integração entre as ações de saneamento e saúde indígena, relatando experiências positivas de diálogo entre Agentes Indígenas de Saneamento e equipes de saúde nos territórios. Contudo, observou que ainda havia situações em que profissionais da atenção básica desconheciam as possibilidades de articulação entre saneamento, prevenção de doenças, promoção da saúde e educação sanitária. Defendeu que o programa contribuiria para estruturar e fortalecer essa integração. Destacou ainda a importância de o Conselho aprofundar o debate sobre política de saneamento, privatização dos serviços e impactos sobre populações historicamente vulnerabilizadas, como indígenas, quilombolas e comunidades rurais. Ressaltou que essas populações frequentemente permaneciam fora dos principais blocos de planejamento e financiamento do setor de saneamento, apesar de apresentarem os piores indicadores de acesso. O diretor do DEAMB/SESAI/MS, **Bruno Cantarella**, retomou a palavra para sugerir como encaminhamento que o CNS formulasse recomendação à Câmara

dos Deputados em apoio à aprovação do projeto de lei que regulamentava as profissões dos Agentes Indígenas de Saúde e dos Agentes Indígenas de Saneamento, considerando a importância estratégica dessas categorias para a efetividade das políticas públicas nos territórios indígenas. Após essas falas, a mesa fez a leitura dos encaminhamentos que emergiram do debate: **1)** disponibilizar informações públicas e transparentes sobre o PNSI e sua execução; **2)** fortalecer o diálogo entre as equipes de saúde e de saneamento, com ampliação de parcerias com estados e municípios; **3)** convidar a FUNASA para participar do debate sobre execução orçamentária; **4)** reforçar posição do CNS em defesa da implementação imediata do PNSI, conforme a Recomendação CNS nº 004/2026; **5)** manter o PNSI como pauta permanente de acompanhamento do CNS, dada sua relevância e complexidade; **6)** sugerir que o PNSI contemple metas de universalização até 2030, alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODSs; **7)** reconhecer a necessidade de aumentar as equipes de saneamento nos territórios para viabilizar a execução das ações; **8)** solicitar o lançamento imediato do Programa Nacional de Saneamento Indígena (colocar o Conselho Nacional de Saúde à disposição para sediar o lançamento oficial do programa, caso este viesse a ocorrer no dia seguinte); e **9)** elaborar recomendação do CNS à Câmara dos Deputados para aprovação da regulamentação das categorias de Agentes Indígenas de Saúde - AIS e de Saneamento – AISAN. **Não houve manifestações contrárias aos encaminhamentos.** Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** defendeu ainda que fosse encaminhado imediatamente ao Ministro de Estado da Saúde novo instrumento político, reforçando a necessidade de implementação urgente do programa, tomando como base a Recomendação nº 004/2026 já aprovada anteriormente pelo Conselho. Segundo ele, o novo documento deveria enfatizar especificamente a urgência da implementação imediata do PNSI, diante da expectativa de lançamento iminente. Ao final da mesa, a coordenação agradeceu aos convidados, às conselheiras e aos conselheiros pelas contribuições apresentadas, ressaltando que o debate havia fortalecido a construção coletiva em torno do Programa Nacional de Saneamento Indígena e contribuído para o aprimoramento da agenda do saneamento indígena no âmbito do controle social do SUS. Com isso, encerrou a manhã do primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes conselheiras e conselheiros: *Titulares* - **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cleide Cilene Farias Tavares**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Dilce Abigail Rodrigues Pereira**, União Brasileira de Mulheres (UBM); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Ana Carolina Freire Lopes**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Danieli da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Elaine**

Junger Pelaez, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Karina Hamada Iamasahui Zuge**, Aliança Distrofia Brasil (ADB); **Madson Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Maria Cecília Jorge Branco Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG); **Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); **Odete Messa Torres**, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**, Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Positivas (MNCP); **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; e **Suely Corrêa de Oliveira**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – 18ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – Informes. Apreciação dos (as) integrantes das comissões temáticas – Composição da mesa:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. A Presidenta do CNS iniciou os informes referentes à organização da 18ª Conferência Nacional de Saúde destacando o andamento dos preparativos e das medidas organizativas necessárias para a condução do processo. Inicialmente, informou que a resolução que instituiu a comissão organizadora da conferência passaria por alteração em razão de mudança de representação no âmbito do segmento dos usuários, correspondente à Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB (conselheiro Éder Gatti deixou a representação anteriormente ocupada e que a conselheira Dani Morete passaria a compor o pleno, implicando também alteração na composição da comissão organizadora). Nesse contexto, informou que, após processo de votação realizado no âmbito do FORSUS, **Francisco Marcelino Rogério Filho** foi escolhido como novo integrante da comissão organizadora da conferência. Explicou que a formalização da alteração dependeria da aprovação de nova resolução pelo Plenário do CNS, mas o documento não havia sido incluído na pauta em razão da recente realização da votação e da necessidade de cumprimento dos trâmites regimentais e jurídicos. Informou também que, devido aos prazos administrativos para emissão de passagens e organização logística da próxima reunião da comissão organizadora, prevista para os dias 28 e 29 de abril, não houve tempo hábil para inclusão do novo representante nessa primeira reunião. Na sequência, disse que apresentaria os informes sobre a 18ª Conferência Nacional de Saúde e que a resolução referente à composição das comissões temáticas da comissão organizadora seria apreciada em seguida. Explicou que, em razão do documento não ter observado integralmente os prazos regimentais, seria necessária sua leitura integral antes da deliberação. Ressaltou, contudo, que a proposta havia sido construída a partir das decisões dos fóruns de segmento responsáveis pelas indicações às respectivas comissões temáticas. Destacou que o processo organizativo da 18ª Conferência vinha avançando gradualmente, mencionando que os encontros estaduais já realizados cumpriam importante papel de mobilização, qualificação do controle social e preparação política para as futuras etapas municipais, estaduais e nacional da Conferência. Informou que já se encontravam disponíveis os principais instrumentos normativos relacionados ao processo da 18ª, entre eles a Resolução CNS nº 804, de 12 de março de 2026, que redefiniu o tema da conferência, e a Resolução CNS nº 805, que aprovou o Regimento Interno da etapa nacional. Ao detalhar os marcos normativos já aprovados, explicou que a Resolução CNS nº 800 alterou os períodos de realização das etapas municipais e nacional da conferência. Segundo informou, inicialmente as conferências municipais estavam previstas para iniciar em janeiro de 2026, porém, em razão da necessidade de conclusão do regimento interno e do documento orientador, o cronograma foi ajustado para iniciar em 16 de março de 2026. Informou ainda que a etapa nacional foi transferida para a segunda quinzena de julho de 2027. Também mencionou a Resolução CNS nº 801, que instituiu formalmente a comissão organizadora e o comitê executivo da conferência, observando que esse ato normativo seria posteriormente republicado para incluir a substituição do nome do ex-conselheiro Éder Gatti pelo de Francisco Marcelino Rogério Filho. Reforçou a importância de ampla divulgação desses documentos pelos conselheiros e conselheiras, afirmando que todas as pessoas envolvidas no processo

958 deveriam dominar os conteúdos normativos para auxiliar os conselhos estaduais de saúde e
959 dirimir dúvidas relacionadas ao funcionamento das etapas. Reiterou que as etapas municipais
960 ocorreriam entre 16 de março e 4 de julho de 2026, enquanto as etapas estaduais e do Distrito
961 Federal ocorreriam entre janeiro e abril de 2027, culminando na etapa nacional prevista para a
962 segunda quinzena de julho de 2027. Informou ainda que as conferências livres também
963 aconteceriam entre janeiro e abril de 2027, período coincidente com as etapas estaduais, e que
964 seria elaborado documento específico orientando a realização dessas atividades. Apresentou
965 também informe sobre os encontros estaduais que vinham sendo promovidos pelo CNS como
966 estratégia de fortalecimento do controle social e preparação para a conferência. Destacou que
967 os encontros estavam sendo realizados em parceria com a COFIN/CNS, abordando
968 especialmente temas relacionados ao financiamento do SUS, modelos de atenção à saúde,
969 defesa da democracia e soberania nacional, todos diretamente vinculados aos eixos da
970 conferência. Informou que os encontros já haviam sido realizados na Bahia, Rio Grande do
971 Norte, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Piauí, além de atividades programadas para
972 Roraima, Alagoas, Goiás, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Paraná, Minas Gerais e Ceará.
973 Agradeceu publicamente o apoio institucional da Secretaria de Participação Social do Ministério
974 da Saúde, destacando a atuação da conselheira Cristiane Pereira dos Santos na articulação
975 das atividades e no apoio financeiro e organizativo necessário para realização dos encontros
976 estaduais. Também ressaltou a importância dos debates relacionados ao Programa Agora Tem
977 Especialistas realizados nesses espaços, com o objetivo de ampliar o diálogo regional sobre
978 acesso à atenção especializada no SUS. Na continuidade dos informes, anunciou a realização
979 da segunda reunião da comissão organizadora da 18ª Conferência, prevista para os dias 28 e
980 29 de abril, com o objetivo de acompanhar a realização das conferências municipais, avaliar
981 eventuais pedidos de alteração de prazos e iniciar as discussões relacionadas ao regimento
982 específico das conferências livres. Ressaltou que o calendário estabelecido havia sido
983 construído em consonância com orientações jurídicas e eleitorais, de modo a evitar qualquer
984 questionamento quanto ao uso indevido das conferências municipais em contexto eleitoral.
985 Nesse sentido, alertou estados e municípios sobre a importância do cumprimento rigoroso do
986 cronograma aprovado, especialmente do prazo final de 4 de julho de 2026 para realização das
987 etapas municipais. Dedicou parte significativa de sua exposição à discussão sobre as
988 conferências livres e os critérios de participação e eleição de delegados. Explicou que, embora
989 as conferências livres constituíssem importante instrumento de ampliação da participação
990 social e de inclusão de novos sujeitos no processo de conferência, era necessário estabelecer
991 critérios objetivos para garantir equilíbrio entre a participação horizontal e o modelo ascendente
992 tradicional previsto na legislação do SUS e no sistema de conferência. Relatou que, durante a
993 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT, o número
994 de delegados eleitos nas conferências livres ultrapassou o limite previsto regimentalmente, o
995 que gerou necessidade de aplicação posterior de critérios de corte e redução proporcional de
996 vagas, provocando insatisfação entre participantes que se consideravam legitimamente eleitos.
997 Informou que o regimento da 18ª Conferência previa limite de 600 vagas para delegados eleitos
998 pelas conferências livres na etapa nacional. Contudo, ressaltou que seria necessário construir
999 critérios transparentes para evitar geração de expectativas impossíveis de serem atendidas
1000 posteriormente, sem desrespeitar a prioridade do modelo ascendente de representação
1001 previsto na Lei nº 8.142/1990 e historicamente consolidado no sistema conferencial do SUS. Ao
1002 tratar especificamente das comissões temáticas da comissão organizadora, informou que a
1003 resolução que seria submetida à apreciação do Plenário contemplava a composição das
1004 coordenações e das representações indicadas pelos respectivos fóruns de segmentos.
1005 Destacou a coordenação das comissões temáticas, definidas anteriormente: **1)** Comissão
1006 Temática de Relatoria: Relatoria-Geral: Francisca Valda da Silva; e Relatoria-Adjunta: Débora
1007 Raymundo Melecchi; **2)** Comissão Temática de Infraestrutura e Acessibilidade: Coordenador:
1008 Thiago Soares Leitão e Coordenadora-Adjunta: Veridiana Ribeiro da Silva; **3)** Comissão
1009 Temática de Comunicação e Acessibilidade: Coordenadora: Priscila Torres da Silva e
1010 Coordenadora Adjunta: Victoria Matos das Chagas Silva; **4)** Comissão Temática de
1011 Mobilização e Articulação: Coordenadora: Carmem Sílvia Ferreira Santiago e Coordenador-
1012 Adjunto: Maicon Ricardo Nunes Martins; **5)** Comissão Temática de Arte, Cultura e Educação
1013 Popular: Coordenadora: Cristiane Pereira dos Santos e Coordenador-Adjunto: José Vanilson
1014 Torres da Silva; e **6)** Comissão Temática de Saúde: Coordenadora: Renata Soares de Souza e
1015 Coordenadora-Adjunta: Helenice Yemi Nakamura. Feita essa explanação, foi aberta a palavra
1016 para considerações. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** manifestou-se elogiando os
1017 encontros estaduais já realizados, avaliando-os como medida acertada e estratégica para

impulsionar a realização da 18ª Conferência. Relatou sua participação em atividade realizada no Estado de Alagoas, destacando a potência política e mobilizadora desses encontros para o fortalecimento das conferências municipais e do processo conferencial como um todo. Ressaltou também a importância da participação efetiva dos coordenadores de plenárias estaduais nesses processos preparatórios, considerando que essas coordenações desempenhavam papel estratégico na articulação entre o CNS, os conselhos estaduais e os municipais. Informou ainda que as oficinas macrorregionais promovidas pela COFIN vinham debatendo especialmente os eixos relacionados ao financiamento do SUS e à soberania nacional, contribuindo diretamente para a mobilização e preparação da conferência. Em resposta, a Presidenta do CNS concordou com a importância destacada pelo conselheiro, afirmando que o fortalecimento das coordenações de plenária vinha demonstrando o acerto das mudanças implementadas recentemente na organização do processo conferencial. Na sequência, passou a palavra à conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** para realização da leitura integral da minuta de resolução, que dispõe sobre a composição das comissões temáticas da comissão organizadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde. No documento, o CNS resolve: Art. 1º Ficam indicadas as pessoas integrantes da Comissão Organizadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde para composição das Comissões Temáticas, nos termos do art. 4º da Resolução CNS nº 801, de 29 de janeiro de 2026. Art. 2º A Comissão Temática de Relatoria fica composta pelas seguintes pessoas: I - Relatoria-Geral: Francisca Valda da Silva, segmento de trabalhadores e profissionais de saúde. II - Relatoria-Adjunta: Débora Raymundo Melecchi, segmento de trabalhadores e de profissionais de saúde. III - demais pessoas integrantes do segmento usuários: a) Rosaura de Oliveira Rodrigues; b) Gilson Silva; c) Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa; d) Sílvia Cavalleire Araújo da Silva; e) Karina Hamada Iamasaki Zuge; f) Carlos Alberto Ebeling Duarte; g) Lenise Aparecida Martins Garcia; h) Rosângela Dornelles. IV - demais pessoas integrantes do segmento trabalhadores e profissionais da saúde: a) Odete Messa Torres; b) Jacinta de Fátima Sena da Silva. V - demais pessoas integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços: a) Mário Uriarte Neto; b) Maria Eugênia Carvalhaes Cury; c) Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélo; e d) Felipe Ferré. Art. 3º A Comissão Temática de Infraestrutura e Acessibilidade fica composta pelas seguintes pessoas: I - Coordenador: Doté Thiago Soares Leitão, segmento usuários. II - Coordenadora-Adjunta: Veridiana Ribeiro da Silva, segmento de trabalhadores e profissionais de saúde. III - demais pessoas integrantes do segmento usuários: a) Camila Francisco de Lima; b) Vânia Lúcia Ferreira Leite; c) Francisco Jonaci de Almeida; d) Maria do Carmo Tourinho Ribeiro; e) Luiz Aníbal Vieira Machado; f) Alex Gomes da Motta; g) Francisco Marcelino Rogério Filho. IV - demais pessoas integrantes do segmento trabalhadores e profissionais da saúde: a) Valéria Martins Quintão Rocha; b) Ruth Cavalcanti Guilherme; c) Lucimary Santos Pinto. V - demais pessoas integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços: a) Maria Eufrásia de Oliveira Lima; b) André Luiz Bonifácio de Carvalho; c) Indiyara de Araújo Moraes; d) Franklin Felix de Lima. Art. 4º A Comissão Temática de Mobilização e Articulação fica composta pelas seguintes pessoas: I - Coordenadora: Carmem Silvia Ferreira Santiago, segmento usuários. II - Coordenador-Adjunto: Maicon Ricardo Nunes Martins, segmento usuários. III - demais pessoas integrantes do segmento usuários: c) Jacildo de Siqueira Pinho; d) Michele Seixas de Oliveira; e) Pérola Nazaré de Souza Ferreira; f) Rosa Maria Anacleto. IV - demais pessoas integrantes do segmento trabalhadores e profissionais da saúde: a) Doralice Severo Cruz; b) Lisandra Lima; c) Madson Carlos Cabral Ferreira. V - demais pessoas integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços: a) Ana Paula Vilar Fernandes Salgueiro; b) Marília Leite Dias; e c) Adriano Borges Alves. Art. 5º A Comissão Temática de Arte, Cultura e Educação Popular fica composta pelas seguintes pessoas: I - Coordenadora: Cristiane Pereira dos Santos, segmento de gestores e prestadores de serviços. II - Coordenador-Adjunto: José Vanilson Torres da Silva, segmento usuários. III - demais pessoas integrantes do segmento usuários: a) Suely Corrêa de Oliveira; b) Francyslane Vitória da Silva; c) Sarlene Moreira da Silva; d) Ana Lúcia Silva Marçal Paduello; e) Andrea Cristina Pavei Soares. IV - demais pessoas integrantes do segmento trabalhadores e profissionais da saúde: a) Eurídice Ferreira de Almeida; b) João Alves do Nascimento Júnior; e c) Aldiavan Dias de Oliveira. V - demais pessoas integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços: a) Maria Rocineide Ferreira da Silva; e b) Tiago Souza Leal. Art. 6º A Comissão Temática de Saúde fica composta pelas seguintes pessoas: I - Coordenadora: Renata Soares de Souza, segmento usuários. II - Coordenadora -Adjunta: Helenice Yemi Nakamura, segmento de trabalhadores e profissionais de saúde. III - demais pessoas integrantes do segmento usuários: a) Danieli da Silva dos

Santos Moretti; b) Abrahão Nunes da Silva; c) Neide Barros da Silva; d) Elgiane de Fátima Machado Lago; e) Josaine de Sousa Palmieri Oliveira. IV - demais pessoas integrantes do segmento trabalhadores e profissionais da saúde: a) Rodrigo Frazão Câmara; e b) Antônio Alves de Souza. V - demais pessoas integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços: a) Rafael Augusto dos Santos Ramos; b) Eline Ethel Fonseca Lima; e c) Enio José Garcia. Art. 7º A Comissão Temática de Comunicação e Acessibilidade fica composta pelas seguintes pessoas: I - Coordenadora: Priscila Torres da Silva, segmento usuários. II - Coordenadora Adjunta: Victoria Matos das Chagas Silva, segmento usuários. III - demais pessoas integrantes do segmento usuários: a) Moyses Longuinho Toniolo de Souza; b) Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto; c) Elenilson Silva de Souza; e d) José Oliveira da Silva. IV - demais pessoas integrantes do segmento trabalhadores e profissionais da saúde: a) Rosa Irlene Maria Serafim; b) Mauri Bezerra dos Santos Filho; e c) Flávio Calife. V - demais pessoas integrantes do segmento de gestores e prestadores de serviços: a) Glaucia da Silva Limeira; b) Carolina Thaiza Costa Pazos; c) Ana Marcília dos Santos Stevanato. Art. 8º A composição das Comissões Temáticas deverá observar, em cada uma delas, a presença de representantes dos segmentos de usuários, trabalhadores e profissionais de saúde, gestores e prestadores, assegurando a paridade e a diversidade de perspectivas no desenvolvimento dos trabalhos. Art. 9º Compete às Comissões Temáticas, no âmbito de suas respectivas áreas de atuação, apoiar a Comissão Organizadora na execução das atividades relativas à 18ª Conferência Nacional de Saúde, em conformidade com as atribuições estabelecidas na Resolução CNS nº 801, de 2026, e com regras fixadas na Resolução CNS nº 805, de 2026. Art. 10 - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Organizadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Art. 11 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. Após a leitura, a Presidenta do CNS explicou pequenas inconsistências identificadas na grafia de nomes e informou que os ajustes seriam realizados antes da publicação final da resolução. Não havendo manifestações contrárias ou pedidos de elucidações adicionais, submeteu a resolução ao regime de votação.

Deliberação: aprovada, por unanimidade, a minuta de resolução que dispõe sobre a composição das Comissões Temáticas da Comissão Organizadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Encerrando, a presidenta do CNS comemorou a aprovação da composição das comissões temáticas e destacou que cada integrante assumia, a partir daquele momento, responsabilidade direta na organização da 18ª Conferência. Ressaltou que o êxito do processo dependeria do envolvimento coletivo de todas as pessoas integrantes das comissões, especialmente na realização dos encontros estaduais e das conferências municipais, visando garantir a construção de uma 18ª Conferência fortalecida pelos princípios da democracia, da soberania e da defesa do SUS.

ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RELAÇÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE - CIRTES – Informes. Apresentação dos pareceres de processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde – Apresentação: conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora da CIRTES/CNS. **Coordenação:** conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Cristiane Pereira dos Santos** iniciou a condução do ponto de pauta destacando que a apresentação trataria dos relatórios e pareceres referentes aos processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde analisados pela CIRTES/CNS. Ressaltou a relevância do tema diante dos desafios relacionados à formação em saúde e à qualidade da educação voltada ao SUS, passando, em seguida, a palavra à conselheira Francisca Valda da Silva, coordenadora da CIRTES. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRTES/CNS, iniciou sua exposição ressaltando que a apreciação periódica dos processos regulatórios de cursos da área da saúde constituía atribuição permanente do CNS, prevista no regimento interno do colegiado e relacionada diretamente ao Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior e às responsabilidades constitucionais do SUS na ordenação da formação em saúde. Destacou que a pauta da educação e do trabalho em saúde possuía centralidade estratégica para a efetivação do SUS. Explicou que, conforme previsto no Decreto nº 9.235/2017, compete ao Ministério da Educação a regulação dos cursos superiores, cabendo ao CNS a manifestação obrigatória nos processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia. Ressaltou, contudo, que havia deliberação do Plenário do CNS no sentido de ampliar progressivamente a análise para outras profissões da área da saúde, considerando que atualmente o SUS reconhece quinze categorias profissionais da saúde, incluindo sanitaristas. Na sequência, apresentou o balanço técnico dos processos analisados pela CIRTES no período compreendido entre 5 de março e 1º de abril de 2026. Informou que foram recebidos

dezessete processos oriundos da plataforma e-MEC, sendo dezesseis relativos a atos autorizativos de novos cursos e um referente a reconhecimento de curso já existente. Explicou que os processos eram inicialmente submetidos à Câmara Técnica de Graduação da CIRTES, responsável pela elaboração de notas técnicas preliminares fundamentadas em dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e conselhos profissionais. Detalhou que, dos dezessete processos analisados, dezesseis receberam parecer insatisfatório e um foi considerado satisfatório com recomendações. Em relação aos cursos avaliados, detalhou que sete correspondiam à Enfermagem, três à Odontologia e sete à Psicologia. Explicou ainda que, no conjunto analisado, os atos regulatórios envolveram predominantemente pedidos de autorização para abertura de novos cursos, sendo sete de Enfermagem, seis de Odontologia e seis de Psicologia e um pedido de reconhecimento referente a curso de Psicologia já em funcionamento. Após a apresentação desse informe técnico mensal, passou a informações relacionadas às atividades e debates conduzidos pela CIRTES. Informou que a comissão vinha realizando reuniões presenciais e virtuais de suas câmaras técnicas permanentes — ensino técnico, graduação e pós-graduação — articuladas às atividades da comissão permanente da CIRTES. Explicou que as reuniões ocorriam de forma alternada, permitindo acompanhamento contínuo das pautas relacionadas à formação e ao trabalho em saúde. Na sequência, abordou o processo de revisão e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs dos cursos da área da saúde. Informou que, nos últimos anos, o Plenário do CNS havia aprovado resoluções relacionadas às diretrizes curriculares de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Destacou que, após aprovação no CNS, os documentos seguiam para apreciação pelo Conselho Nacional de Educação (- NE e posterior homologação ministerial. Relatou que as diretrizes curriculares da Medicina já haviam sido aprovadas pelo CNE e homologadas pelo Ministério da Educação em 2025, encontrando-se atualmente em fase de implementação por meio do chamado Projeto Rever. Explicou que a iniciativa tinha como objetivo apoiar a concretização das mudanças curriculares nas instituições de ensino, considerando a complexidade de transformar concepções pedagógicas em práticas efetivas de formação alinhadas às necessidades do SUS. Informou que o projeto vinha realizando oficinas regionais em diferentes regiões do país, com financiamento do Ministério da Saúde, e que o CNS continuava participando ativamente desse processo. Em relação às DCNs da Enfermagem, explicou que a resolução aprovada pelo CNS em 2019 teve o parecer aprovado pelo CNE apenas em 2024, após longo período de tramitação. Relatou que o processo sofreu novos ajustes em razão da regulamentação do ensino a distância e das discussões relacionadas à presencialidade nos cursos da saúde. Informou que o parecer atualizado havia sido aprovado em março de 2026 e encontrava-se na mesa do novo Ministro da Educação para homologação. Destacou ainda que entidades representativas da Enfermagem já vinham estruturando ações voltadas ao acompanhamento da futura implementação dessas diretrizes. Sobre as diretrizes curriculares de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, informou que ainda não havia pareceres aprovados pelo Conselho Nacional de Educação. Abordou também as políticas de indução promovidas pelo Ministério da Saúde para qualificar a formação em saúde. Citou iniciativas como o PET-Saúde, PET-Clima, PET-Equidade, Formatec e o programa VER-SUS, ressaltando que tais políticas buscavam fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade e ampliar a formação voltada aos territórios e populações em situação de vulnerabilidade. Informou ainda que houve ampliação significativa das vagas e inclusão inédita de cursos técnicos e programas de residência nas ações de imersão territorial. Relatou que a CIRTES havia discutido recentemente dificuldades enfrentadas por residentes impedidos de participar das atividades de imersão em territórios quilombolas, ribeirinhos, assentamentos e outras comunidades vulnerabilizadas. Informou que o CNS aprovou nota pública em apoio aos residentes, defendendo que tais atividades fossem reconhecidas como carga horária formativa regular e componente legítimo da integração ensino-serviço-comunidade. Na continuidade dos informes, destacou avanços relacionados às residências multiprofissionais, mencionando a aprovação de portaria referente à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, já com indicações realizadas e previsão de início das atividades da comissão permanente. Seguindo, falou sobre as pautas relacionadas às relações de trabalho em saúde. Informou que a CIRTES vinha acompanhando a implementação do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança das Trabalhadoras e dos Trabalhadores do SUS, além dos debates sobre carreira no serviço público e propostas legislativas em tramitação no Congresso Nacional que poderiam

1198 impactar a estrutura do trabalho público. Nesse contexto, mencionou especificamente a
1199 preocupação da comissão com a Proposta de Emenda à Constituição nº 38, afirmando que o
1200 CNS havia se manifestado criticamente em relação à proposta por considerar que ela
1201 flexibilizava mecanismos de ingresso no serviço público e alterava direitos dos servidores
1202 públicos, inclusive permitindo ampliação de contratações sem concurso público. Ressaltou que
1203 o tema exigia atenção permanente do controle social diante dos impactos potenciais sobre a
1204 organização da força de trabalho no SUS. Também mencionou o posicionamento favorável do
1205 Conselho aos debates relacionados ao fim da escala 6x1 e à redução da jornada de trabalho.
1206 Encerrando os informes, destacou a construção das DCNs para a educação técnica em saúde,
1207 pauta que classificou como estratégica diante da relevância dessa força de trabalho para o
1208 SUS. Explicou que o CNS vinha debatendo o tema junto à Secretaria de Educação Profissional
1209 e Tecnológica - SETEC e ao CNE, ressaltando que até então predominavam apenas os
1210 catálogos nacionais dos cursos técnicos, sem diretrizes curriculares específicas estruturadas
1211 para a área da saúde. Informou que o parecer construído pela CIRTES encontrava-se em fase
1212 final de elaboração e que o CNE havia aberto consulta pública sobre o tema, recebendo
1213 contribuições até o dia 18 daquele mês. Encerrada a exposição, a mesa abriu para
1214 manifestações do Plenário do Conselho. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** expressou
1215 preocupação com a lentidão na aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais de diversas
1216 categorias da saúde. Relatou que a Fonoaudiologia havia apresentado sua proposta à CIRTES
1217 em 2017, obtendo aprovação em resolução do CNS em 2018, mas que, até 2026, ainda
1218 aguardava parecer definitivo do CNE. Questionou se o CNS adotaria medidas políticas mais
1219 incisivas para enfrentar a situação e perguntou se as demais categorias também teriam acesso
1220 a oficinas nacionais de implementação das diretrizes, a exemplo do que vinha ocorrendo com a
1221 Medicina. Na sequência, conselheiro **Derivan Brito da Silva** reforçou as preocupações
1222 apresentadas anteriormente e destacou que, no caso da Terapia Ocupacional, o texto
1223 aprovado originalmente pelo CNS previa expressamente a modalidade presencial do curso,
1224 mas que essa definição teria sido alterada no processo de tramitação no Ministério da
1225 Educação, passando a constar a expressão “de acordo com a legislação vigente”. Na sua
1226 avaliação, essa mudança abria margem para ampliação da educação a distância e do ensino
1227 semipresencial. Afirmou que tal modificação descaracterizava a decisão construída
1228 coletivamente pelo CNS e pelas entidades da categoria. Nesse sentido, questionou qual seria a
1229 incidência política do CNS dessas alterações e indagou se as categorias cujas diretrizes
1230 permaneciam pendentes também receberiam apoio institucional e financiamento para oficinas
1231 de implementação, tal como ocorria com a Medicina. Por fim, reiterou preocupação com a
1232 expansão acelerada dos cursos privados e do ensino semipresencial na área da saúde.
1233 Conselheira **Maria Alice Junqueira Calda** também manifestou preocupação com a demora na
1234 homologação das diretrizes curriculares e com o crescimento da educação semipresencial e da
1235 educação a distância na área da saúde. Recordou que, desde 2016 e 2017, as categorias
1236 vinham realizando oficinas nacionais e construindo coletivamente suas propostas de diretrizes,
1237 sem que os documentos fossem efetivamente homologados. Alertou que a expansão de cursos
1238 privados com elevada carga horária remota comprometia a qualidade da formação em saúde e
1239 reforçou a defesa da presencialidade como condição essencial para o cuidado em saúde. Em
1240 resposta às manifestações, a coordenadora da CIRTES/CNS afirmou que o CNS vinha
1241 historicamente defendendo a presencialidade na formação em saúde e se posicionando
1242 criticamente diante da expansão da educação a distância. Recordou as notas públicas, moções
1243 e resoluções aprovadas pelo CNS em defesa da formação presencial e relatou que a CIRTES
1244 vinha realizando reuniões frequentes com representantes do Ministério da Educação, do INEP
1245 e do Conselho Nacional de Educação na tentativa de destravar os processos pendentes.
1246 Reconheceu, contudo, que as estratégias adotadas até aquele momento não haviam produzido
1247 os resultados esperados. Diante da mudança recente no MEC, defendeu a construção de nova
1248 agenda política junto ao novo ministro, sugerindo que o CNS articulasse audiência institucional
1249 para apresentar as preocupações relacionadas à formação em saúde e à homologação das
1250 diretrizes curriculares. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** observou que a demora na
1251 homologação das diretrizes fazia com que os cursos permanecessem submetidos a normativas
1252 antigas, em alguns casos ainda baseadas em referenciais de 2002, o que dificultava o
1253 enfrentamento das mudanças recentes na educação superior e da expansão do ensino
1254 semipresencial. Avaliou que o tema precisava ser tratado de forma mais ampla e política,
1255 envolvendo não apenas o CNS, mas também as entidades profissionais, movimentos sociais e
1256 gestores comprometidos com a defesa da formação de qualidade no SUS. Conselheiro
1257 **Derivan Brito da Silva** voltou a manifestar-se, defendendo que o CNS adotasse postura mais

1258 incisiva diante do MEC e alertando para o risco de prolongamento indefinido dos processos de
1259 homologação. Segundo afirmou, as entidades haviam mantido postura de diálogo e aguardado
1260 os desdobramentos regulatórios relacionados ao ensino a distância, mas o cenário atual exigia
1261 medidas políticas mais contundentes para impedir o avanço da flexibilização da formação em
1262 saúde. Conselheira **Francisca Valda da Silva** respondeu afirmando que a disputa em torno da
1263 formação em saúde era eminentemente política e exigia construção de correlação de forças
1264 favorável à defesa da educação pública e presencial. Defendeu a necessidade de atuação
1265 articulada das entidades profissionais, do controle social e dos movimentos sociais, inclusive
1266 por meio de incidência junto ao Congresso Nacional e aos tomadores de decisão do Poder
1267 Executivo. Ressaltou que o problema extrapolava interesses corporativos e dizia respeito
1268 diretamente à qualidade do cuidado ofertado à população usuária do SUS. Afirmou ainda que o
1269 avanço da privatização do ensino superior e das políticas de financiamento ao setor privado
1270 havia contribuído para o enfraquecimento das instituições públicas e para a expansão de
1271 modelos formativos incompatíveis com as necessidades do SUS. Avaliou que a luta em defesa
1272 da formação presencial e da qualidade da educação em saúde deveria ser compreendida como
1273 parte de um projeto mais amplo de defesa da educação pública e do próprio SUS. Como
1274 encaminhamentos, propôs que a CIRTES organizasse espaço ampliado de debate sobre as
1275 Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação em saúde, envolvendo outros integrantes do
1276 CNS além da própria comissão. Também indicou a necessidade de formalizar pedido de
1277 audiência com o novo ministro da Educação para tratar da homologação das diretrizes
1278 curriculares pendentes e da defesa da presencialidade na formação em saúde. Finalizando,
1279 conselheira **Cristiane Pereira dos Santos** ressaltou a importância do trabalho desenvolvido
1280 pela CIRTES e agradeceu às entidades e conselheiros envolvidos nas discussões.
1281 **Encaminhamento: solicitar audiência com o novo Ministro de Estado da Educação para**
1282 **tratar sobre as diretrizes dos cursos de graduação da saúde ainda não publicadas; e**
1283 **pautar o tema novamente na CIRTES/CNS para aprofundar o debate, incluindo outras**
1284 **representações que não compõem a Comissão. ITEM 6 – APRESENTAÇÃO DO**
1285 **RELATÓRIO DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA**
1286 **TRABALHADORA – 5ª CNSTT - Apresentação: Eduardo Bonfim da Silva, Coordenador**
1287 **Adjunto da Comissão de Relatoria da 5ª CNSTT; Madalena Margarida da Silva Teixeira,**
1288 **Coordenadora da Comissão de Relatoria da 5ª CNSTT; e Luís Henrique da Costa Leão,**
1289 **Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador - CGSAT/SVSA/MS. Coordenação:**
1290 **conselheira Fernanda Lou Sans Magano, Presidenta do CNS; e conselheira Priscila Torres**
1291 **da Silva, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira Priscila Torres da Silva** iniciou a condução
1292 do ponto de pauta cumprimentando as pessoas presentes e informando que o debate trataria
1293 da apresentação do relatório final da 5ª CNSTT. Na sequência, a presidenta do Conselho
1294 agradeceu a presença das pessoas convidadas e destacou a importância política do processo
1295 construído pela 5ª Conferência. Ressaltou o papel desempenhado pela Comissão Intersetorial
1296 de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT ao longo da organização da conferência,
1297 com referência às coordenações exercidas atualmente por Jacildo de Siqueira e Ruth
1298 Guilherme, além da atuação da ex-conselheira Madalena Margarida da Silva Teixeira. Também
1299 reconheceu o trabalho das assessorias técnicas que contribuíram para o fechamento do
1300 relatório da conferência, e integrantes da equipe de relatoria e sistematização. Destacou a
1301 importância da chamada “relatoria afetiva”, metodologia incorporada durante o processo da
1302 conferência e considerada uma inovação importante na forma de registrar os debates,
1303 experiências e sentimentos produzidos durante a conferência. Informou ainda que o ponto de
1304 pauta seria organizado de forma a assegurar espaço para manifestações do plenário e
1305 eventual apresentação complementar sobre a relatoria afetiva. Em seguida, pactuou a
1306 dinâmica do ponto e concedeu a palavra às pessoas convidadas para explanação. A primeira
1307 expositora foi a coordenadora da Comissão de Relatoria da 5ª CNSTT, **Madalena Margarida**
1308 **da Silva Teixeira**, que iniciou cumprimentando as pessoas presentes e manifestando emoção
1309 ao participar do encerramento do processo de elaboração do relatório da conferência.
1310 Ressaltou que a conclusão do documento representava não apenas o fechamento de uma
1311 tarefa técnica, mas a consolidação de um amplo processo político e coletivo relacionado à
1312 saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil. Destacou inicialmente o trabalho
1313 desenvolvido pela Comissão de Relatoria, ressaltando que mais de cem pessoas participaram
1314 das atividades de sistematização e construção do relatório ao longo da conferência. Informou
1315 que, diante do tempo reduzido, mencionaria nominalmente apenas as pessoas que
1316 participaram da estruturação da comissão desde o início do processo. Nesse contexto,
1317 registrou agradecimentos a Eduardo Bonfim, coordenador adjunto da relatoria; à assessora

1318 Jeanine Rocha; às equipes de apoio compostas por Haroldo, Helen e Leide; às coordenações
1319 de núcleos temáticos, incluindo Ana Cléber, responsável pelo processo de moções; Edmeia,
1320 Elaine Neves, Márcia Bandin, Francisco Souza, Gilson, Leonardo Mendonça, Ronald, Taís,
1321 Débora Melecci, Elisabete Dias, Gardênia Alves, Camile Miranda, Cléber, Luciana Batista,
1322 Márcia Assunção, Moisés, Reginaldo Muniz, Rodrigo Roman, Rosária Pereira e Simone Alves e
1323 às pessoas que contribuíram com a relatoria afetiva e com os trabalhos de sistematização
1324 política do relatório. Informou que realizaria a leitura de síntese do relatório em razão da
1325 complexidade e amplitude do processo conferencial, ressaltando que o documento expressava
1326 uma experiência coletiva profundamente marcada pela participação social e pela defesa da
1327 saúde do trabalhador e da trabalhadora. Relatou que se encontrava emocionada diante da
1328 dimensão política do processo construído. Afirmou que apresentar o relatório da 5ª CNSTT
1329 significava apresentar o resultado político de um processo amplo, vivo e profundamente
1330 necessário para o SUS. Ressaltou que o documento não deveria ser compreendido apenas
1331 como peça técnica isolada, mas como continuidade do conjunto de deliberações aprovadas
1332 pela conferência, especialmente da Resolução CNS nº 802/2026, responsável por consolidar
1333 diretrizes, propostas e moções aprovadas pelo processo conferencial. Segundo explicou,
1334 enquanto a resolução consolidava formalmente as deliberações, o relatório organizava a
1335 memória política da conferência, interpretava seu significado histórico e explicitava os legados,
1336 desafios e horizontes produzidos coletivamente. Destacou que a 5ª CNSTT não poderia ser
1337 compreendida como mais uma conferência temática ordinária. Segundo afirmou, o evento
1338 ocorreu após longo intervalo histórico marcado por profundas transformações no mundo do
1339 trabalho, incluindo precarização das relações laborais, crescimento da informalidade,
1340 terceirização, platformização do trabalho, controle algorítmico, intensificação do sofrimento
1341 psíquico e agravamento das desigualdades sociais, raciais, de gênero e territoriais. Ressaltou
1342 que tais mudanças exigiam atualização das respostas formuladas pelas políticas públicas,
1343 especialmente no campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Ao estruturar sua
1344 exposição, informou que organizaria sua análise em torno de quatro núcleos centrais
1345 considerados fundamentais para compreender o significado político da conferência: as
1346 atividades autogestionadas; a pesquisa realizada durante o processo conferencial; a
1347 experiência da relatoria afetiva; e a consolidação da saúde do trabalhador e da trabalhadora
1348 como direito humano. Iniciou com referência ao eixo que classificou como núcleo político mais
1349 forte da Conferência: a consolidação da saúde do trabalhador e da trabalhadora como direito
1350 humano. Ressaltou que a conferência reafirmou a saúde do trabalhador não como dimensão
1351 periférica ou acessória do SUS, mas como componente estruturante do projeto sanitário
1352 brasileiro. Segundo afirmou, a Conferência recolocou a saúde de quem trabalha no campo da
1353 dignidade humana, da proteção social e da responsabilidade pública do Estado. Destacou que,
1354 durante os debates finais da Comissão de Relatoria, consolidou-se a compreensão de que a
1355 conferência não deixou apenas uma lista de reivindicações pendentes, mas produziu uma
1356 inflexão histórica ao afirmar a saúde do trabalhador e da trabalhadora como direito humano e
1357 dimensão central das políticas públicas. Ressaltou que essa perspectiva exigia fortalecimento
1358 da intersetorialidade e ampliação da responsabilidade estatal na proteção da vida e da saúde
1359 da classe trabalhadora. Ao abordar o segundo núcleo temático, referente à pesquisa realizada
1360 durante a conferência, reforçou sua importância estratégica para os movimentos sociais,
1361 sindicais e para o controle social. Informou que o material seria disponibilizado posteriormente
1362 no portal do CNS e afirmou que os dados produzidos permitiriam fortalecer processos de
1363 mobilização, organização política e formação da classe trabalhadora. Segundo explicou, a
1364 pesquisa revelou vínculos, pertencimentos, formas de participação e características
1365 sociopolíticas das pessoas que participaram da conferência, permitindo identificar quem
1366 participou do processo e de quais lugares sociais e políticos essas participações emergiram.
1367 Ressaltou ainda que a pesquisa evidenciou importante renovação política na conferência, com
1368 presença simultânea de militantes históricos e de pessoas jovens ou participantes de primeira
1369 experiência em conferências temáticas. Avaliou que tal renovação representava potência
1370 política, mas também impunha desafios relacionados à formação, instrumentalização e
1371 fortalecimento permanente da participação social no campo da saúde do trabalhador e da
1372 trabalhadora. Na sequência, abordou a experiência da relatoria afetiva, classificada por ela
1373 como uma das marcas mais potentes e inovadoras da conferência. Destacou que essa
1374 metodologia permitiu registrar dimensões frequentemente ausentes dos documentos
1375 institucionais tradicionais, como emoções, tensões, cansaço, indignação, solidariedade,
1376 conflitos e esperanças vivenciados ao longo do processo conferencial. Segundo afirmou, a
1377 incorporação da relatoria afetiva não reduziu a densidade técnica do relatório, mas ampliou sua

1378 inteligência política ao reconhecer que os processos democráticos também se expressam
1379 pelas formas como são vividos coletivamente. Ao tratar das atividades autogestionadas, a
1380 coordenadora da relatoria avaliou que elas desempenharam papel político relevante ao ampliar
1381 espaços de escuta, visibilidade e participação de sujeitos e agendas muitas vezes ausentes
1382 dos espaços formais. Ressaltou que essas atividades contribuíram para afirmar a pluralidade
1383 do campo da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Contudo, também apresentou avaliação
1384 crítica do instrumento, afirmando que a experiência revelou sinais de desgaste e esgotamento
1385 metodológico que precisariam ser debatidos pelo Plenário do CNS para as próximas
1386 conferências. Nas suas palavras, a abertura de espaços autogestionados, por si só, não
1387 garantia integração efetiva com os eixos temáticos, deliberações e processos de
1388 sistematização política da conferência. Avaliou que parte da potência produzida nesses
1389 espaços acabava dispersa pela ausência de mecanismos mais orgânicos de articulação com a
1390 estrutura central da conferência. Defendeu, portanto, que o instrumento fosse revisitado,
1391 qualificado e reposicionado para garantir maior efetividade política em futuras experiências
1392 conferenciais. Também dedicou parte de sua fala à discussão sobre as moções aprovadas
1393 durante a conferência. Ressaltou que as moções desempenharam papel fundamental ao
1394 expressarem indignações, denúncias, solidariedades, posicionamentos políticos e
1395 manifestações coletivas da conferência. Contudo, afirmou que o processo também revelou
1396 dificuldades metodológicas relacionadas ao fluxo, sistematização e tramitação dessas
1397 manifestações, indicando necessidade de aperfeiçoamento para garantir maior fluidez e
1398 legitimidade política ao instrumento. Na continuidade, afirmou que o relatório da conferência
1399 “pisava no chão da vida real” ao dar materialidade às condições concretas do mundo do
1400 trabalho contemporâneo. Ressaltou que o documento abordava situações vivenciadas por
1401 trabalhadoras domésticas invisibilizadas, entregadores e motoristas de aplicativos submetidos
1402 ao controle algorítmico, trabalhadores “pejotizados” formalmente classificados como
1403 autônomos, profissionais do cuidado, limpeza e saúde submetidos à sobrecarga, sofrimento
1404 psíquico, assédio moral, humilhação, insegurança e medo permanente da perda da renda.
1405 Destacou ainda que o relatório denunciava a naturalização de acidentes, mutilações e mortes
1406 relacionadas ao trabalho, além da persistente subnotificação de agravos, da fragilidade dos
1407 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CERESTs e da insuficiência das estruturas
1408 públicas responsáveis pela proteção da saúde dos trabalhadores. Segundo afirmou, o
1409 documento evidenciava a distância existente entre os direitos formalmente reconhecidos e sua
1410 efetiva concretização nos territórios. Afirmou que o relatório obrigava as políticas públicas a
1411 olhar para o presente sem “maquiagens”, atualizando o diagnóstico sobre os impasses
1412 contemporâneos do mundo do trabalho e da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Defendeu
1413 que o documento deveria ser compreendido como instrumento político de ação e luta social,
1414 articulado às deliberações consolidadas na Resolução CNS nº 802/2026. Ao encaminhar o
1415 encerramento de sua apresentação, destacou que o principal desafio do período pós-
1416 conferência consistia em transformar as deliberações aprovadas em políticas públicas
1417 concretas, capazes de chegar efetivamente aos territórios, aos locais de trabalho e à vida das
1418 pessoas. Ressaltou que a conferência recolocou a saúde do trabalhador e da trabalhadora em
1419 novo patamar de centralidade política, reafirmando seu vínculo com o SUS, a democracia e os
1420 direitos humanos. Por fim, lançou desafio às comissões intersetoriais do CNS para que
1421 utilizassem o relatório como instrumento permanente de ação política, formação e mobilização
1422 da classe trabalhadora. Colocou a Comissão de Relatoria à disposição para aprofundar o
1423 debate sobre o conteúdo do relatório, as propostas e diretrizes construídas nos municípios,
1424 estados e territórios participantes da conferência. Na sequência da apresentação do relatório, a
1425 Presidenta do CNS, ressaltou que o próprio conceito de conferência pressupunha o exercício
1426 permanente do “conferir”, enfatizando que caberia ao controle social, aos movimentos sociais e
1427 à militância da saúde do trabalhador acompanhar continuamente a implementação das
1428 deliberações aprovadas. Destacou que o trabalho da conferência não se encerrava com a
1429 apresentação do relatório, mas deveria continuar nos territórios, nas bases sociais e nos
1430 espaços de participação popular. Em seguida, passou a palavra ao coordenador adjunto da
1431 Comissão de Relatoria da 5ª CNSTT para continuidade da apresentação. O coordenador
1432 adjunto da Comissão de Relatoria da 5ª CNSTT, **Eduardo Bonfim da Silva** iniciou sua fala
1433 cumprimentando o plenário e ressaltando a satisfação de reencontrar diversas pessoas
1434 envolvidas no processo da Conferência. Destacou a importância política da construção coletiva
1435 realizada ao lado de Madalena Margarida da Silva Teixeira, da presidenta do CNS, da CISTT e
1436 da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.
1437 Afirmou que a Comissão de Relatoria buscou construir leitura crítica e abrangente da

1438 conferência, contemplando tanto os elementos políticos quanto os aspectos metodológicos e
1439 organizativos do processo. Informou que o relatório, ainda em fase final de diagramação,
1440 buscava representar o momento histórico vivido pelo mundo do trabalho contemporâneo e sua
1441 relação com o SUS. Apresentou a estrutura geral do relatório, organizada em nove grandes
1442 pilares construídos pela Comissão de Relatoria. Segundo explicou, o documento contemplava
1443 apresentação política; análise de conjuntura; contextualização histórica da 5ª CNSTT;
1444 descrição das etapas preparatórias; metodologia utilizada; relato da etapa nacional;
1445 sistematização dos produtos da conferência; resultados da pesquisa realizada com
1446 participantes; considerações finais; e amplo acervo documental anexo. Ressaltou que o
1447 relatório resgatava toda a trajetória histórica das conferências nacionais de saúde do
1448 trabalhador, desde a primeira até a quinta edição, destacando o significado político da
1449 retomada da conferência após intervalo de onze anos. Informou ainda que o documento
1450 incorporava cartas políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de
1451 Saúde, na figura da Presidenta do CNS, situando o contexto político brasileiro contemporâneo
1452 em que a conferência foi realizada. Destacou que o relatório não se limitava ao trabalho da
1453 Comissão de Relatoria, incorporando contribuições de todas as demais comissões
1454 organizadoras da conferência. Explicou que cada comissão produziu análises, reflexões e
1455 registros que passaram a compor o documento final, inclusive com fotografias das equipes e
1456 textos analíticos produzidos durante o processo organizativo. Detalhou que o relatório
1457 apresentava ampla análise de conjuntura sobre o mundo contemporâneo do trabalho,
1458 abordando temas como precarização laboral, desigualdades estruturais, mudanças climáticas,
1459 transformações tecnológicas e impactos dessas dinâmicas sobre a saúde da classe
1460 trabalhadora. Ressaltou que o documento buscava responder ao desafio de discutir saúde do
1461 trabalhador e da trabalhadora como direito humano no contexto das profundas transformações
1462 sociais e econômicas atuais. Destacou ainda que um dos diferenciais metodológicos do
1463 relatório consistia na construção de um “cartograma” da conferência, capaz de demonstrar
1464 territorialmente onde e como ocorreram as etapas preparatórias. Explicou que seriam
1465 disponibilizados mapas contendo informações sobre conferências municipais, regionais,
1466 estaduais e livres, incluindo datas, registros, documentos, links e sínteses das atividades
1467 realizadas nos territórios. Segundo afirmou, o objetivo era permitir que participantes e
1468 movimentos sociais se reconhecessem também como parte da memória nacional da
1469 conferência. Ressaltou que o relatório também detalhava integralmente a metodologia utilizada
1470 durante a conferência, incluindo organização dos grupos de trabalho, programação, debates,
1471 sistematizações e disputas políticas ocorridas no processo deliberativo. Registrou
1472 agradecimento às assessorias do CNS e da SVSA/MS, reconhecendo o papel desempenhado
1473 pelas equipes técnicas na organização da conferência e na sistematização das informações
1474 relacionadas ao credenciamento, participação e registro dos debates. Informou ainda que o
1475 relatório incorporaria sínteses das mesas temáticas, links para transmissões em vídeo,
1476 apresentações realizadas durante a conferência e sistematizações das atividades
1477 autogestionadas. Ressaltou que nem todos os grupos encaminharam relatórios finais das
1478 atividades autogestionadas, o que impossibilitou o registro completo de todas as experiências
1479 realizadas. Ainda assim, destacou que mais de onze mil participações foram registradas
1480 nessas atividades, demonstrando a potência política do instrumento. Ao tratar da relatoria
1481 afetiva, destacou que a metodologia havia sido retomada e ampliada a partir de experiências
1482 anteriores da 17ª Conferência Nacional de Saúde e da 4ª Conferência Nacional de Gestão do
1483 Trabalho e da Educação na Saúde. Informou que mais de cem pessoas participaram da
1484 Comissão de Relatoria, incluindo grupo específico dedicado ao acolhimento das experiências,
1485 sentimentos e vivências dos participantes. Segundo explicou, os próprios títulos dos eixos da
1486 relatoria afetiva surgiram das narrativas produzidas pelas pessoas presentes na conferência,
1487 refletindo experiências relacionadas a resistência, reconstrução democrática, enfrentamentos e
1488 esperança coletiva. Na continuidade, o expositor abordou os principais produtos da
1489 conferência, destacando a aprovação da Resolução CNS nº 802/2026 e a grande mobilização
1490 política ocorrida durante a etapa nacional, que reuniu não apenas delegados, mas milhares de
1491 pessoas mobilizadas em defesa da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Ressaltou que o
1492 relatório organizou criticamente as propostas aprovadas, agrupando-as em blocos temáticos
1493 que permitiriam maior compreensão e utilização prática pelas pessoas e movimentos sociais
1494 nos territórios. Explicou que, diferentemente da Resolução CNS nº 802/2026, aprovada
1495 integralmente conforme sistematização dos grupos de trabalho, o relatório buscou organizar as
1496 propostas em grandes temas estruturantes. No eixo relacionado às políticas públicas de saúde
1497 do trabalhador, por exemplo, o documento passou a agrupar debates relacionados à

atualização normativa, integralidade do cuidado, financiamento, criação de departamento específico de saúde do trabalhador no Ministério da Saúde, reorganização institucional, fortalecimento dos territórios, vigilância em saúde do trabalhador, saúde mental, interseccionalidade, gestão do trabalho e educação na saúde. Destacou que o objetivo dessa organização temática consistia em facilitar a leitura e apropriação política das propostas aprovadas, especialmente pelas pessoas e grupos que não possuíam experiência prévia nos espaços de controle social. Segundo afirmou, a Comissão de Relatoria buscou tornar o conteúdo da conferência mais acessível às bases sociais, aos movimentos populares e às pessoas que passariam a participar mais recentemente dos debates sobre saúde do trabalhador e da trabalhadora. Na sequência, apresentou síntese preliminar dos dados produzidos pela pesquisa realizada durante a conferência. Informou que o estudo ainda se encontrava em fase final de sistematização e seria disponibilizado ao Conselho até o mês de maio. Explicou que a pesquisa foi estruturada com objetivos gerais e específicos, contemplando aspectos éticos, metodológicos e qualitativos relacionados às vivências e percepções das pessoas participantes. Registrou agradecimento especial à Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP e à pesquisadora Márcia Bandini pelo apoio técnico-científico ao desenvolvimento do estudo. Ao apresentar os primeiros resultados da pesquisa, destacou a forte participação de diferentes territórios do país, especialmente das regiões Nordeste e Centro-Oeste. Ressaltou também os desafios relacionados à participação da juventude, observando que apenas cerca de 4% das respostas obtidas eram provenientes de pessoas jovens. Segundo avaliou, esse dado evidenciava necessidade de ampliar estratégias de inclusão e mobilização de novas gerações nos espaços de conferência e controle social. Destacou ainda a significativa participação de mulheres, especialmente mulheres negras, na Conferência. Segundo informou, aproximadamente 60% das participantes eram mulheres, majoritariamente pretas, evidenciando o protagonismo feminino e racializado na construção da saúde do trabalhador e da trabalhadora no país. Em relação aos vínculos laborais, informou que os participantes da conferência eram predominantemente trabalhadores do serviço público e da área da saúde, o que evidenciava desafios relacionados à ampliação da participação de trabalhadores de outros ramos produtivos e setores econômicos. Ressaltou que esse cenário não diminuía a importância da participação dos trabalhadores da saúde, mas indicava necessidade de fortalecer estratégias de mobilização de outros segmentos da classe trabalhadora rumo à 18ª Conferência Nacional de Saúde. Apresentou ainda dados relacionados à percepção dos participantes sobre saúde do trabalhador e da trabalhadora. Segundo explicou, a Vigilância em Saúde do Trabalhador - VISAT, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST e a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora apareceram como os principais instrumentos reconhecidos pelos participantes como referências concretas da política de saúde do trabalhador. Também foram mencionadas medicina do trabalho, saúde ocupacional, Equipamentos de Proteção Individual - EPIs e Comissões Internas de Prevenção de Acidentes - CIPAs. Salientou ainda que a pesquisa também identificou a desinformação como principal dificuldade enfrentada pelas pessoas para compreender e acessar a política de saúde do trabalhador nos territórios. Segundo informou, cerca de 63% dos participantes apontaram a ausência de informação e formação adequada como principal obstáculo para efetivação da política. Em contrapartida, aproximadamente 72% reconheceram os conselhos de saúde, a participação social e a educação permanente como espaços fundamentais para fortalecimento da política e democratização do conhecimento. Ao abordar os dados relacionados ao eixo das novas relações de trabalho, o expositor chamou atenção para o fato de aproximadamente 29% dos participantes afirmarem reconhecer a existência contemporânea de trabalho análogo à escravidão em seus territórios. Classificou o dado como alarmante e ressaltou que ele revelava a permanência de graves violações de direitos humanos no mundo do trabalho brasileiro. Também destacou o crescimento das questões relacionadas à saúde mental, lesões por esforço repetitivo, contaminações e impactos dos agrotóxicos sobre a saúde da população trabalhadora. Informou ainda que aproximadamente 79% das pessoas participantes nunca haviam participado anteriormente de uma conferência temática relacionada à saúde do trabalhador e da trabalhadora. Avaliou que o dado revelava importante renovação política, mas também indicava desafios relacionados à formação política, ao fortalecimento do controle social e à disputa de projetos políticos no interior das conferências e espaços participativos. Ressaltou que as falas qualitativas coletadas durante a pesquisa evidenciaram forte demanda social por efetivação concreta das políticas aprovadas, superando a lógica de produção apenas documental. Segundo afirmou, as pessoas reivindicaram fortalecimento do SUS, implementação integral da política de saúde do

1558 trabalhador, enfrentamento da precarização laboral, combate aos problemas psicossociais e à
1559 síndrome de burnout, valorização da saúde dos povos indígenas e fortalecimento da
1560 participação popular e das comissões intersetoriais de saúde do trabalhador nos territórios.
1561 Concluiu sua apresentação, afirmando que a 5ª Conferência Nacional de Saúde do
1562 Trabalhador e da Trabalhadora representou oportunidade histórica de fortalecimento da política
1563 de saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil. Destacou que o relatório final consolidava
1564 a saúde do trabalhador como direito humano e reafirmava a necessidade de transformar os
1565 sonhos e deliberações coletivas em realidade concreta nos territórios. Finalizou sua fala
1566 citando a ideia de que “sonhos sonhados coletivamente tornam-se realidade”, reafirmando o
1567 compromisso da Comissão de Relatoria com a continuidade da luta em defesa da saúde da
1568 classe trabalhadora. Após a apresentação, a Presidenta do CNS agradeceu o coordenador
1569 adjunto e abriu ao Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador/CGSAT/MS,
1570 **Luís Henrique da Costa Leão**, que iniciou saudando todas as pessoas e agradecendo a
1571 parceria estabelecida entre a SVSA/MS, a CISTT, a Comissão de Relatoria e as demais
1572 instâncias envolvidas na organização da conferência. Ressaltou que o processo da 5ª CNSTT
1573 representou experiência importante de construção conjunta entre gestão e controle social,
1574 destacando que o Ministério da Saúde não realizou apenas mais uma conferência temática,
1575 mas assumiu compromisso político com a continuidade das ações e deliberações produzidas.
1576 Afirmou que tanto o Gabinete quanto o próprio Ministro de Estado da Saúde vinham
1577 sinalizando compromisso com a implementação prática das deliberações conferenciais,
1578 transformando o relatório final em ações, programas, práticas e desdobramentos concretos nos
1579 territórios do SUS. Destacou que a gestão federal reconhecia o SUS como articulador das
1580 ações intersetoriais relacionadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora, enfatizando que
1581 esse compromisso precisava ser celebrado politicamente. Ressaltou ainda a importância
1582 simbólica da possível publicação do relatório final durante o mês de abril, período marcado pela
1583 campanha Abril Verde. Explicou que o Abril Verde não deveria ser compreendido apenas como
1584 campanha interna das empresas ou como ação limitada à saúde ocupacional tradicional, mas
1585 como estratégia política mais ampla voltada à redução das mortes e adoecimentos
1586 relacionados ao trabalho. Nesse contexto, destacou o lema assumido pelo governo federal e
1587 pelo Ministério da Saúde em defesa da redução de mortes por doenças, acidentes,
1588 intoxicações e violências relacionadas ao trabalho. Também ressaltou que o ano em curso
1589 marcava os quarenta anos da realização da 1ª CNSTT. Avaliou que a publicação do relatório
1590 da 5ª Conferência nesse contexto histórico representaria importante marco político para
1591 consolidação de uma política pública construída ao longo de décadas de luta social, disputa
1592 política e resistência institucional. Segundo afirmou, a saúde do trabalhador e da trabalhadora
1593 sempre esteve submetida a interesses contraditórios e opostos, exigindo permanente
1594 mobilização social para garantir sua sobrevivência e fortalecimento enquanto política pública.
1595 Destacou que a área de saúde do trabalhador somente se sustentou historicamente no Brasil
1596 em razão da luta contínua dos trabalhadores e das trabalhadoras, movimentos sociais,
1597 sindicatos, pesquisadores e instâncias de controle social comprometidas com a transformação
1598 das condições de vida e trabalho da população brasileira. Ressaltou que a 5ª CNSTT reafirmou
1599 esse compromisso histórico de transformação social e fortalecimento do SUS. Na sequência,
1600 apresentou alguns desdobramentos já assumidos pela gestão federal a partir das deliberações
1601 da Conferência. Informou que uma das propostas aprovadas consistia na construção de
1602 compromisso público voltado à redução das mortes relacionadas ao trabalho, abrangendo
1603 acidentes, violências, intoxicações e doenças evitáveis. Nesse contexto, anunciou que seria
1604 apreciado, no Grupo Técnico de Vigilância em Saúde, o Pacto pela Vida do Trabalhador e da
1605 Trabalhadora, vinculado ao Programa Nacional de Prevenção e Vigilância de Óbitos
1606 Relacionados ao Trabalho. Explicou que a proposta não havia surgido exclusivamente da
1607 gestão federal, mas resultava diretamente das demandas apresentadas pelos territórios, pelos
1608 trabalhadores, sindicatos e gestores estaduais durante o processo conferencial. Informou ainda
1609 que a gestão federal pretendia publicar diretrizes nacionais relacionadas à saúde mental no
1610 trabalho e ao enfrentamento do trabalho escravo contemporâneo. Explicou que o Ministério da
1611 Saúde vinha estruturando fluxo específico para organização do SUS no atendimento às
1612 situações de trabalho escravo, considerando que a saúde permanecia ausente dos fluxos
1613 nacionais já existentes envolvendo outros ministérios e órgãos federais, como Ministério dos
1614 Direitos Humanos, Ministério do Trabalho e Emprego e Previdência Social. Também destacou
1615 o desenvolvimento do Pacto pela Vida dos Motofretistas, voltado à prevenção das mortes
1616 relacionadas ao trânsito entre trabalhadores de aplicativos e entregadores, categoria que
1617 classificou como uma das mais atingidas pelos acidentes fatais no país. Ressaltou que tais

1618 iniciativas representavam respostas concretas às demandas e deliberações construídas
1619 durante a 5ª CNSTT. Ao refletir sobre o significado político da conferência, afirmou que a 5ª
1620 CNSTT desempenhou papel fundamental de “alavancar” uma política pública historicamente
1621 fragilizada e frequentemente invisibilizada. Avaliou que a política de saúde do trabalhador
1622 somente se fortalecia quando acompanhada de participação ativa dos trabalhadores e
1623 trabalhadoras, do controle social e dos movimentos populares. Nesse sentido, parabenizou a
1624 Comissão de Relatoria, a CISTT, as assessorias técnicas, a UNICAMP e todas as pessoas
1625 envolvidas no processo conferencial. Afirmou ainda que o relatório final da conferência deveria
1626 ser compreendido como instrumento político permanente, destinado não apenas à leitura, mas
1627 também à execução, debate, aprofundamento e utilização prática nos territórios. Defendeu que
1628 gestores, movimentos sociais, sindicatos, trabalhadores e instâncias de controle social
1629 assumissem o compromisso de transformar o conteúdo do relatório em ações concretas.
1630 Segundo afirmou, o documento representava verdadeiro “chamado” à ação coletiva. Convocou
1631 os movimentos sociais e o controle social a assumirem tarefas concretas de multiplicação e
1632 desdobramento do relatório nas suas bases, reforçando a necessidade de garantir efetividade
1633 prática às deliberações aprovadas na conferência. Ressaltou que o processo conferencial não
1634 deveria ser encerrado como mera celebração do esforço realizado, mas compreendido como
1635 ponto de partida para reorganização e reunificação das forças políticas comprometidas com a
1636 saúde da classe trabalhadora. Na continuidade de sua reflexão, afirmou que a conferência
1637 também significou processo de enfrentamento aos poderes econômicos e políticos que
1638 bloqueavam historicamente o avanço da saúde do trabalhador e da trabalhadora no Brasil.
1639 Defendeu que a política de saúde do trabalhador exigia permanente confronto com estruturas
1640 responsáveis pela exploração, opressão e adoecimento da classe trabalhadora. Ressaltou que,
1641 por trás de cada palavra registrada no relatório, existiam vidas concretas, famílias afetadas e
1642 territórios marcados pelo sofrimento relacionado ao trabalho. Avaliou que o relatório fornecia
1643 subsídios para transformações profundas na sociedade brasileira, enfrentando desigualdades,
1644 iniquidades, opressões e formas de exploração presentes no mundo do trabalho
1645 contemporâneo. Segundo afirmou, tratava-se de processo emancipatório capaz de produzir
1646 mudanças estruturais no SUS, nas relações de trabalho e na organização social brasileira. Ao
1647 encaminhar o encerramento de sua fala, leu poema elaborado pela trabalhadora de CEREST
1648 Adriana Scanavetti para o Abril Verde. O texto ressaltava a importância da vida dos
1649 trabalhadores e trabalhadoras, reconhecendo o trabalho como fonte da riqueza produzida no
1650 país e denunciando o sofrimento, os adoecimentos, acidentes e mortes relacionados ao
1651 trabalho. A poesia defende o direito ao trabalho digno, seguro e protegido, além da
1652 responsabilidade compartilhada entre empregadores, gestores públicos e controle social na
1653 proteção da saúde da classe trabalhadora. Por fim, destacou que o Abril Verde deveria servir
1654 não apenas para homenagear trabalhadores mortos ou adoecidos, mas para fortalecer a
1655 esperança coletiva em torno da construção de trabalho digno, decente e protegido durante todo
1656 o ano. Encerrando sua participação, agradeceu ao Plenário e reafirmou o compromisso da
1657 gestão federal com a implementação das deliberações da 5ª CNSTT. Após as exposições, a
1658 Presidenta do CNS explicou que a versão do relatório disponibilizada no sistema correspondia
1659 a documento ainda não diagramado e que continha trechos destacados em vermelho e links
1660 pendentes de inserção. Assim, solicitou aos conselheiros e às conselheiras que evitassem
1661 divulgar o material antes da publicação da versão final, de modo a impedir interpretações
1662 equivocadas ou questionamentos relacionados a informações ainda em processo de revisão.
1663 Em seguida, concedeu a palavra à conselheira **Márcia Bandini**, responsável pela
1664 apresentação da relatoria afetiva. Conselheira **Márcia Bandini** iniciou sua exposição afirmando
1665 que se encontrava profundamente emocionada diante do encerramento do processo da 5ª
1666 CNSTT e destacou que, em razão do tempo reduzido, concentraria sua fala mais no processo
1667 de construção da relatoria afetiva do que propriamente nos resultados produzidos. Explicou
1668 que a relatoria afetiva partiu do princípio de que “o sentir também importa”, sendo definida
1669 como instrumento político-pedagógico voltado à valorização da escuta empática e das
1670 subjetividades presentes nas falas, embates, silêncios e interações estabelecidas durante os
1671 grupos de trabalho da conferência. Explicou que os objetivos da relatoria afetiva consistiram
1672 em captar como os espaços e interações afetavam emocionalmente as pessoas participantes,
1673 compreender de que maneira essas dimensões influenciavam inclusive os processos
1674 deliberativos e valorizar a diversidade de experiências e expressões presentes nos grupos
1675 observados. Segundo relatou, buscou-se registrar uma memória viva, plural e sensível da
1676 conferência, funcionando também como ferramenta de acolhimento, inclusão e escuta
1677 ampliada. Disse que os relatores e as relatorias foram orientados a evitar julgamentos morais

ou impressões pessoais nos registros produzidos, ainda que reconhecesse a dificuldade de separar completamente os próprios afetos das situações observadas. Ressaltou que a preparação da equipe foi elemento fundamental do processo, exigindo desconstrução de metodologias narrativas tradicionais e estímulo à criatividade, à sensibilidade e à construção coletiva das narrativas. Informou que a preparação metodológica incluiu exercícios de sensibilização e referências conceituais baseadas em autores como Henri Wallon, Lev Vygotsky, Jean Piaget, Paulo Freire e Bell Hooks. Ressaltou ainda que o acompanhamento cotidiano da equipe foi essencial para garantir espaços de acolhimento às próprias reladoras e relatores, que frequentemente se viam atravessados por emoções relacionadas às experiências observadas durante a conferência. Relatou que a consolidação dos 24 relatórios afetivos produzidos durante a conferência representou grande desafio metodológico, especialmente diante da diversidade de formatos utilizados, que variavam entre prosa, poesia e outras formas narrativas. Com base nessa experiência, apresentou recomendações para futuras conferências nacionais, defendendo a manutenção da relatoria afetiva como instrumento permanente dos processos conferenciais. Entre as recomendações apresentadas, destacou a necessidade de valorizar experiências ligadas à educação popular em saúde, garantir preparação prévia mais estruturada da equipe, construir roteiros de escrita capazes de oferecer alguma organização metodológica sem limitar a criatividade dos relatores e aprofundar o debate sobre metodologias de consolidação dos relatos afetivos. Também defendeu que futuras conferências garantam espaço físico específico para acolhimento da equipe da relatoria afetiva e a presença de pelo menos dois relatores por sala de trabalho. Ao final de sua fala, manifestou emoção ao recordar o processo vivenciado e realizou agradecimento especial à colega Elaine Neves, destacando sua importância na trajetória de construção da relatoria afetiva. Encerrada a apresentação da relatoria afetiva, a coordenação da mesa abriu a palavra aos conselheiros e às conselheiras inscritas. Conselheiro **Jacildo de Siqueira Pinho**, coordenador da CISTT/CNS, registrou sua profunda emoção com o resultado da Conferência e agradeceu à Comissão de Relatoria pela entrega do relatório final. Ressaltou que o documento fornecia importantes subsídios para trabalhadores e trabalhadoras de todo o país e defendeu que todas as comissões do CNS se debruçassem sobre o conteúdo do relatório, uma vez que diversas propostas dialogavam diretamente com suas áreas de atuação. Enfatizou que o relatório deveria servir como instrumento permanente de ação política, considerando que nele estavam expressos os problemas concretos enfrentados por pessoas trabalhadoras brasileiras nos territórios. Também destacou a importância de utilizar o conteúdo do relatório como subsídio para os debates da 18ª Conferência Nacional de Saúde e defendeu ampla divulgação do documento pelos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello** saudou a mesa e agradeceu especialmente à SVSA/MS pelo apoio prestado à organização da conferência. Também realizou reconhecimento público ao trabalho da Comissão de Comunicação, mencionando nominalmente integrantes da equipe e da rede colaborativa responsável pela cobertura comunicacional do evento. Destacou que um dos principais desafios assumidos pela comunicação da conferência foi demonstrar que a 5ª CNSTT não se restringia aos trabalhadores da saúde, mas abrangia toda a classe trabalhadora brasileira. Avaliou que a estratégia de comunicação conseguiu romper invisibilidades históricas e ampliar a participação de categorias profissionais tradicionalmente excluídas das políticas de saúde do trabalhador. Ressaltou ainda iniciativas como o “rio do tempo”, o mapa do Brasil e a “caixa de entrega rápida” relacionada ao fim da escala 6x1, classificando-as como importantes inovações comunicacionais do processo conferencial. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bica** iniciou sua fala agradecendo às coordenações e equipes envolvidas na organização da conferência, lembrando especialmente do trabalho realizado pela comissão de mobilização. Em seguida, destacou a importância da inclusão do segmento de migrantes, refugiados e apátridas nos debates da conferência, ressaltando que a temática passou a integrar as discussões sobre saúde do trabalhador e da trabalhadora. Relatou visita técnica realizada em Roraima, onde conheceu experiências de acolhimento a migrantes e refugiados. Informou que tomou conhecimento das políticas de saúde de fronteira e das ações de acolhimento desenvolvidas por trabalhadores brasileiros junto às populações migrantes. Defendeu a necessidade de continuidade do debate no âmbito do CNS, articulando a temática migratória às deliberações da 5ª Conferência. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** avaliou que a conferência representou momento estratégico para atualização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, vigente desde 2012. Destacou a importância das ações de acolhimento e atenção à saúde mental desenvolvidas durante a conferência, ressaltando que o trabalho ocupa posição central na vida das pessoas e atravessa grande parte de seu cotidiano.

Defendeu que os debates produzidos pela conferência fossem incorporados pelos conselhos estaduais e municipais de saúde, estimulando a criação de Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora em todos os municípios brasileiros. Ao final de sua fala, desejou “vida aos trabalhadores”, em referência à necessidade de garantir proteção, saúde e dignidade à classe trabalhadora. Conselheira **Carmen Ferreira Santiago** iniciou sua manifestação saudando especialmente Madalena Margarida da Silva Teixeira, a quem reconheceu como importante referência política e formativa em sua trajetória no controle social e na luta sindical. Também destacou sua participação na relatoria afetiva e ressaltou o orgulho de ter contribuído para esse processo metodológico inovador. Afirmou que o relatório final da conferência representava verdadeiro chamado à ação coletiva e destacou que a tarefa colocada para o movimento sindical, para a CISTT e para os trabalhadores brasileiros era transformar as propostas em práticas concretas. Defendeu que a conferência produziu demandas ainda maiores para o controle social e para a luta em defesa da saúde do trabalhador e da trabalhadora, exigindo continuidade da mobilização política. Conselheira **Elgiane Machado Lago** agradeceu à equipe de relatoria pelo trabalho desenvolvido e ressaltou a importância da Comissão de Saúde durante a conferência, destacando o cuidado permanente dispensado aos participantes ao longo do evento. Avaliou que o relatório final permitiria acompanhar continuamente os desdobramentos das propostas aprovadas e serviria como instrumento dinâmico de monitoramento das ações futuras. Conselheira **Daniele da Silva Moretti** afirmou que a conferência evidenciou o enorme desafio de consolidar a saúde do trabalhador como direito humano no Brasil. Avaliou que ainda persistia grande confusão conceitual entre saúde do trabalhador e saúde ocupacional, exigindo aprofundamento político e pedagógico dessa diferenciação nos territórios. Defendeu que a CISTT Nacional e as CISTTs estaduais precisariam se debruçar sobre o relatório para garantir efetividade às propostas aprovadas e cobrar dos gestores públicos a implementação concreta das políticas deliberadas. Conselheira **Débora Melecchi**, integrante da comissão de relatoria da 5ª CNSTT, destacou a importância simbólica do encerramento do processo da Conferência e avaliou que o relatório expressava o fortalecimento da democracia participativa e do exercício da cidadania no âmbito do controle social do SUS. Ressaltou ainda que a conferência reafirmou a centralidade da luta de classes e a necessidade de ampliar a mobilização política da classe trabalhadora nos territórios. Defendeu ampla capilarização do relatório final, especialmente durante o Abril Verde e no processo preparatório da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Segundo afirmou, o documento deveria servir como instrumento permanente de mobilização, formação política e fortalecimento das lutas em defesa da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Conselheira **Melissa Ribeiro de Medeiros** agradeceu à conferência por dar voz ao povo brasileiro e destacou a importância de responsabilizar diretamente as empresas pelas ações de prevenção e promoção da saúde no trabalho. Relatou satisfação com as recentes atualizações na Consolidação das Leis do Trabalho relacionadas à obrigatoriedade de campanhas preventivas nos ambientes laborais e defendeu que a CISTT organizasse agenda permanente junto aos ministérios e comissões intersetoriais para transformar as propostas do relatório em ações concretas. Encerrando sua fala, utilizou a metáfora do pedreiro que constrói mansões sem possuir moradia digna, em referência às desigualdades estruturais enfrentadas pela classe trabalhadora. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** manifestou agradecimento à equipe responsável pela conferência e afirmou que passaria a compor a coordenação adjunta da CISTT/CNS com o compromisso de transformar as propostas aprovadas em ações concretas. Também reafirmou a defesa do SUS como patrimônio da população brasileira e direito conquistado pela luta social. Conselheira **Ruth Cavalcanti Guilherme** fez uma fala de despedida após dez anos de atuação na CISTT/CNS, inicialmente como integrante e posteriormente como coordenadora adjunta. Emocionada, leu texto em que expressou gratidão pelo período dedicado à construção coletiva da política de saúde do trabalhador e da trabalhadora no âmbito do CNS. Afirmou que encerrava esse ciclo após participar da realização de importantes projetos voltados ao fortalecimento das CISTTs nacionais, estaduais e municipais, além da própria realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ressaltou que deixava a coordenação da comissão, mas não abandonava a luta em defesa do SUS, da democracia participativa e da saúde do trabalhador como direito humano. Também agradeceu nominalmente a diversas pessoas que marcaram sua trajetória, incluindo Madalena Margarida, Eduardo Bonfim, Jacildo de Siqueira, e Olga, além da equipe técnica do CNS. Ao final das falas, a Presidenta do CNS reconheceu publicamente a dedicação histórica da conselheira Ruth Guilherme à CISTT/CNS e destacou a importância de reverenciar sua trajetória de militância e compromisso político com o SUS e com a saúde da classe

1798 trabalhadora. Também fez um reconhecimento nominal à consultora da SVSA/MS, Olga de
1799 Oliveira, ao longo da organização da 5ª Conferência e à trajetória de dedicação histórica à
1800 pauta da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Em seguida, devolveu a palavra à mesa para
1801 as considerações finais dos expositores. Nas considerações finais, a coordenadora da
1802 Comissão de Relatoria, **Madalena Margarida da Silva**, agradeceu ao Plenário, à CISTT e às
1803 coordenações e integrantes da comissão pelo trabalho construído coletivamente ao longo dos
1804 anos, em articulação permanente com a Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde do
1805 Trabalhador do Ministério da Saúde. Afirmou que, para ela, atuar junto ao controle social não
1806 representava apenas uma atividade técnica, mas um verdadeiro prazer político e humano. Em
1807 tom emocionado, destacou que as falas realizadas durante o debate não representavam um
1808 encerramento melancólico, mas um chamado à continuidade das lutas em defesa da saúde do
1809 trabalhador e da trabalhadora. Ressaltou que a temática deveria permanecer na centralidade
1810 das discussões das comissões intersetoriais, movimentos sociais e organizações
1811 representadas no Conselho. Defendeu que o pós-conferência deve ser compreendido como
1812 tempo de agir, mobilizar e organizar as bases sociais. Dirigindo-se ao Coordenador-Geral de
1813 Vigilância em Saúde do Trabalhador/CGSAT/MS, Luís Henrique da Costa Leão, ressaltou a
1814 responsabilidade da gestão federal em implementar efetivamente as políticas públicas
1815 discutidas na conferência. Ao mesmo tempo, destacou o papel dos movimentos sociais,
1816 sindicatos e organizações populares na ampliação da consciência de classe e na reconquista
1817 permanente de espaços políticos de participação social. Ao concluir sua fala, recordou que a
1818 conferência foi atravessada por risos, tensões, lágrimas, momentos de humanização,
1819 resistência e fortalecimento coletivo. Afirmou que todas essas experiências deveriam servir
1820 como combustível para as próximas lutas e batalhas em defesa da saúde da classe
1821 trabalhadora. Na sequência, o coordenador adjunto da Comissão de Relatoria da 5ª CNSTT,
1822 **Eduardo Bonfim da Silva**, agradeceu às pessoas que participaram do processo da
1823 Conferência e afirmou que o principal desafio colocado a partir daquele momento consistia em
1824 construir a devolutiva política e social do relatório final nos territórios, articulando-o ao processo
1825 preparatório da 18ª Conferência. Ressaltou que o documento dialogava diretamente com a
1826 realidade das comissões intersetoriais nacionais, estaduais e municipais, refletindo os desafios
1827 concretos vivenciados pelos trabalhadores e trabalhadoras brasileiros. Destacou que diversos
1828 elementos mencionados durante o debate apareciam explicitamente contemplados no relatório,
1829 como as ações de comunicação, as atividades autogestionadas, a visibilidade dos
1830 trabalhadores invisibilizados, a democracia participativa e a dimensão afetiva ressaltada ao
1831 longo de todo o processo conferencial. Afirmou ainda que o encerramento daquele ciclo
1832 representava também o fechamento simbólico de diversas etapas conferenciais das quais
1833 participou ao longo dos anos, incluindo conferências de vigilância em saúde, saúde do
1834 trabalhador e conferências nacionais de saúde. Ressaltou, contudo, que o fortalecimento do
1835 controle social exigia permanente renovação geracional, defendendo a ocupação desses
1836 espaços tanto pela juventude quanto pelas gerações mais experientes. Finalizou sua fala
1837 afirmando que, unidos, os participantes permaneceriam fortes nas lutas futuras. Na
1838 continuidade das considerações finais, o Coordenador-Geral de Vigilância em Saúde do
1839 Trabalhador/CGSAT/MS, **Luís Henrique da Costa Leão**, ressaltou que as falas realizadas ao
1840 longo da reunião evidenciavam que todos compartilhavam a mesma estrada política em defesa
1841 da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Avaliou que processos verdadeiramente
1842 transformadores se constroem quando cada pessoa assume sua parcela de responsabilidade
1843 coletiva, preservando a memória das lutas passadas enquanto reúne forças para seguir
1844 adiante. Destacou que a sistematização das falas, propostas e experiências produzidas pela
1845 conferência representava instrumento de fortalecimento da cidadania e de enfrentamento das
1846 desigualdades, iniquidades e formas de exploração presentes no mundo do trabalho. Nesse
1847 contexto, retomou reflexão apresentada anteriormente, afirmando que a revolução não deveria
1848 ser compreendida como destruição violenta, mas como construção coletiva de algo novo.
1849 Segundo ressaltou, ninguém seria capaz de construir sozinho uma transformação social dessa
1850 magnitude. Também afirmou que o amor deveria ser compreendido como afeto político e
1851 revolucionário, capaz de colocar as pessoas lado a lado nas lutas coletivas apesar das
1852 diferenças existentes. Recordou ainda a frase amplamente difundida durante os períodos mais
1853 críticos da pandemia e das crises políticas brasileiras — “ninguém solta a mão de ninguém” —
1854 e defendeu que o relatório final da conferência havia sido escrito por muitas mãos, exigindo
1855 agora que essas mesmas mãos permanecessem unidas para transformar o conteúdo
1856 produzido em ação concreta. Na sequência, as coordenadoras da mesa fizeram breves
1857 considerações sobre o tema. Conselheira **Priscila Torres da Silva**, coordenadora da comissão

de comunicação da 5ª CNSTT, destacou que a Conferência representou grande desafio organizativo e político, especialmente diante do adoecimento da conselheira Ana Lúcia durante a coordenação da Comissão de Comunicação. Ainda assim, reconheceu o êxito da comissão ao garantir ampla valorização dos trabalhadores informais, entregadores por aplicativos, motoristas de plataformas digitais e demais categorias invisibilizadas historicamente. Ressaltou-se também que a implementação das propostas aprovadas no relatório seguiria como responsabilidade permanente do controle social e do CNS. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidente do CNS, agradeceu às pessoas expositoras e destacou que as falas emocionadas expressavam o compromisso coletivo construído em torno da saúde do trabalhador e da trabalhadora. Ressaltou a pertinência da recomendação apresentada para que todas as comissões intersetoriais do CNS revisitem o conteúdo do relatório final da conferência, considerando que a saúde do trabalhador constitui dimensão identitária fundamental da vida humana e das condições de cidadania. Também enfatizou a importância de garantir melhores condições de vida e trabalho à população brasileira, mencionando temas como o enfrentamento da escala 6x1, o combate ao trabalho escravo contemporâneo e a necessidade de proteção integral à saúde dos trabalhadores. Informou ainda que a versão final do relatório seria posteriormente publicada no portal do Conselho Nacional de Saúde e reiterou o pedido para que a versão preliminar disponibilizada no sistema não fosse reproduzida ou divulgada antes da conclusão definitiva das revisões técnicas e diagramacionais.

ITEM 7 – CONFERÊNCIAS DE SAÚDE - 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - 4ª CNGTES – Apresentação: **Alcindo Antônio Ferla**, Integrante da Comissão de Relatoria da 4ª CNGTES; conselheira **Elaine Junger Pelaez**, Coordenadora Adjunta da Comissão de Relatoria da 4ª CNGTES; e **Livia Milena Mello**, Assessora Especial da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora-adjunta da 4ª CNGTES; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS. Iniciando, a Presidenta do CNS destacou o caráter histórico, democrático e mobilizador do processo da Conferência conferencial, reafirmando a centralidade das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde na consolidação do SUS. Ressaltou a importância política da conferência e registrou a presença de representantes diretamente envolvidos na construção do processo. Também apresentou as trajetórias acadêmicas e institucionais dos integrantes da mesa e fez menção à relatora-geral, Priscila Viegas, ausente por motivos de saúde, reconhecendo sua contribuição estratégica para a elaboração do relatório final e para os debates do controle social em saúde. Conselheira **Elaine Junger Pelaez**, Coordenadora Adjunta da Comissão de Relatoria da 4ª CNGTES, foi a primeira expositora, que começou agradecendo a oportunidade e reiterando a importante contribuição da relatora-geral, Priscila Viegas, a quem também representava naquele momento. Afirmou que a 4ª CNGTES representou a continuidade de um processo histórico de mobilização social iniciado em conferências anteriores, especialmente a partir da 16ª Conferência Nacional de Saúde, consolidando espaços democráticos de participação popular em todos os territórios do país. Ressaltou que o tema da conferência - “Democracia, Trabalho e Educação na Saúde para o Desenvolvimento: Gente que faz o SUS acontecer” - expressou o reconhecimento do protagonismo das trabalhadoras e dos trabalhadores do SUS e sintetizou um processo nacional que mobilizou mais de dez mil pessoas em diferentes etapas municipais, estaduais, livres e autogestionadas. Informou que o relatório final consolidou 84 diretrizes, 291 propostas e 64 moções, aprovadas pela Resolução CNS nº 772, de 13 de fevereiro de 2025, compondo um amplo acervo político e programático voltado ao fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde. Ao apresentar os eixos estruturantes da conferência, enfatizou que o primeiro eixo tratou da democracia, do controle social e da equidade na gestão participativa do trabalho e da educação na saúde; o segundo debateu o trabalho digno, decente, seguro, humanizado e democrático; e o terceiro abordou a educação voltada ao desenvolvimento do trabalho em saúde e à produção do cuidado. Segundo a conselheira, as propostas reafirmaram princípios históricos da Reforma Sanitária Brasileira e das conferências, especialmente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, especialmente a concepção ampliada de saúde e a compreensão da determinação social do processo saúde-doença. Destacou ainda a defesa da elaboração de uma Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política de Educação Popular, além da incorporação do debate sobre cuidado em saúde como elemento central da formação e da gestão do trabalho. Também foram ressaltadas propostas relacionadas à regulamentação e valorização de diferentes profissões da saúde, incluindo sanitaristas, parteiras, agentes de saúde, naturopatas

1918 e musicoterapeutas, mencionando como marco recente a regulamentação da profissão de
1919 sanitarista. Outro aspecto enfatizado foi a centralidade das políticas de equidade, com
1920 destaque para as populações negra, indígena, quilombola, ribeirinha, do campo, da floresta e
1921 LGBTQIA+, reafirmando a necessidade de inclusão desses segmentos nos espaços de
1922 formulação e participação social. Disse que a conferência também reafirmou posicionamentos
1923 históricos do controle social em defesa do SUS público, com forte crítica à privatização da
1924 saúde e à precarização do trabalho na saúde, defendendo concursos públicos, valorização
1925 profissional e despreciação do trabalho em saúde. Em relação ao eixo 1, citou a proposta de
1926 criação das Comissões Intersetoriais de Relações de Trabalho e Educação na Saúde - CIRTES
1927 nos estados e municípios, como estratégia de fortalecimento do controle social nos territórios,
1928 inclusão de conteúdos de controle social nas diretrizes curriculares de cursos da área da
1929 saúde, criação de comitês de equidade nos estados e nas diversas localidades e realização de
1930 conferências nacionais de gestão do trabalho e da educação na saúde a cada quatro anos. No
1931 âmbito do eixo 2, citou a criação de carreiras no SUS, o fortalecimento das mesas de
1932 negociação permanente, a ampliação de espaços participativos de discussão das relações de
1933 trabalho, realização de concursos públicos e combate à precarização do trabalho e a
1934 implementação do Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde e Segurança das
1935 Trabalhadoras e dos Trabalhadores da Saúde, com ênfase na saúde mental, na prevenção de
1936 acidentes e na melhoria das condições laborais nos serviços de saúde. No eixo 3, disse que foi
1937 reafirmada a defesa da presencialidade nos cursos de graduação da área da saúde e o
1938 posicionamento contrário à expansão da educação à distância na graduação em saúde.
1939 Também foram defendidos o fortalecimento das residências multiprofissionais, a ampliação da
1940 participação dos trabalhadores e residentes na Comissão Nacional de Residência
1941 Multiprofissional em Saúde e o fortalecimento da educação técnica em saúde. Além disso,
1942 destacou-se a necessidade de incorporar às diretrizes curriculares conteúdos relacionados à
1943 interprofissionalidade, à determinação social da saúde, à equidade e à integração entre
1944 trabalho e educação. Afirmou que a conferência reafirmou uma concepção ampliada de gestão
1945 do trabalho e da educação em saúde, compreendendo o tema como responsabilidade coletiva
1946 e não restrita a especialistas ou gestores. Ressaltou que usuários e usuárias do SUS possuem
1947 papel fundamental na formulação das políticas públicas relacionadas ao trabalho e à formação
1948 em saúde, uma vez que vivenciam concretamente os efeitos das práticas assistenciais e das
1949 condições de cuidado ofertadas nos territórios. Também foi enfatizada a importância da arte,
1950 da cultura, da comunicação popular e da acessibilidade como dimensões estruturantes da
1951 conferência. Nesse sentido, a relatoria destacou o esforço coletivo das subcomissões da
1952 Conferência e reafirmou o objetivo de que as propostas aprovadas ultrapassem os limites
1953 institucionais, sendo incorporadas no cotidiano das comunidades, escolas, universidades,
1954 serviços de saúde, movimentos populares e demais espaços sociais. Também agradeceu a
1955 sensibilidade das pessoas envolvidas no processo de relatoria e aproveitou para agradecer a
1956 cada uma que participou deste processo. Abordou ainda a experiência da “relatoria afetiva”,
1957 concebida como estratégia inovadora de sistematização das vivências, emoções e expressões
1958 subjetivas produzidas ao longo da conferência, inspirada em experiências da saúde mental e
1959 das conferências livres. A iniciativa foi apontada como mecanismo de valorização das
1960 diferentes formas de expressão política e de reconhecimento da diversidade de trajetórias,
1961 saberes e letramentos presentes no controle social em saúde. Também fez referência às
1962 emoções, salientando a importância de dar maior visibilidade a esse instrumento de luta. Ao
1963 tratar das atividades autogestionadas, reconheceu sua relevância para ampliar a participação
1964 social e incorporar pautas emergentes e conjunturais aos debates, embora tenha apontado a
1965 necessidade de aperfeiçoamentos metodológicos para evitar excessiva fragmentação temática
1966 ou enfoques corporativos dissociados da totalidade das lutas do SUS. Destacou ainda as
1967 conferências livres, incorporadas como inovação metodológica pelo CNS, que fortaleceram a
1968 participação social ao ampliar o envolvimento de movimentos, coletivos e sujeitos
1969 historicamente excluídos dos processos institucionais de formulação de políticas públicas.
1970 Reafirmou, por fim, a importância da criação das Comissões Intersetoriais de Relações de
1971 Trabalho e Educação na Saúde nos estados e municípios e fortalecimento do controle social
1972 nos territórios, com a criação de conselhos locais. Em suas considerações finais, informou que
1973 o relatório da conferência seria posteriormente desdobrado em diferentes tomos e publicações
1974 temáticas, dada a riqueza e complexidade do material produzido. Destacou ainda que o maior
1975 legado da 4ª CNGTES seria a ampla mobilização social em defesa do SUS e convocou o
1976 conjunto dos participantes a fortalecerem a participação popular na 18ª Conferência Nacional
1977 de Saúde, reafirmando o compromisso permanente com a democracia, a reforma sanitária e o

1978 direito universal à saúde. Concluída a exposição, a presidenta do CNS agradeceu a
1979 apresentação do relatório e registrou a importância da participação de representantes da
1980 SGTES/MS no debate, destacando a presença de Marcelo Marques e Etel Matielo,
1981 especialmente em razão da atuação desta última na Mesa Nacional de Negociação
1982 Permanente do SUS. Ressaltou que o momento de apreciação do Relatório da 4ª CNGTES
1983 possuía caráter estratégico para o fortalecimento das políticas de gestão do trabalho e da
1984 educação no âmbito do SUS. Em sua manifestação, enfatizou a necessidade de reafirmar uma
1985 das principais deliberações aprovadas pela Conferência: a construção da carreira única
1986 interfederativa do SUS. Recordou que a proposta foi amplamente debatida nos grupos de
1987 trabalho e ao longo do processo de construção da Conferência, tendo sido também objeto de
1988 discussões conduzidas pela CIRHRT e pela gestão da SGTES. Destacou que a implementação
1989 dessa carreira constitui uma das proposições centrais do relatório final, em razão de seu
1990 potencial para promover a valorização das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde,
1991 fortalecer a gestão do trabalho e contribuir para a redução das desigualdades existentes entre
1992 os entes federativos. Ressaltou ainda que a efetivação da carreira única interfederativa
1993 demanda a construção de mecanismos de financiamento adequados, incluindo a discussão, no
1994 âmbito do Congresso Nacional, de um fundo específico que possibilite sua implementação e
1995 sustentabilidade. Lembrou que o tema havia sido recentemente apreciado e aprovado pela
1996 CIRHRT, reforçando a necessidade de que a matéria receba destaque no relatório e
1997 permaneça como pauta prioritária para o controle social e para as instâncias de gestão do
1998 SUS. Por fim, destacou a relevância do tema ao longo de todo o processo da Conferência e na
1999 elaboração do relatório final, reiterando que a carreira única interfederativa figura entre as
2000 proposições mais significativas aprovadas pela 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho
2001 e da Educação na Saúde. A seguir, o professor **Alcindo Antônio Ferla** apresentou reflexões
2002 sobre o processo de elaboração do relatório final e da pesquisa vinculada à 4ª CNGTES,
2003 destacando a importância de produzir registros que não apenas retratassem as deliberações
2004 aprovadas, mas também contribuíssem para a construção da memória histórica, política e
2005 metodológica das conferências de saúde. Inicialmente, manifestou satisfação em participar do
2006 debate no âmbito do Conselho, ressaltando o significado político e afetivo daquele espaço.
2007 Informou que sua apresentação buscava sintetizar, por meio de imagens, relatos e reflexões,
2008 aspectos centrais do processo de relatoria e da construção da pesquisa associada à
2009 conferência, inspirada em experiências desenvolvidas desde a 16ª Conferência Nacional de
2010 Saúde. Segundo afirmou, a concepção do relatório final ultrapassou a ideia tradicional de mera
2011 sistematização das deliberações, assumindo o compromisso de também produzir história,
2012 registrar trajetórias e fomentar novas produções políticas e acadêmicas a partir da experiência
2013 da Conferência. Destacou a relevância do resgate histórico das conferências e da Reforma
2014 Sanitária Brasileira, mencionando, inclusive, os documentos da Comissão Nacional da Reforma
2015 Sanitária como referência inspiradora para a elaboração dos relatórios da conferência.
2016 Ressaltou que a memória institucional é fundamental para evitar retrocessos e possibilitar
2017 aprendizagens coletivas acumuladas ao longo da trajetória do SUS e do controle social. Ao
2018 abordar a metodologia da pesquisa desenvolvida na Conferência, explicou que o processo foi
2019 construído de forma participativa, mantendo diálogo com experiências anteriores das 16ª e 17ª
2020 Conferências Nacionais de Saúde. Segundo relatou, a pesquisa foi concebida não como uma
2021 investigação “sobre” os participantes, mas como uma pesquisa realizada “com” os sujeitos
2022 envolvidos no processo, fundamentada no princípio de “nada sobre nós sem nós”. Informou
2023 que o desenvolvimento dos instrumentos de pesquisa envolveu ampla participação de
2024 pesquisadores, trabalhadores, usuários e representantes do controle social, valorizando
2025 diferentes formas de saber e experiências para além da lógica acadêmica tradicional. Destacou
2026 que a validação dos instrumentos metodológicos não ocorreu apenas por pares acadêmicos,
2027 mas também por pessoas com diferentes trajetórias e formas de conhecimento, reconhecendo
2028 a importância da oralidade, das vivências populares e dos saberes produzidos nos territórios.
2029 Afirmou que o processo revelou a insuficiência de metodologias estritamente abstratas ou
2030 excessivamente objetivadas para captar a complexidade da participação social em saúde.
2031 Ressaltou ainda que a pesquisa possibilitou a construção de uma base de dados comparativa
2032 entre a 16ª, a 17ª e a 4ª CNGTES, permitindo futuras análises sobre os processos
2033 participativos no âmbito das conferências nacionais de saúde. Também destacou a produção
2034 de diferentes tomos e publicações derivadas da conferência, incluindo narrativas elaboradas
2035 pelos monitores da pesquisa, compreendidas como parte integrante da memória política do
2036 processo conferencial. Enfatizou que os espaços de participação social devem ser
2037 compreendidos como espaços formativos e pedagógicos para todas as profissões da saúde.

2038 Nesse sentido, defendeu a necessidade de que profissionais da área estejam efetivamente
2039 inseridos nas experiências de participação e controle social, superando perspectivas restritas
2040 ao modelo biomédico e às racionalidades técnicas hegemônicas. Ao tratar da elaboração do
2041 relatório final da conferência, explicou que foram produzidas versões distintas da publicação,
2042 contemplando tanto um formato resumido e acessível para ampla distribuição quanto uma
2043 versão mais extensa e detalhada em formato virtual. Informou que o relatório foi estruturado de
2044 forma a atender critérios científicos e acadêmicos, incorporando apresentação, prefácios,
2045 descrição das atividades, participantes, bases normativas, caracterização dos participantes,
2046 sistematização das propostas - diretrizes, recomendações e moções, índice remissivo,
2047 organizadores e autores. Também destacou a importância da construção coletiva da relatoria,
2048 mencionando o envolvimento de diferentes comissões e equipes responsáveis pela
2049 sistematização das atividades. Relatou que o trabalho foi inspirado na experiência acumulada
2050 desde a 16ª Conferência Nacional de Saúde e ressaltou a relevância da escrita reflexiva como
2051 instrumento de análise crítica e produção de conhecimento sobre os processos participativos
2052 do SUS. Ao abordar o trabalho dos monitores da pesquisa, chamados de “verdinhos”, relatou
2053 que houve um processo amplo de seleção e formação, envolvendo participantes de diversas
2054 regiões do país e diferentes áreas de formação. Explicou que a preparação incluiu mais de cem
2055 horas de atividades formativas, voltadas à compreensão histórica da participação social, da
2056 Reforma Sanitária e do papel das conferências no fortalecimento do SUS. Segundo afirmou, a
2057 experiência buscou formar sujeitos capazes de atuar tanto na pesquisa quanto na construção
2058 política e coletiva dos espaços de participação. Destacou ainda que o trabalho da relatoria
2059 exigiu intenso esforço coletivo e mecanismos de apoio e cuidado entre os integrantes das
2060 equipes, diante da complexidade e da dimensão das atividades realizadas. Informou que foram
2061 aplicados questionários, conduzidas entrevistas com delegações estaduais e coordenadores de
2062 conferências livres, além da produção de registros audiovisuais e depoimentos relacionados às
2063 trajetórias de vida e atuação política dos participantes. Também apresentou iniciativas de
2064 divulgação e democratização do conhecimento produzido, mencionando a publicação de obras
2065 em acesso aberto pela Editora Rede Unida, em parceria com o CNS, na série “Participação
2066 Social e Políticas Públicas”. Ressaltou que a intenção era garantir ampla circulação das
2067 produções derivadas da conferência e estimular novas pesquisas, artigos e análises
2068 comparativas a partir do material sistematizado. Ao final de sua exposição, sugeriu a
2069 elaboração de estudos comparativos entre a 16ª Conferência Nacional de Saúde, a 17ª
2070 Conferência e a 4ª CNGTES, utilizando os dados acumulados nas pesquisas realizadas.
2071 Também propôs o envolvimento ampliado dos pesquisadores vinculados às conferências na
2072 produção de artigos científicos e análises temáticas, reforçando a importância da articulação
2073 entre participação social, produção de conhecimento e fortalecimento do SUS. Encerrando sua
2074 fala, convidou os presentes a participarem do 17º Congresso Internacional da Rede Unida,
2075 espaço no qual seriam lançadas novas publicações. Continuando, expôs a assessora especial
2076 da SGTES/MS, **Lívia Milena Mello**, destacou a importância da retomada permanente do
2077 relatório final da 4ª CNGTES como instrumento político de análise, monitoramento e projeção
2078 das políticas públicas relacionadas à gestão do trabalho e da educação em saúde. Afirmou que
2079 os documentos produzidos pelas conferências não podem permanecer arquivados sem efetiva
2080 utilização, devendo subsidiar avaliações, disputas políticas e formulações estratégicas para o
2081 fortalecimento do SUS. Ressaltou que o processo da Conferência ocorreu em um contexto de
2082 reconstrução democrática e de retomada dos espaços de participação social, destacando a
2083 reativação de conselhos e comissões durante o atual governo federal. Nesse sentido, defendeu
2084 a necessidade de o controle social permanecer atento às disputas políticas e orçamentárias
2085 que impactam diretamente a implementação das políticas de saúde, especialmente diante do
2086 cenário eleitoral e das definições relacionadas ao financiamento público. Ao abordar o primeiro
2087 eixo da Conferência, voltado à democracia, ao controle social e à equidade, destacou que as
2088 propostas reafirmaram a importância dos diversos espaços participativos existentes no SUS,
2089 incluindo conselhos de saúde, comissões intersetoriais, mesas de negociação, comitês de
2090 equidade e coletivos vinculados à educação popular. Ressaltou que a conferência reconheceu
2091 tanto os espaços institucionais quanto os processos participativos construídos no entorno das
2092 políticas públicas, compreendendo-os como fundamentais para o fortalecimento das pautas
2093 relacionadas ao trabalho e à educação na saúde. Enfatizou ainda que a equidade atravessou
2094 transversalmente todos os eixos e debates da conferência, refletindo demandas sociais
2095 contemporâneas relacionadas ao enfrentamento do racismo, do machismo e da LGBTfobia.
2096 Segundo Lívia, tornou-se impossível pensar as políticas de trabalho, educação e saúde sem
2097 incorporar a defesa de uma sociedade antirracista, antissexista e comprometida com os direitos

humanos e a inclusão social. Também destacou que o eixo relacionado à democracia e ao controle social reafirmou posicionamentos históricos em defesa do SUS público, incluindo a rejeição à privatização da saúde e a defesa da revogação de contrarreformas que contribuíram para a precarização das relações de trabalho. Nesse contexto, defendeu o papel do controle social não apenas na formulação de propostas, mas também na mobilização política e eleitoral necessária para garantir avanços legislativos e institucionais voltados à proteção dos direitos sociais e trabalhistas. No eixo referente ao trabalho digno, decente e democrático, avaliou que a conferência contribuiu significativamente para recolocar a gestão do trabalho como tema estratégico nas agendas estaduais e municipais do SUS. Relatou que a SGTES vinha promovendo discussões em reuniões dos COSEMS, observando crescente incorporação da temática pelos gestores locais. Segundo afirmou, a gestão do trabalho deixou de ser concebida apenas como setor administrativo responsável por folha de pagamento e recursos humanos, passando a ser compreendida como área estratégica para planejamento, dimensionamento da força de trabalho e organização das políticas de saúde. Nesse sentido, enfatizou a necessidade de planejamento inteligente e distribuição adequada dos profissionais de saúde, considerando as desigualdades territoriais do país e as necessidades concretas do SUS. Destacou a importância de discutir estratégias de provimento, formação especializada e deslocamento de profissionais para regiões de maior vulnerabilidade, reafirmando o papel constitucional do SUS na ordenação da formação e da força de trabalho em saúde. Ressaltou ainda que algumas pautas históricas se repetem em diferentes conferências nacionais, indicando desafios estruturais ainda não superados. Entre elas, destacou a defesa da carreira no SUS como instrumento de valorização profissional, qualificação da força de trabalho e garantia de condições dignas de exercício laboral. Também enfatizou a importância das ações afirmativas nos processos seletivos e concursos públicos, visando ampliar a participação da população negra e de grupos historicamente excluídos nas carreiras da saúde. Outro ponto destacado foi o debate sobre a valorização das cuidadoras e das políticas de cuidado, tema que, segundo a expositora, ganhou força tanto no Brasil quanto internacionalmente. Nesse contexto, mencionou discussões conduzidas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e experiências internacionais relacionadas à formulação de políticas públicas de cuidado. Ao relatar a participação de representantes internacionais na conferência, compartilhou episódio envolvendo integrante da delegação do México responsável pela área de gestão do trabalho e educação naquele país. Segundo relatou, a representante mexicana manifestou surpresa diante do investimento público destinado à realização de conferências nas quais a população exercia críticas e controle sobre o próprio governo. Em resposta, afirmou que a participação popular foi responsável pela conquista histórica do SUS e pela construção das bases legais que garantem o controle social como princípio estruturante do sistema de saúde brasileiro. Também destacou a relevância do intercâmbio latino-americano e da cooperação regional em defesa da democracia e dos sistemas públicos universais de saúde. Ao tratar das questões relacionadas à saúde mental, destacou que o tema atravessa toda a sociedade brasileira e afirmou ser fundamental incorporá-lo aos debates sobre trabalho e condições laborais. Nesse contexto, mencionou as discussões em torno da escala de trabalho “6 por 1”, defendendo a redução da jornada como medida de promoção da saúde mental, garantia de descanso e proteção das trabalhadoras e trabalhadores. Também sinalizou o debate sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal, apontando que o tema reaparece recorrentemente nas conferências de saúde devido aos impactos produzidos sobre a capacidade de expansão e fortalecimento do SUS. Segundo afirmou, embora reconhecida como instrumento de controle fiscal, a legislação não pode constituir obstáculo à ampliação das políticas públicas e à garantia das necessidades do sistema de saúde. No eixo relacionado à educação em saúde, destacou a transversalidade da integração entre trabalho e educação, enfatizando a importância das escolas do SUS, da educação popular, da educação permanente e da defesa da presencialidade na formação em saúde. Também ressaltou o fortalecimento das residências em saúde e a incorporação crescente da saúde digital e das tecnologias educacionais no período pós-pandemia. Trouxe ainda reflexões críticas sobre temas considerados ausentes ou insuficientemente desenvolvidos no relatório final da conferência. Entre eles, destacou o trabalho de nível médio, que apareceu pontualmente em apenas dois momentos no Relatório, apesar de representar a maior força de trabalho do SUS. Nesse contexto, questionou o grau de participação e organização política desses trabalhadores nos processos conferenciais e informou que a SGTES vinha desenvolvendo iniciativas voltadas à formação técnica e à valorização das carreiras de nível médio, incluindo o Programa FormaTec SUS e estratégias de especialização técnica como mecanismos de progressão profissional e qualificação do trabalho. Também

2158 avaliou que o debate sobre provimento profissional apareceu de forma insuficiente nas
2159 discussões da conferência. Em resposta, apresentou experiências federais relacionadas ao
2160 Programa Mais Médicos e ao Mais Médicos Especialistas, destacando o papel do governo
2161 federal na interiorização de profissionais especializados. Informou que mais de quinhentos
2162 médicos especialistas, especialmente anestesistas, estavam sendo deslocados de regiões
2163 metropolitanas do Sul e Sudeste para municípios do interior do país, ressaltando a importância
2164 estratégica dessa política para garantir cirurgias, partos e outros procedimentos essenciais no
2165 SUS. Sinalizou que outro aspecto abordado foi o debate sobre regulamentação profissional.
2166 mencionou que algumas categorias compareceram à conferência reivindicando
2167 reconhecimento e regulamentação, como cuidadoras e doulas, mas avaliou que o tema exige
2168 aprofundamento mais amplo sobre os modelos regulatórios das profissões da saúde. Nesse
2169 contexto, destacou a recente regulamentação da profissão de sanitário conduzida
2170 diretamente pelo Ministério da Saúde, apresentada como experiência inovadora e ainda em
2171 processo de consolidação institucional. Ao final de sua apresentação, destacou a importância
2172 do fortalecimento dos sistemas de avaliação da formação em saúde, incluindo graduação,
2173 ensino técnico e residências. Informou que o Ministério da Saúde vinha desenvolvendo
2174 iniciativas em parceria com o Ministério da Educação - MEC, o Instituto Nacional de Estudos e
2175 Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP e as comissões de residência para estruturar
2176 mecanismos nacionais de avaliação da formação profissional, contemplando avaliação
2177 institucional, avaliação discente e monitoramento dos impactos das políticas educacionais
2178 sobre as necessidades do SUS. Encerrando sua fala, parabenizou a comissão organizadora da
2179 conferência e o grupo responsável pela pesquisa e relatoria, afirmando que o processo
2180 conferencial contribuiu para formar uma nova geração comprometida com a democracia, a
2181 participação social e a defesa do SUS. Destacou a expressiva participação de estudantes e
2182 residentes na 4ª CNGTES e avaliou que essa experiência fortalecerá futuras lideranças,
2183 gestores, docentes e conselheiros de saúde comprometidos com os princípios democráticos e
2184 com a construção de condições dignas de trabalho no SUS. Seguindo, conselheira **Francisca**
2185 **Valda da Silva**, coordenadora-adjunta da 4ª CNGTES, destacou a relevância histórica e
2186 política do processo da Conferência, ressaltando o esforço coletivo empreendido pelo CNS,
2187 pelas comissões organizadoras e pelas instâncias de participação social na reconstrução
2188 democrática do país e na retomada das políticas públicas voltadas ao trabalho e à educação
2189 em saúde. Também agradeceu a participação da assessora Lívia Milena Mello na mesa de
2190 debate, reconhecendo sua atuação contínua no acompanhamento da conferência e
2191 ressaltando a importância da permanência de quadros técnicos comprometidos com a
2192 implementação das deliberações aprovadas. Manifestou sua emoção ao refletir sobre o
2193 processo de reconstrução do controle social após o período iniciado em 2019, marcado, nas
2194 suas palavras, pelo enfraquecimento dos conselhos de direitos e das instâncias de participação
2195 popular em decorrência de medidas governamentais que atingiram diretamente o
2196 funcionamento do controle social no país. Lembrou que, já em 2023, no primeiro ano do atual
2197 governo federal, foi realizada a 17ª Conferência, cujas deliberações passaram a integrar o
2198 Plano Plurianual e o planejamento orçamentário federal. Destacou ainda que, logo após a
2199 realização da 17ª Conferência, o CNS aprovou a realização da 4ª CNGTES, mesmo diante das
2200 dificuldades relacionadas ao calendário eleitoral municipal e aos prazos reduzidos para
2201 organização das etapas preparatórias. Segundo informou, a conferência mobilizou cerca de
2202 274 etapas, entre conferências municipais, regionais, estaduais, livres e a etapa nacional,
2203 envolvendo mais de dez mil participantes em todo o país. Ressaltou que a realização da
2204 conferência expressou a “ousadia de cumprir a lei”, retomando formulação do sanitário
2205 Nelson Rodrigues dos Santos sobre o desafio histórico de concretizar o direito universal à
2206 saúde previsto na Constituição Federal. Nesse contexto, afirmou que o trabalho constitui um
2207 dos eixos estruturantes para a efetivação do SUS, ao lado do financiamento, das redes de
2208 atenção, das políticas públicas e da atuação permanente do controle social. Também fez um
2209 resgate histórico das conferências relacionadas ao trabalho e à educação em saúde,
2210 lembrando a realização da primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos em 1986, da
2211 segunda em 1993 e das transformações conceituais promovidas a partir de 2006, quando
2212 passou a ser questionada a própria expressão “recursos humanos”. Segundo afirmou,
2213 trabalhadores e trabalhadoras da saúde não podem ser tratados como recursos ou objetos
2214 administrativos, mas como sujeitos fundamentais para o funcionamento do SUS,
2215 caracterizando o trabalho em saúde como “trabalho vivo em ato”. Ao tratar da realidade
2216 contemporânea do mundo do trabalho, denunciou os processos de exploração e precarização
2217 que atingem trabalhadoras e trabalhadores em diferentes territórios e setores produtivos,

inclusive dentro do SUS. Ressaltou que as condições precárias de trabalho produzem adoecimento, sofrimento e morte, o que reforça a centralidade das lutas relacionadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora. Nesse sentido, associou diretamente os debates da 4ª CNGTES às discussões da 5ª CNSTT. Enfatizou que a defesa das condições dignas de trabalho interessa a todo o povo brasileiro, destacando que mais de cinco milhões de trabalhadoras e trabalhadores atuam no SUS e na saúde suplementar. Reafirmou que o trabalho deve garantir vida digna, lazer, convivência familiar e tempo para o cuidado de si e dos outros, e não constituir mecanismo de adoecimento ou destruição da vida das pessoas. Também ressaltou que a conferência reafirmou propostas históricas do movimento sanitário e do controle social, como a defesa da carreira única no SUS, do ingresso por concurso público, da jornada de 30 horas semanais e do fortalecimento das mesas de negociação permanente. Segundo afirmou, o tema da conferência incorporou de forma estratégica a defesa da democracia, do desenvolvimento nacional e da valorização do trabalho como elementos fundamentais para a construção de um projeto de país comprometido com justiça social e fortalecimento do SUS. Ainda em sua intervenção, destacou o protagonismo da rede de conselhos de saúde e do controle social na construção do futuro do trabalho em saúde, mencionando a existência de cerca de 120 mil conselheiras e conselheiros de saúde no país. Ressaltou que a luta do controle social não se limita à formulação de propostas, mas envolve também a defesa de investimentos públicos, políticas estruturantes e mecanismos capazes de viabilizar a implementação das diretrizes, propostas e moções aprovadas na conferência. Em suas considerações finais, afirmou acreditar na possibilidade de transformação social a partir da mobilização coletiva e do fortalecimento do controle social. Inspirando-se em Walter Benjamin e na teoria crítica, declarou que “há sempre alguém para recolher as brasas da esperança dos escombros, das derrotas e dos massacres”, reafirmando o compromisso de resistência diante de retrocessos e ameaças à democracia e aos direitos sociais. Na sequência, a mesa de coordenação agradeceu as exposições e abriu para considerações dos conselheiros e das conselheiras inscritas. Conselheira **Dilce Abgail Rodrigues** agradeceu as exposições e destacou que o contexto eleitoral exigiria grande mobilização em defesa da democracia e do SUS. A seguir, anunciou seu desligamento do CNS em razão de novas demandas políticas e organizativas, especialmente relacionadas à realização da Conferência Antifascista e Anti-imperialista no Rio Grande do Sul. Em sua despedida, agradeceu à União Brasileira de Mulheres - UBM pela indicação ao Conselho e afirmou que sua trajetória no CNS foi marcada pela defesa da saúde das mulheres como elemento central para a justiça social. Também reconheceu o acolhimento institucional e a seriedade com que o CNS trata as pautas relacionadas à saúde, aos direitos humanos e à equidade de gênero, raça e classe. Conselheira **Débora Melecchi**, da coordenação da comissão de mobilização, destacou a importância da 4ª CNGTES para a reconstrução das políticas públicas de educação e trabalho após o período de desestruturação institucional e após os impactos da pandemia de COVID-19. Ressaltou a forte participação da juventude no processo da conferência e afirmou que a 4ª CNGTES reafirmou a centralidade do trabalho nas políticas de saúde. Também destacou a retomada da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como importante conquista do atual governo federal e defendeu que os protocolos produzidos nesse espaço sejam transformados em resoluções do CNS, fortalecendo sua legitimidade institucional. Conselheira **Shirley Marshal Morales** enfatizou que a Conferência refletiu a diversidade dos territórios e fortaleceu o debate sobre dignidade das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde. Destacou o papel da juventude, da formação política e da educação como instrumentos de transformação social e valorizou o trabalho desenvolvido pela relatoria e pela Rede Unida na sistematização das experiências e na produção de registros históricos das conferências. Também alertou para as ameaças representadas pelas estruturas fascistas e pelos interesses de mercado que tratam a saúde como mercadoria, reafirmando a defesa do SUS como expressão do direito à vida e à dignidade humana. Por fim, saudou todas as pessoas que contribuíram para o sucesso da Conferência, reforçando que permanecerão gravados na história. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** ressaltou a importância das narrativas, registros e publicações produzidos no processo conferencial como instrumentos fundamentais para a formação de novas gerações e para a preservação da memória do SUS e do controle social. Destacou ainda o papel dos pesquisadores da Conferência, conhecidos como “verdinhos”, como multiplicadores das discussões relacionadas ao trabalho, à educação e à participação social em saúde. Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes** saudou todas as pessoas da mesa pelo trabalho e destacou que os registros produzidos pela Conferência possuem relevância histórica e acadêmica, funcionando como fontes permanentes de pesquisa

2278 e memória institucional do controle social em saúde. Ressaltou que, após dezoito anos sem
2279 realização de uma conferência específica sobre trabalho e educação em saúde, o debate
2280 retomou temas fundamentais relacionados à precarização do trabalho, às condições de
2281 formação profissional e à defesa da carreira única no SUS. Também reafirmou o compromisso
2282 das entidades com a defesa da presencialidade na formação em saúde e mencionou a
2283 mobilização nacional em torno da Proposta de Emenda Constitucional relacionada ao fim da
2284 escala de trabalho “6x1”, compreendida como pauta vinculada à defesa da saúde e da
2285 dignidade da classe trabalhadora. No retorno da mesa e nas considerações finais do debate, a
2286 Presidenta do CNS reforçou a importância da manutenção da Mesa Nacional de Negociação
2287 Permanente do SUS como espaço ativo e estratégico para o diálogo entre governo,
2288 trabalhadores e controle social, lembrando que sua retomada constituiu uma das ações
2289 prioritárias dos primeiros cem dias do atual governo federal. Nesse contexto, enfatizou que os
2290 protocolos debatidos e pactuados no âmbito da mesa de negociação devem obrigatoriamente
2291 passar pela apreciação do Pleno do CNS, reafirmando o papel deliberativo e institucional do
2292 controle social. Também alertou para tentativas de esvaziamento do Conselho em discussões
2293 relacionadas aos protocolos e defendeu a necessidade de preservação das competências e da
2294 legitimidade do Pleno. Também estabeleceu relação entre os debates sobre trabalho digno,
2295 seguridade social e a conjuntura política nacional, manifestando preocupação com iniciativas
2296 no Congresso Nacional voltadas à inviabilização da aprovação da Proposta de Emenda
2297 Constitucional relacionada ao financiamento da política de assistência social. Ressaltou que
2298 saúde, assistência social e previdência compõem o tripé da seguridade social brasileira e
2299 afirmou que a defesa dos determinantes sociais da saúde exige solidariedade entre os
2300 diferentes conselhos e políticas públicas sociais. Nesse sentido, destacou que garantir
2301 financiamento adequado à assistência social também significa promover melhores condições
2302 de saúde para a população brasileira. Na sequência, conselheira **Elaine Junger Pelaez**,
2303 Coordenadora Adjunta da Comissão de Relatoria da 4ª CNGTES, iniciou suas considerações
2304 finais agradecendo à Presidenta do CNS, à Mesa Diretora do CNS e às gestões anteriores
2305 responsáveis pela realização da 4ª CNGTES. Ressaltou a importância de a pauta ter sido
2306 retomada justamente no mês da saúde e na data de realização da conferência, reafirmando a
2307 continuidade histórica das lutas relacionadas ao trabalho, à educação e à participação social
2308 em saúde. Também reconheceu a contribuição de diferentes gestores, assessores,
2309 pesquisadores, representantes do controle social e integrantes da relatoria e da organização da
2310 conferência, destacando a diversidade de sujeitos envolvidos na construção coletiva do
2311 processo conferencial. Em sua fala, destacou três grandes desafios decorrentes da
2312 conferência. O primeiro refere-se à necessidade de fortalecimento da intersetorialidade, de
2313 modo que as conferências consigam incorporar de forma mais efetiva outras políticas públicas,
2314 como assistência social, educação, previdência e trabalho, tanto nos debates quanto nos
2315 processos de implementação das propostas aprovadas. O segundo desafio apontado foi a
2316 construção de mecanismos permanentes de monitoramento e avaliação das conferências,
2317 permitindo acompanhar o tratamento dado às diretrizes e propostas aprovadas e verificar seus
2318 níveis de implementação nas diferentes esferas do SUS e das políticas públicas. O terceiro
2319 desafio ressaltado foi a necessidade de reafirmar a centralidade do trabalho e da condição
2320 compartilhada entre usuários, trabalhadores, gestores e gestoras do SUS enquanto integrantes
2321 da classe trabalhadora. Segundo afirmou, discutir a conferência significa necessariamente
2322 discutir luta de classes, condições dignas de trabalho e direitos sociais. Nesse contexto,
2323 encerrou sua fala reafirmando a defesa da Política Nacional de Assistência Social, do
2324 fortalecimento do SUAS, da ampliação do financiamento público e do fim da escala de trabalho
2325 “6x1”, associando essas pautas à defesa dos direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores
2326 brasileiros. Na continuidade das considerações finais, a assessora especial da SGTES/MS,
2327 **Livia Milena Mello**, explicou que a SGTES é resultado do trabalho coletivo de diversas
2328 gestões e equipes técnicas que se dedicaram intensamente à realização da Conferência e à
2329 implementação das políticas dela derivadas. Afirmou que a Secretaria permanece alinhada às
2330 diretrizes aprovadas pela conferência e à Resolução CNS nº 772/2025, destacando uma série
2331 de programas e ações já em desenvolvimento que dialogam diretamente com as deliberações
2332 aprovadas. Entre eles, mencionou o programa AfirmaSUS, voltado à promoção da equidade na
2333 formação em saúde; o PET Equidade, destinado ao enfrentamento das iniquidades; o PET
2334 Clima, criado para qualificar a formação relacionada às mudanças climáticas e aos desastres
2335 ambientais; e o PET Saúde Digital, estruturado para incorporar as tecnologias digitais e a
2336 saúde digital aos processos formativos desde a graduação. Também destacou a ampliação do
2337 programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS),

informando que mais de nove mil estudantes participaram das vivências formativas. Além disso, ressaltou o fortalecimento do AGPopSUS como estratégia de educação popular voltada à promoção da democracia e da participação social. Anunciou ainda a sanção presidencial da lei relacionada às doulas, ocorrida naquele mesmo dia no Palácio do Planalto. Segundo afirmou, a medida representa importante avanço para a saúde das mulheres e para o enfrentamento da violência obstétrica, ressaltando que a pauta foi fortemente defendida durante a Conferência. Informou também que a SGTES passaria a construir, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES, um marco nacional de formação das doulas, buscando garantir qualificação adequada e reconhecimento institucional da atuação dessas trabalhadoras. Finalizou saudando os encontros estaduais de saúde, os fóruns de mulheres na saúde e os processos preparatórios rumo à 18ª Conferência Nacional de Saúde, reafirmando o compromisso da SGTES com as pautas relacionadas ao trabalho, à educação e à participação social no SUS. Em suas considerações finais, conselheira **Francisca Valda da Silva** destacou que a realização da 4ª CNGTES somente foi possível graças ao trabalho voluntário, generoso e comprometido de centenas de pessoas envolvidas em diferentes frentes organizativas da conferência. Mencionou integrantes da coordenação, da relatoria, da comunicação, dos servidores do Ministério da Saúde e do CNS, reconhecendo o esforço coletivo empreendido durante toda a preparação e realização do processo da Conferência. Afirmou que o controle social possui nitidez acerca do contexto adverso e da correlação de forças desfavorável para a implementação das propostas aprovadas, especialmente diante das disputas políticas e econômicas relacionadas ao mundo do trabalho. Ainda assim, reafirmou que o movimento sanitário e o controle social não irão recuar diante das tentativas de precarização e aprofundamento da exploração do trabalho. Criticou duramente os interesses de mercado que, segundo declarou, buscam estabelecer novas formas de exploração e “escravidão” das trabalhadoras e trabalhadores, agora sob novas configurações contemporâneas. Ressaltou que as reivindicações apresentadas pelas trabalhadoras e trabalhadores da saúde são legítimas e elementares, resumindo-se à defesa de trabalho digno, honesto e de condições adequadas para atendimento à população. Encerrando sua fala, utilizou a expressão “apesar de vocês, amanhã será outro dia”, reafirmando esperança, resistência e compromisso permanente do controle social com a democracia, os direitos sociais e o fortalecimento do SUS. **Concluindo, a Presidenta do CNS registrou como encaminhamentos: receber o Relatório da 4ª CNGTES e acompanhar a implementação das propostas e deliberações aprovadas e dialogar com os Conselhos Estaduais – CESS sobre a importância de criar CIRTES em cada conselho.** Após saudar a todas as pessoas, encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na tarde do primeiro dia de reunião: **Titulares** - **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cleide Cilene Farias Tavares**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). **Suplentes** – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduella**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Ana Carolina Freire Lopes**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **Danieli da**

2398 **Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB);
2399 **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Elaine**
2400 **Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Gilson Silva**, Força Sindical
2401 (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde
2402 (CONASS); **Jacildo de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e
2403 Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); **José Oliveira da Silva**, Comissão
2404 Pastoral da Terra (CPT); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil
2405 (ADJ); **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde (MS); **Madson Carlos**
2406 **Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Maria Cecília Jorge Branco**
2407 **Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves,
2408 Raras e Deficiências (AFAG); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
2409 Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Palácios da Cunha e Melo de Almeida Rego**,
2410 Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação
2411 Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); **Sarlene Moreira da Silva**,
2412 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Shirley Marshal**
2413 **Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Silvia Cavalleire da Silva**, União
2414 Nacional LGBT (UNA-LGBT; e **Suely Corrêa de Oliveira**, Articulação Nacional de Movimentos
2415 e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS. Iniciando o segundo dia, conselheira
2416 **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS, saudou todas as pessoas presentes e
2417 os internautas e retificou o registro apresentado no início da reunião, no item do Expediente,
2418 referente à participação de conselheiros e conselheiras nos Encontros Estaduais de Saúde
2419 realizados em março de 2026. Explicou que, no encontro realizado em 18 de março de 2026,
2420 na Bahia, participaram, pelo segmento de usuários, Rosa Maria Anacleto, Neide Barros da
2421 Silva, Thiago Soares, Michele Seixas e Ana Lúcia Paduella. No encontro realizado em 23 de
2422 março de 2026, no Rio Grande do Norte, participaram Francisco Almeida, Pérola Nazaré de
2423 Souza e Thiago Soares, pelo segmento de usuários; e Eurídice Ferreira de Almeida, pelo
2424 segmento dos trabalhadores e trabalhadoras. No encontro realizado em 24 de março de 2026,
2425 no Espírito Santo, participaram, pelo segmento de usuários, Sueli Correia de Oliveira, Walquíria
2426 Cristina, Gilson da Silva, Michele Seixas e Abrahão Nunes. Pelo segmento dos trabalhadores e
2427 trabalhadoras, participaram Ana Carolina, Rafaela Bezerra e Anselmo Dantas. No encontro
2428 realizado em 25 de março de 2026, no Rio de Janeiro, participaram, pelo segmento de
2429 usuários, Neide Barros da Silva, José Vanilson Torres, Walquíria Cristina e José Oliveira. Pelo
2430 segmento dos trabalhadores e trabalhadoras, participaram Ana Carolina, Paulo Henrique
2431 Garrido e Marisa Palácios. No encontro realizado em 27 de março de 2026, em São Paulo,
2432 participaram, pelo segmento de usuários, Sarlene da Silva e Renata Soares, e, pelo segmento
2433 dos trabalhadores e trabalhadoras, Helenice Yeme Nakamura. Ainda em 27 de março de 2026,
2434 no Piauí, participaram, pelo segmento de usuários, Gilson da Silva, Rosaura Rodrigues,
2435 Francisco Almeida e Elenilson Silva de Souza. Pelo segmento dos trabalhadores e
2436 trabalhadoras, participaram Eurídice Ferreira de Almeida e Maria Laura Carvalho Bicca. No
2437 encontro realizado em 31 de março de 2026, em Alagoas, participaram, pelo segmento de
2438 usuários, Jacildo de Siqueira, Karina Hamada Zuge e José Oliveira, e, pelo segmento dos
2439 trabalhadores e trabalhadoras, Mauri Bezerra. Por fim, no encontro realizado em 31 de março
2440 de 2026, em Goiás, participou, pelo segmento de usuários, Camila Francisco de Lima, e, pelo
2441 segmento dos trabalhadores e trabalhadoras, Shirley Marshal Morales e Alessandra Regina
2442 Brito. Feito esse registro, a mesa procedeu ao item 8 da pauta. **ITEM 8 – COMISSÃO**
2443 **INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN – Informes -**
2444 *Apresentação:* conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, Coordenador Adjunto da Comissão
2445 Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN/CNS; e **Francisco Funcia**, assessor da
2446 COFIN/CNS. *Coordenação:* conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS.
2447 Iniciando este ponto de pauta, conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, Coordenador Adjunto
2448 da COFIN/CNS, explicou que neste item o foco principal seria relatos sobre as oficinas
2449 macrorregionais e o início do processo de análise do Relatório Anual de Gestão do Ministério
2450 da Saúde de 2025. Explicou que as oficinas macrorregionais eram realizadas periodicamente e
2451 já se encontram na sétima edição, configurando importante estratégia de formação política,
2452 mobilização e fortalecimento do controle social em torno do financiamento do SUS. Relatou
2453 que a primeira oficina macrorregional já havia sido realizada em Teresina/PI, reunindo
2454 representantes dos estados do Nordeste, e outras etapas ocorreriam ao longo dos meses de
2455 abril a julho de 2026. Informou que os encontros possuem como tema central “Investir no SUS
2456 é cuidar do Brasil”, em consonância com a 18ª Conferência Nacional de Saúde, e que os
2457 debates vêm sendo organizados especialmente em torno do eixo relacionado ao financiamento

adequado e suficiente para o SUS, baseado na justiça tributária e na sustentabilidade fiscal e social, além do eixo sobre modelo de atenção, gestão, territórios integrados e cuidado integral. Detalhou o calendário das oficinas macrorregionais, informando a realização da etapa Nordeste II (de 15 a 17 de abril), em Aracaju; etapa Sul, em Curitiba (13 a 15 de maio), da etapa Sudeste (de 17 a 19 de junho), em Belo Horizonte e da etapa integrada das regiões Centro-Oeste e Norte (em julho), em Palmas/TO. Ressaltou que esses encontros funcionam como espaços estratégicos de mobilização e preparação para a 18ª Conferência Nacional de Saúde. Também informou que, ao final do ciclo de oficinas, está prevista a realização de um seminário nacional, nos moldes do ocorrido em 2022, reunindo participantes das oficinas macrorregionais e representantes do controle social para discussão de compromissos relacionados ao financiamento do SUS e às eleições presidenciais. Segundo afirmou, a proposta é apresentar aos futuros candidatos à Presidência da República uma carta-compromisso em defesa do financiamento adequado e suficiente para o SUS. Ao abordar o Relatório Anual de Gestão de 2025, informou que o documento foi recebido dentro do prazo previsto na Lei Complementar nº 141/2012 e que a COFIN já iniciou o processo de análise das informações referentes à execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. Destacou ainda que a comissão vinha desenvolvendo, em parceria com a Universidade Federal de Goiás, um novo sistema próprio do CNS para análise do RAG, substituindo ferramentas anteriormente utilizadas por meio de parcerias externas. Na sequência, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, explicou que o processo de análise do RAG ocorre em etapas, iniciando-se pela avaliação da execução orçamentária e financeira e posteriormente incorporando a análise das auditorias realizadas, das metas previstas na Programação Anual de Saúde - PAS e dos resultados alcançados em relação ao Plano Nacional de Saúde. Ressaltou que o relatório de gestão é analisado conjuntamente com o Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas do terceiro quadrimestre, permitindo ao CNS formular recomendações e medidas corretivas relacionadas à gestão do SUS. Informou que a COFIN já havia encaminhado à Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SOP do Ministério da Saúde um conjunto de pedidos de informações adicionais para subsidiar a conclusão da análise do RAG de 2025. Segundo explicou, a expectativa era receber retorno parcial das informações solicitadas já na reunião subsequente da Comissão. Ao detalhar o novo sistema de análise do RAG, explicou que a ferramenta vinha sendo desenvolvida por equipe técnica do CNS em parceria com a Universidade Federal de Goiás, sob coordenação da área de tecnologia da informação do Conselho. Segundo relatou, o objetivo central do sistema é permitir a integração das análises realizadas pelas diferentes comissões intersetoriais do CNS, incorporando contribuições metodológicas acumuladas ao longo dos últimos anos e garantindo maior rigor técnico, sustentabilidade institucional e autonomia do Conselho. Destacou que a nova ferramenta possibilitará cruzamento entre dados orçamentários, financeiros e indicadores quantitativos relacionados à execução das ações governamentais, permitindo elaboração mais qualificada do parecer conclusivo do CNS sobre o Relatório Anual de Gestão. Também ressaltou que o sistema permitirá maior integração entre as análises das diferentes comissões temáticas do Conselho, fortalecendo o caráter coletivo e institucional do parecer emitido pelo controle social. Agradeceu o apoio da coordenação da COFIN, da Secretaria-Executiva do CNS e das equipes técnicas envolvidas no desenvolvimento do sistema, ressaltando o esforço institucional para que a ferramenta estivesse pronta ainda durante o processo de análise do RAG de 2025. Em complementação, a coordenadora da mesa detalhou que os critérios de participação nas oficinas macrorregionais, explicando que os encontros contam com quinze participantes, entre representantes das mesas diretoras dos Conselhos Estaduais de Saúde, integrantes das COFIN estaduais, coordenadores de plenárias, representantes do interior dos estados, integrantes das comissões de educação permanente e representantes dos Conselhos Municipais das capitais. O coordenador adjunto da COFIN/CNS complementou destacando que as oficinas são organizadas em estreita parceria com os Conselhos Estaduais de Saúde e que os estados anfitriões têm contribuído significativamente para a estruturação dos eventos. Também ressaltou que o novo sistema desenvolvido pelo CNS despertou interesse dos conselhos estaduais, os quais têm manifestado intenção de futuramente utilizar metodologia semelhante para análise dos relatórios de gestão nos estados. Segundo afirmou, após consolidação e aperfeiçoamento da ferramenta no âmbito nacional, existe perspectiva de compartilhamento da tecnologia com os demais conselhos de saúde do país. Concluída a exposição, a mesa abriu para manifestações do Pleno do Conselho. Conselheira **Francisca Valda da Silva** destacou a importância das agendas da COFIN e dos encontros estaduais de saúde para fortalecimento da participação social e da mobilização política em defesa do SUS.

Ressaltou que o debate sobre orçamento público deve estar articulado à disputa política em torno do modelo econômico e das restrições fiscais impostas às políticas sociais, questionando de que forma o controle social vem ampliando a conscientização e o engajamento da população na luta pelo financiamento público da saúde. Conselheiro **Madson Carlos Cabral Ferreira** saudou a experiência nas oficinas macrorregionais, afirmando que os encontros aproximam o CNS dos territórios e fortalecem o vínculo com os conselhos municipais e estaduais. Destacou a importância da presença dos conselheiros nacionais nos estados e municípios, ressaltando que os participantes locais absorvem intensamente os debates promovidos nas oficinas e defendendo ampliação do alcance territorial dessas iniciativas. Conselheiro **Anselmo Dantas** enfatizou que o debate sobre orçamento público exige compreensão das limitações impostas pelo financiamento estatal e das necessidades crescentes da população. Ressaltou que o CNS já havia sinalizado diretrizes importantes para o orçamento da saúde, mas alertou para a necessidade de acompanhar de perto a tramitação da proposta orçamentária no Congresso Nacional e fortalecer a incidência política do controle social em todas as esferas federativas. Também alertou para os impactos da terceirização e das formas de contratação de pessoas jurídicas no SUS, destacando que tais mecanismos acabam funcionando como alternativas para contornar os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, fragilizando os quadros permanentes de trabalhadores do SUS. Segundo afirmou, o debate sobre financiamento precisa considerar não apenas os valores destinados à saúde, mas também a forma como os recursos são executados e distribuídos. Em resposta às intervenções, conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** ressaltou que a inclusão do financiamento da saúde como eixo específico da 18ª Conferência Nacional de Saúde representa importante avanço político e pedagógico, permitindo aprofundar o debate sobre subfinanciamento, emendas parlamentares e destinação dos recursos públicos. Defendeu que o debate sobre mais recursos para o SUS deve necessariamente estar associado à discussão sobre o destino desses recursos e à defesa do fortalecimento do sistema público estatal, evitando ampliação da transferência de recursos para a iniciativa privada. O assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, complementou afirmando que o SUS convive historicamente com o subfinanciamento e lembrou os impactos produzidos pela Emenda Constitucional nº 95/2016, responsável pelo congelamento do piso federal da saúde. Segundo relatou, entre 2018 e 2022 o SUS perdeu cerca de R\$ 70 bilhões em razão do teto de gastos, ressaltando a importância da revogação dessa medida no início do atual governo federal. Ainda assim, avaliou que permanece o desafio de superar o subfinanciamento estrutural do SUS. Também ressaltou que a luta por mais recursos deve estar vinculada à definição das prioridades do SUS, recordando que o Conselho apontou como prioridades a defesa do fortalecimento das carreiras públicas, da atenção primária à saúde e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Além disso, propôs que os gestores passem a apresentar aos conselhos de saúde não apenas o que foi incluído no orçamento, mas também as ações e programas que deixaram de ser contemplados em razão das limitações orçamentárias, permitindo ao controle social identificar de forma mais concreta as necessidades de ampliação de financiamento. Finalizando, a coordenação da mesa agradeceu aos integrantes da COFIN e aos participantes do debate, registrando ainda a presença de representantes do Conselho Estadual de Saúde de Roraima. Não houve encaminhamentos neste ponto de pauta. **ITEM 9 – PROJETO INTEGRA – PERSPECTIVAS E LANÇAMENTO INSTITUCIONAIS** - *Apresentação:* **Adelir Rodrigues da Veiga**, integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra; **Fernanda Manzini**, integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra; e **Nélio Cezar de Aquino**, diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos - DAF/SCTIE/MS. *Coordenação:* conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Na abertura da atividade, conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, explicou que o Projeto Integra constitui importante iniciativa de educação e fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS, destacando que o projeto vem apoiando diretamente as ações do Conselho Nacional de Saúde e ampliando suas atividades em diferentes territórios do país. Ressaltou que, no último ano, o Integra avançou significativamente na realização de atividades formativas e encontros em múltiplos estados brasileiros, consolidando-se como espaço estratégico de qualificação das políticas relacionadas ao acesso e ao uso racional de medicamentos. Também informou que representava a Mesa Diretora do CNS no âmbito do Projeto Integra, juntamente com o Secretário Executivo do CNS, Gustavo Cabral, reforçando o vínculo institucional entre a iniciativa e o Conselho Nacional de Saúde. A seguir, abriu a palavra para a integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra, **Fernanda Manzini**, para explanação. Iniciou

2578 agradecendo ao CNS pela inclusão do tema na pauta da reunião e destacou a importância
2579 política do ano de 2026, marcado pelo início do processo preparatório da 18ª Conferência
2580 Nacional de Saúde e pelo contexto eleitoral nacional. Segundo afirmou, o Projeto Integra
2581 compreende como fundamental pautar a assistência farmacêutica, a ciência e tecnologia e a
2582 vigilância em saúde nos debates estratégicos relacionados ao SUS e às políticas públicas
2583 nacionais. Apresentou brevemente o Projeto Integra, informando que a iniciativa foi criada em
2584 2021 e é organizada pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, pelo Conselho Nacional de
2585 Saúde, pela Escola Nacional dos Farmacêuticos, com apoio da Organização Pan-Americana
2586 da Saúde - OPAS e da Federação Nacional dos Farmacêuticos - FENAFAR. Ressaltou que,
2587 desde sua criação, o projeto vem desenvolvendo múltiplas atividades, formações, materiais e
2588 ações de mobilização social relacionadas à assistência farmacêutica e ao uso racional de
2589 medicamentos. Destacou que todas as ações, materiais e atividades desenvolvidas pelo
2590 Projeto Integra estão disponíveis no site institucional e nas redes sociais da iniciativa,
2591 convidando os conselheiros, as conselheiras e participantes do Pleno a acompanharem e
2592 divulgarem as ações do projeto em seus territórios e instituições. Ao apresentar as principais
2593 novidades previstas para 2026, anunciou a realização do 10º Simpósio Nacional de Ciência,
2594 Tecnologia e Assistência Farmacêutica, programado para os dias 10 e 11 de agosto de 2026,
2595 em Brasília. Informou que o simpósio foi oficialmente reconhecido como etapa preparatória da
2596 18ª Conferência Nacional de Saúde, conforme previsto nos documentos orientadores do
2597 processo da 18ª. Segundo explicou, todo o planejamento do evento está sendo construído em
2598 consonância com os eixos e diretrizes da 18ª Conferência. Disse que o tema central do
2599 simpósio será “Ciência, tecnologia e assistência farmacêutica para cuidar das pessoas e do
2600 Brasil” e os eixos temáticos (alinhados aos documentos orientadores da 1ª Conferência):
2601 democracia e participação social na ciência, tecnologia e assistência farmacêutica; soberania
2602 sanitária, produção e inovação em saúde; equidade no acesso à assistência farmacêutica e às
2603 tecnologias em saúde; financiamento, regulação e sustentabilidade da ciência, tecnologia e
2604 assistência farmacêutica; emergências climáticas, justiça socioambiental e assistência
2605 farmacêutica; e interprofissionalidade e intersetorialidade na ciência, tecnologia e assistência
2606 farmacêutica: formação e valorização profissional. Ressaltou que o simpósio pretende reunir
2607 pesquisadores, profissionais, trabalhadores, gestores e representantes do controle social para
2608 construção coletiva de documentos orientadores voltados tanto às etapas da conferência
2609 quanto ao diálogo com futuros candidatos aos cargos do Poder Executivo e Legislativo.
2610 Informou que o simpósio será estruturado em eixos temáticos alinhados aos documentos
2611 orientadores da 18ª Conferência Nacional de Saúde, incluindo democracia e participação
2612 social; equidade no acesso à assistência farmacêutica; tecnologias em saúde; financiamento,
2613 regulação e sustentabilidade; emergências climáticas; justiça social; interprofissionalidade; e
2614 intersetorialidade. Destacou que os debates sobre financiamento ganham ainda mais
2615 relevância diante da incorporação de novas tecnologias e medicamentos ao SUS e dos
2616 impactos financeiros associados à sustentabilidade do sistema público de saúde. Também
2617 anunciou que o simpósio será precedido por encontros preparatórios regionais, organizados
2618 em parceria com unidades da Fiocruz e articulados a outros eventos estratégicos da área
2619 farmacêutica e da saúde coletiva. Entre eles, destacou o Farmápolis, congresso nacional
2620 voltado ao debate sobre trabalho farmacêutico, direitos, inovação, soberania e transformações
2621 sociais, que também foi reconhecido como etapa preparatória da 18ª Conferência. Destacou
2622 ainda a realização de uma ampla consulta pública online para construção participativa de
2623 propostas relacionadas à assistência farmacêutica, ciência e tecnologia em saúde. Segundo
2624 explicou, a plataforma permitirá que cidadãos, profissionais, pesquisadores, conselheiros e
2625 movimentos sociais apresentem contribuições que posteriormente serão sistematizadas no 10º
2626 Simpósio Nacional. Afirmou que a iniciativa busca alinhar as propostas às necessidades
2627 regionais e às demandas concretas da população brasileira. Ao abordar as ações
2628 desenvolvidas em 2025, destacou a formação voltada aos conselheiros de saúde sobre direito
2629 à assistência farmacêutica, protagonismo do controle social. Informou que, no ano anterior, o
2630 projeto realizou quinze oficinas formativas com mais de quinhentos participantes, envolvendo
2631 especialmente conselheiros estaduais, municipais e integrantes das comissões assessoras do
2632 CNS. Explicou que a formação trabalhou temas como acesso a medicamentos, financiamento
2633 da assistência farmacêutica, seleção de medicamentos e análise dos instrumentos de gestão
2634 do SUS. Segundo relatou, as oficinas tiveram caráter participativo e envolveram leitura de
2635 casos, trabalhos em grupo e análise contextualizada da realidade dos territórios onde foram
2636 realizadas. Também destacou que os materiais utilizados nas formações foram adaptados às
2637 especificidades regionais e às discussões das conferências estaduais de saúde e dos planos

estaduais de saúde. Apresentou ainda dados relacionados ao perfil dos participantes das oficinas realizadas em 2025. Informou que cerca de 70% dos participantes eram mulheres e aproximadamente 76% eram conselheiros de saúde em exercício, com predominância do segmento dos usuários. Também destacou a participação significativa de conselheiros municipais e locais, apesar do foco inicial nos conselhos estaduais. Segundo afirmou, os participantes provinham de aproximadamente 152 municípios diferentes, demonstrando importante capilaridade territorial das ações do projeto. Ressaltou que muitos participantes relataram inexistência ou desconhecimento da existência de comissões assessoras específicas de assistência farmacêutica nos conselhos de saúde. Nesse sentido, afirmou que uma das finalidades centrais das oficinas foi justamente fomentar a criação e o fortalecimento dessas comissões nos estados e municípios, destacando que alguns conselhos já iniciaram processos de implementação após participação nas formações. Ao apresentar as perspectivas para 2026, anunciou o lançamento de edital de chamada pública destinado à seleção de Conselhos Municipais de Saúde interessados em receber oficinas formativas do Projeto Integra. Explicou que a iniciativa pretende realizar dez oficinas em municípios brasileiros, priorizando a participação regionalizada e a articulação entre conselhos municipais de uma mesma região. Segundo detalhou, os municípios poderão apresentar propostas individualmente ou em parceria regional envolvendo até cinco municípios. As propostas serão selecionadas considerando critérios relacionados ao número de proponentes envolvidos, porte populacional e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, priorizando municípios menores e com maiores dificuldades estruturais na organização da assistência farmacêutica. Também informou que, em caso de empate, terão prioridade municípios participantes do Plano Brasil Sem Fome. Informou que as inscrições para o edital ocorreriam entre os dias 9 de abril e 3 de maio de 2026, com divulgação do resultado final prevista para 19 de maio e início das oficinas a partir do mês de junho. Ressaltou que o objetivo do projeto é ampliar significativamente a participação dos conselhos municipais e fortalecer o controle social sobre a assistência farmacêutica em todas as regiões do país. Ao final de sua apresentação, solicitou apoio do CNS e dos conselheiros e das conselheiras presentes na divulgação das ações do Projeto Integra, do edital de seleção e das plataformas digitais da iniciativa. Reafirmou que o fortalecimento do controle social, da educação permanente e da participação popular constitui elemento estratégico para consolidação da assistência farmacêutica como política pública essencial do SUS. Na continuidade o integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra, **Adelir Rodrigues da Veiga**, saudou os conselheiros e conselheiras presentes e afirmou ser uma honra participar do Plenário do Conselho, destacando o caráter representativo e nacional daquele espaço de participação social. Em seguida, explicou que sua fala teria como objetivo complementar alguns pontos considerados estratégicos para o fortalecimento das ações do Projeto Integra ao longo de 2026. Destacou que o Farmápolis deixou de ser um evento voltado exclusivamente à categoria farmacêutica, passando a dialogar com diferentes segmentos da saúde e do controle social. Nesse contexto, ressaltou que a participação dos conselheiros e das conselheiras de saúde será fundamental para qualificar os debates sobre assistência farmacêutica, acesso a medicamentos, ciência, tecnologia e fortalecimento do SUS. Informou que as inscrições para o congresso já estavam abertas e anunciou que seriam disponibilizadas quatro inscrições gratuitas para cada Conselho Estadual de Saúde e para os Conselhos Municipais de Saúde das capitais. Também ressaltou que os conselheiros e conselheiras poderiam realizar livremente suas inscrições para participação no evento, reforçando o convite para ampla mobilização em torno do congresso, previsto para ocorrer nos dias 18, 19 e 20 de junho. Outro aspecto enfatizado foi a necessidade de fortalecimento da divulgação e do acompanhamento dos encontros regionais preparatórios do 10º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica. Segundo afirmou, os encontros serão realizados nas cinco regiões do país e terão papel estratégico na construção das propostas e debates que subsidiarão tanto o simpósio quanto o processo preparatório da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Em seguida, expôs o diretor do DAF/SCTIE/MS, **Nélio Cezar de Aquino**, que iniciou agradecendo a recepção, e informando tratar-se de sua primeira participação naquele espaço após assumir a direção do DAF em janeiro de 2026. Ressaltou que ainda se encontrava em processo de apropriação das diferentes agendas e ações desenvolvidas, mas afirmou já reconhecer a relevância estratégica do Projeto Integra para o fortalecimento da assistência farmacêutica no SUS. Desse modo, afirmou que o departamento possui interesse direto em apoiar a continuidade e a expansão do Projeto e o Ministério da Saúde já vinha discutindo a construção de uma nova carta-acordo com a OPAS, prevendo novo aporte financeiro superior a um milhão de reais para viabilizar ações relacionadas ao projeto e às estratégias de

2698 fortalecimento da participação social e da assistência farmacêutica. Entre as ações previstas
2699 no âmbito da nova carta-acordo, destacou o desenvolvimento de uma plataforma digital voltada
2700 à participação social e à consulta pública da sociedade, buscando ampliar o diálogo com
2701 usuários, trabalhadores, pesquisadores e movimentos sociais sobre temas relacionados à
2702 assistência farmacêutica e às políticas de saúde. Também mencionou a realização dos
2703 encontros regionais preparatórios e do 10º Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e
2704 Assistência Farmacêutica, ressaltando que essas iniciativas possuem papel estratégico na
2705 produção de debates e formulações técnicas para subsidiar o fortalecimento das políticas
2706 públicas de saúde e o processo preparatório da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Informou
2707 ainda que os recursos previstos na parceria também deverão apoiar a produção de materiais
2708 técnicos, científicos e audiovisuais baseados nas experiências acumuladas pelas oficinas
2709 formativas e pelas atividades desenvolvidas pelo Projeto Integra. Além disso, destacou a
2710 previsão de realização de ações de formação e divulgação relacionadas à assistência
2711 farmacêutica e ao controle social. Ao final de sua fala, reafirmou o comprometimento
2712 institucional do Departamento com o Projeto Integra, declarando que o Ministério da Saúde
2713 permaneceria à disposição para apoiar a continuidade das atividades e iniciativas
2714 desenvolvidas no âmbito do projeto. Na sequência, a integrante da Coordenação Executiva do
2715 Projeto Integra, **Fernanda Manzini**, fez breve complementação, agradecendo ao diretor do
2716 DAF pelo apoio institucional e ressaltando que o Projeto Integra é financiado por meio de
2717 parcerias envolvendo Fiocruz, CNS Saúde e as cartas-acordo firmadas são fundamentais para
2718 garantir a realização das oficinas, encontros regionais, simpósios e demais atividades
2719 desenvolvidas pela iniciativa. Concluídas as falas, a mesa abriu para manifestações.
2720 Conselheira **Priscila Torres da Silva** reafirmou seu vínculo institucional e político com o tema
2721 da assistência farmacêutica, ressaltando que o Projeto Integra dialoga diretamente com as
2722 ações desenvolvidas pela entidade Biorede Brasil em defesa da valorização do cuidado
2723 farmacêutico e do acesso qualificado aos medicamentos. Segundo afirmou, nenhum
2724 medicamento deveria ser entregue sem orientação adequada, acompanhamento terapêutico e
2725 cuidado farmacêutico, uma vez que assistência farmacêutica e cuidado em saúde são
2726 dimensões inseparáveis da integralidade da atenção. Destacou ainda o impacto das primeiras
2727 oficinas e encontros regionais promovidos pelo Projeto Integra nos estados brasileiros,
2728 afirmando que muitos conselheiros de saúde desconheciam aspectos fundamentais
2729 relacionados ao fluxo da assistência farmacêutica e à gestão dos medicamentos nos territórios.
2730 Relatou que, em algumas localidades, foram identificadas relações municipais de
2731 medicamentos sem atualização há décadas, além de fragilidades estruturais relacionadas à
2732 gestão e à organização da política farmacêutica. Compartilhou experiência vivenciada
2733 recentemente em Roraima, relatando o depoimento de uma usuária de 65 anos com diabetes
2734 que caminha aproximadamente sete horas para acessar medicamentos da Farmácia Popular.
2735 Segundo afirmou, o relato evidenciou simultaneamente a importância do SUS na garantia do
2736 acesso gratuito aos medicamentos e as profundas desigualdades territoriais ainda existentes
2737 no país. Ressaltou que nenhum integrante do plenário vivencia trajetórias semelhantes para
2738 acessar tratamento de doenças crônicas, reforçando a necessidade de fortalecer a assistência
2739 farmacêutica como política essencial para a população brasileira. Também relacionou o debate
2740 à conjuntura política e eleitoral, afirmando que o acesso a medicamentos, ao cuidado em
2741 saúde e à atenção especializada constitui um dos principais elementos de percepção concreta
2742 do SUS pelos usuários. Informou que a Biorede Brasil vinha dialogando com o DAF/MS sobre
2743 problemas de desabastecimento de medicamentos e entregou relatório contendo demandas
2744 identificadas nos territórios. Destacou preocupação específica com medicamentos produzidos
2745 nacionalmente no âmbito do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, mencionando a
2746 leflunomida como exemplo de medicamento cujo desabastecimento pode provocar
2747 agravamento clínico e aumento de custos assistenciais no SUS. Por fim, ressaltou que parte
2748 significativa do desabastecimento observado nos territórios não decorre da ausência de
2749 compra pelo Ministério da Saúde, mas de falhas na gestão e na distribuição dos medicamentos
2750 nos estados e municípios. Como exemplo, mencionou atrasos excessivos na entrega de
2751 medicamentos entre municípios de um mesmo estado, defendendo a necessidade de
2752 aperfeiçoamento da gestão logística e do fortalecimento do controle social sobre a assistência
2753 farmacêutica. Conselheira **Karina Hamada Zuge** destacou a importância do Projeto Integra
2754 para a formação política dos usuários do SUS e para o aprofundamento do entendimento sobre
2755 a assistência farmacêutica. Segundo afirmou, muitos usuários ingressam no controle social
2756 motivados inicialmente pela falta de medicamentos, mas passam a compreender que a
2757 assistência farmacêutica envolve uma política pública complexa, relacionada ao financiamento,

2758 à gestão e à organização do cuidado em saúde. Ressaltou que o Projeto Integra contribuiu
2759 significativamente para ampliar a capacidade de atuação dos usuários nos debates sobre
2760 políticas públicas e chamou atenção para os impactos negativos da terceirização na
2761 assistência farmacêutica, mencionando experiências do Rio Grande do Sul, envolvendo
2762 terceirização da assistência terapêutica especializada. Segundo afirmou, o fortalecimento do
2763 conhecimento técnico e político dos conselheiros é essencial para defesa qualificada dos
2764 direitos dos usuários e para enfrentamento dos desafios relacionados ao acesso aos
2765 medicamentos. Conselheiro **Anselmo Dantas** destacou a relevância do lançamento do edital
2766 do Projeto Integra e relatou experiências das oficinas realizadas no Espírito Santo. Embora
2767 tenha afirmado que o estado possui assistência farmacêutica considerada referência nacional,
2768 observou que os próprios conselhos estaduais e municipais ainda possuem dificuldades de
2769 apropriação da política de assistência farmacêutica. Segundo avaliou, discutir integralidade do
2770 cuidado exige compreender a assistência farmacêutica como dimensão essencial do SUS e
2771 reconhecer os obstáculos enfrentados pela população no acesso aos medicamentos,
2772 especialmente no componente especializado. Também defendeu ampla mobilização dos
2773 conselheiros nacionais e das entidades representadas no CNS para divulgação do Projeto
2774 Integra, enfatizando a importância de fortalecer o controle social em defesa do acesso
2775 universal aos medicamentos, especialmente para populações invisibilizadas e territórios
2776 historicamente negligenciados pelas políticas públicas. Conselheiro **Elenilson Silva de Souza**
2777 ressaltou a importância de levar o debate da assistência farmacêutica aos conselhos
2778 municipais de saúde e aos territórios. Relatou sua trajetória no controle social e afirmou que
2779 muitos conselheiros desconhecem inclusive a relação de medicamentos disponível em seus
2780 próprios municípios e estados. Segundo avaliou, fortalecer o controle social nessa área
2781 significa ampliar a capacidade dos territórios de defender o direito à saúde e enfrentar as
2782 desigualdades regionais, especialmente na Região Norte do país. Destacou que as
2783 dificuldades de acesso à assistência farmacêutica nos territórios amazônicos frequentemente
2784 são justificadas por obstáculos logísticos e territoriais, embora muitas dessas barreiras possam
2785 ser enfrentadas mediante fortalecimento da gestão e da participação social. Também reafirmou
2786 o compromisso de mobilizar as redes de conselhos de saúde para participação nas atividades
2787 do Projeto Integra. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, destacou a
2788 importância histórica do Projeto Integra para o fortalecimento da formação em controle social
2789 na área da assistência farmacêutica. Ressaltou que acompanha a iniciativa desde suas
2790 primeiras etapas, incluindo os cursos de formação com tutores realizados durante a pandemia
2791 de COVID-19, as audiências públicas e os encontros presenciais realizados nos territórios.
2792 Segundo afirmou, o projeto vem consolidando importante processo formativo voltado à
2793 compreensão dos direitos relacionados ao acesso a medicamentos e à assistência
2794 farmacêutica. Também ressaltou a importância do 10º Simpósio Nacional de Ciência,
2795 Tecnologia e Assistência Farmacêutica e do Farmápolis como etapas preparatórias da 18ª
2796 Conferência Nacional de Saúde. Destacou ainda o compromisso político e institucional
2797 construído em parceria com a Escola Nacional dos Farmacêuticos, a Federação Nacional dos
2798 Farmacêuticos e demais entidades envolvidas na iniciativa. Ao dirigir-se ao diretor do DAF/MS,
2799 ressaltou que o anúncio de apoio institucional e financeiro ao Projeto Integra foi recebido de
2800 forma positiva pelo controle social, avaliando que a continuidade da parceria entre o Ministério
2801 da Saúde e o projeto constitui elemento fundamental para o fortalecimento da assistência
2802 farmacêutica e do SUS. Também enfatizou a necessidade de garantir acesso universal à
2803 assistência farmacêutica em todos os territórios do país, incluindo políticas específicas
2804 relacionadas às doenças raras e às populações vulnerabilizadas. Na sequência, conselheira
2805 **Francisca Valda da Silva** celebrou os 22 anos da Política Nacional de Assistência
2806 Farmacêutica, lembrando que sua aprovação ocorreu em 2004, acompanhada da Resolução
2807 CNS nº 338. Ressaltou que a política constitui conquista histórica do controle social e das
2808 entidades comprometidas com o SUS, mas alertou para os retrocessos ocorridos entre 2017 e
2809 2022, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19 e das fragilizações institucionais
2810 vivenciadas naquele período. Enfatizou que a assistência farmacêutica é política estratégica
2811 para a soberania sanitária nacional e destacou a importância dos debates relacionados à
2812 quebra de patentes, ao fortalecimento da produção nacional de medicamentos, ao Complexo
2813 Econômico-Industrial da Saúde e ao financiamento adequado do SUS. Também avaliou que os
2814 encontros regionais promovidos pelo Projeto Integra possuem papel central para fortalecimento
2815 da participação social e enfrentamento das vulnerabilidades existentes nos territórios
2816 brasileiros. Encerrando o debate, conselheiro **Maurício Cavalcante Filizola** destacou a
2817 importância da valorização do papel do farmacêutico na jornada do cuidado em saúde. Relatou

2818 sua experiência profissional na área farmacêutica e apresentou como referência positiva o
2819 modelo de centralização da compra de medicamentos adotado no Ceará, considerado por ele
2820 exemplo de organização da assistência farmacêutica no país. Também ressaltou a relevância
2821 do Programa Farmácia Popular, destacando a participação de mais de trinta mil farmácias
2822 privadas credenciadas em parceria com o governo federal. Defendeu o aprofundamento do
2823 debate sobre o programa no âmbito do Conselho NA lógica da ampliação do acesso da
2824 população aos medicamentos. Encerrando sua fala, parabenizou os organizadores do Projeto
2825 Integra e afirmou que a iniciativa contribui efetivamente para integrar e fortalecer a saúde
2826 pública brasileira. Encerradas as manifestações, a mesa retornou a palavra à mesa para
2827 considerações. O diretor do DAF/SCTIE/MS, **Nélio Cezar de Aquino**, afirmou que os
2828 problemas relacionados ao abastecimento de medicamentos exigem análise aprofundada da
2829 cadeia logística e da dinâmica de distribuição nos estados e municípios. Segundo explicou, o
2830 Ministério da Saúde vem trabalhando no aprimoramento dos sistemas de informação e no
2831 fortalecimento de instrumentos capazes de permitir maior controle dos estoques locais e
2832 melhor monitoramento da distribuição dos medicamentos. Nesse contexto, mencionou o
2833 lançamento do sistema e-SUS Assistência Farmacêutica -e-SUS AF, apresentado em
2834 webinar realizado naquele mesmo dia, como estratégia para qualificar a gestão da
2835 assistência farmacêutica e apoiar estados e municípios na identificação de gargalos logísticos.
2836 Ressaltou ainda que o Programa Farmácia Popular deve ser compreendido como ação
2837 complementar à assistência farmacêutica básica ofertada no SUS, e não como substituição das
2838 responsabilidades da atenção primária e da assistência farmacêutica pública. Destacou que a
2839 participação do farmacêutico é fundamental para qualificação da dispensação dos
2840 medicamentos e para o acompanhamento adequado dos usuários, especialmente em
2841 medicamentos de uso mais complexo incorporados recentemente aos componentes da
2842 assistência farmacêutica. Também destacou os desafios orçamentários relacionados ao
2843 Programa Farmácia Popular, afirmando que a iniciativa consome parcela significativa dos
2844 recursos do Departamento. Segundo explicou, qualquer expansão do programa exige
2845 planejamento cuidadoso, previsibilidade financeira e avaliação da capacidade de
2846 escalabilidade. Ainda assim, informou que o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de
2847 ampliar a cobertura do programa, sobretudo em municípios que ainda não possuem farmácias
2848 credenciadas. Informou que atualmente cerca de 97% da população brasileira está coberta
2849 pelo Programa Farmácia Popular, mas reconheceu que ainda existem mais de quinhentos
2850 municípios sem nenhuma farmácia vinculada ao programa. Explicou que parte desses
2851 municípios sequer possui estabelecimentos farmacêuticos privados, enquanto outros possuem
2852 farmácias não credenciadas. Nesse contexto, defendeu a ampliação das estratégias de
2853 mobilização territorial para adesão de farmácias já existentes ao programa federal. Encerrando
2854 sua fala, reafirmou que a assistência farmacêutica e a atuação dos farmacêuticos são
2855 indispensáveis para o aperfeiçoamento do Programa Farmácia Popular e para a qualificação
2856 do cuidado em saúde. Também destacou que, apesar dos desafios existentes, o programa
2857 permanece como uma das políticas públicas mais bem avaliadas do governo federal. Na
2858 sequência, o integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra, **Adelir Rodrigues da**
2859 **Veiga**, agradeceu os depoimentos e contribuições apresentados durante o debate e destacou o
2860 retorno positivo recebido nas oficinas estaduais promovidas pelo Projeto Integra. Segundo
2861 afirmou, muitos conselheiros municipais e estaduais relataram que passaram a compreender
2862 melhor a assistência farmacêutica após participação nas formações, superando a percepção
2863 restrita de que o tema se limita ao funcionamento de farmácias ou ao desabastecimento de
2864 medicamentos. Ressaltou que as oficinas vêm contribuindo para qualificar os conselheiros de
2865 saúde na discussão sobre financiamento, responsabilidades interfederativas e organização da
2866 assistência farmacêutica, permitindo diálogo mais consistente com gestores estaduais e
2867 municipais. Informou que as atividades realizadas em quinze estados e dois municípios já
2868 demonstram impactos concretos na atuação dos conselhos de saúde nos territórios. A seguir, a
2869 integrante da Coordenação Executiva do Projeto Integra, **Fernanda Manzini**, afirmou ter se
2870 emocionado com as falas dos conselheiros e ressaltou que o Projeto Integra é construído
2871 coletivamente por diversas instituições, profissionais, usuários e representantes do controle
2872 social. Segundo declarou, um dos temas mais recorrentes nas reuniões dos conselhos
2873 municipais de saúde é justamente a falta de medicamentos, o que demonstra a centralidade da
2874 assistência farmacêutica para a população brasileira. Enfatizou que o desabastecimento de
2875 medicamentos possui causas multifatoriais, muitas vezes relacionadas a problemas logísticos,
2876 estruturais e de gestão local, e não exclusivamente à ausência de compra por parte do
2877 Ministério da Saúde. Mencionou situações envolvendo ausência de almoxarifados adequados,

2878 falhas no transporte de medicamentos e limitações relacionadas à produção nacional de
2879 insumos farmacêuticos ativos. Nesse contexto, defendeu a importância da soberania nacional
2880 na produção de medicamentos e destacou avanços recentes do país na produção de insulina e
2881 de insumos farmacêuticos estratégicos. Também ressaltou que o SUS constitui um dos poucos
2882 sistemas públicos de saúde do mundo capazes de garantir distribuição gratuita de
2883 medicamentos em larga escala, destacando que aproximadamente 70% da população
2884 brasileira acessa medicamentos para hipertensão por meio do sistema público. Segundo
2885 afirmou, a valorização dessa conquista histórica exige fortalecimento permanente da Política
2886 Nacional de Assistência Farmacêutica e da participação social. Lembrou ainda que a Política
2887 Nacional de Assistência Farmacêutica completava 22 anos em 2026 e destacou que ela foi a
2888 primeira política pública construída diretamente a partir do controle social no âmbito do CNS.
2889 Ressaltou, contudo, que grande parte da população brasileira ainda desconhece a existência
2890 da política, motivo pelo qual o Projeto Integra vem investindo em ações formativas, diálogo com
2891 gestores, parlamentares e conselhos municipais de saúde. Informou também que a data do 10º
2892 Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica foi planejada
2893 estrategicamente para permitir a participação dos conselheiros nacionais antes da realização
2894 da plenária do CNS. Explicou que o evento ocorrerá nos dias 10 e 11 de agosto de 2026, em
2895 Brasília, imediatamente antes da reunião ordinária do CNS, repetindo estratégia adotada no 9º
2896 Simpósio, realizado na Fiocruz, no Rio de Janeiro. Finalizado, conselheira **Silvana Nair Leite**,
2897 coordenadora do Projeto Integra, começou agradecendo o espaço e justificando sua ausência
2898 por conta da participação na reunião da CONITEC. Aproveitou para anunciar a publicação de
2899 número especial da revista Ciência & Saúde Coletiva em comemoração aos 20 anos da
2900 Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Segundo explicou, a iniciativa foi construída a
2901 partir de chamada pública organizada no âmbito do Projeto Integra, envolvendo produção
2902 científica relacionada à assistência farmacêutica, controle social e políticas públicas de saúde.
2903 Informou que a chamada pública recebeu 114 artigos científicos oriundos de grupos de
2904 pesquisa de todas as regiões do país, sendo selecionados 23 artigos após amplo processo de
2905 avaliação acadêmica. Ressaltou que a publicação, disponibilizada gratuitamente na plataforma
2906 SciELO, representa importante instrumento de fortalecimento da produção científica e da
2907 valorização da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Também destacou a presença,
2908 entre os autores selecionados, de integrantes do próprio CNS e pesquisadores vinculados ao
2909 controle social. Na sequência, foi feita a entrega simbólica de exemplares impressos da
2910 publicação à Presidenta do CNS e a outros conselheiros e conselheiras que participaram do
2911 debate. Na sequência, a mesa apresentou e submeteu à votação os encaminhamentos
2912 decorrentes do debate: **1)** fortalecer a luta contra a terceirização da assistência farmacêutica;
2913 **2)** ampliar a divulgação do Projeto Integra e do edital das oficinas para as entidades nos
2914 territórios; **3)** discutir e levar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Direito à
2915 Assistência Farmacêutica aos territórios; **4)** discutir licença compulsória (“quebra de patente”),
2916 produção nacional de medicamentos e financiamento da participação social; e **5)** trazer ao
2917 Pleno do CNS a discussão sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Deliberação: as**
2918 **propostas foram aprovadas, por unanimidade.** Com essa deliberação, a mesa encerrou este
2919 ponto de pauta. Na sequência, a Presidenta do CNS assumiu a coordenação dos trabalhos,
2920 junto com a conselheira **Francisca Valda da Silva**, e sugeriu inversão de pauta, com debate
2921 do item 11, que seria mais rápido, deixando o item 10 para o período da tarde, assegurando,
2922 assim, mais tempo para discussão. A proposta foi acatada. Antes de iniciar o item 11, a
2923 Presidenta do CNS registrou que recebera convite para integrar uma delegação que participará
2924 de um encontro em Barcelona, no âmbito de uma parceria com o Sesi Saúde, voltada ao
2925 Programa Executivo de Conexão e Saúde Digital. Destacou que representantes da área de
2926 saúde digital também foram convidados para a atividade, tendo mencionado que a Secretária
2927 da SEIDIGI/MS, Ana Estela, declinou do convite em razão de compromissos previamente
2928 assumidos. Disse que o convite foi direcionado à Presidência do CNS, razão pela qual a
2929 participação não foi previamente submetida à deliberação dos fóruns de segmento. Por fim,
2930 ressaltou que todas as despesas relacionadas à atividade serão integralmente custeadas pelo
2931 Sesi Saúde, não acarretando qualquer ônus ao orçamento destinado ao CNS. **ITEM 11 –**
2932 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO – Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos**
2933 **de Trabalho e Câmaras Técnica - Apresentação e coordenação:** conselheira **Francisca**
2934 **Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**,
2935 Presidenta do CNS de Saúde. **1)** Resolução. Dispõe sobre a alteração da Coordenação
2936 Adjunta da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN. No documento, o CNS
2937 resolve: **Art. 1º** A alínea “b” do art. 1º da Resolução CNS nº 779, de 7 de agosto de 2025,

passa a vigorar com a seguinte redação: “b) Coordenação Adjunta 1: Comissão Pastoral da Terra (CPT).” **Art. 2º** Permanecem inalteradas as demais disposições da Resolução CNS nº 779, de 7 de agosto de 2025. A minuta foi lida na íntegra, visto que não foi enviada com antecedência, conforme definição regimental. Concluída a leitura e não havendo manifestações, a mesa colocou o documento em votação. **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade.** 2) Recomendação. Recomenda ao Ministério da Saúde a retirada das Comunidades Terapêuticas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. No documento, o CNS recomenda ao Ministério da Saúde: I - Que adote as medidas necessárias para promover a retirada imediata das Comunidades Terapêuticas - CTs da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no âmbito do processo de revisão das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e nº 6, instituído pela Portaria GM/MS nº 10.125/2026; II - Que promova a revogação de todos os atos normativos (portarias, resoluções e outros instrumentos legais) que incluam, financiem ou regulamentem as Comunidades Terapêuticas como ponto de atenção da RAPS ou como equipamento elegível para recebimento de recursos públicos federais do SUS; III - Que reoriente os recursos financeiros atualmente destinados ao financiamento de Comunidades Terapêuticas para o fortalecimento e ampliação dos serviços substitutivos da RAPS, com prioridade para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento e demais dispositivos de base territorial e comunitária. IV - Que informe o planejamento de expansão de serviços substitutivos da RAPS, com prioridade para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento e demais dispositivos de base territorial e comunitária; V - Que encaminhe a este Conselho Nacional de Saúde, no prazo de 90 (noventa) dias, um plano de ação detalhado para a transição do cuidado das pessoas atualmente acolhidas em Comunidades Terapêuticas para a RAPS, garantindo o respeito aos seus direitos e a continuidade do tratamento em liberdade; VI - Que garanta a participação efetiva do controle social em todas as etapas do processo de revisão normativa e de reorientação do financiamento, assegurando a transparência e o monitoramento por parte dos Conselhos de Saúde. A minuta foi lida na íntegra, visto que não foi enviada com antecedência, conforme definição regimental. Concluída a leitura e não havendo manifestações, a mesa colocou o documento em votação. **Deliberação: a recomendação foi aprovada, por maioria, com duas abstenções.** 3) Resolução. Dispõe sobre a alteração da denominação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida para Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde no Curso da Vida. No documento, o CNS resolve: Art. 1º Aprovar, nos termos da deliberação do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, a alteração da denominação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida, para Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde no Curso da Vida. Art. 2º A alteração de que trata esta Resolução não implica modificação das competências, estrutura ou composição da Comissão, permanecendo inalteradas as disposições vigentes. Art. 3º Os documentos, registros e atos normativos que façam referência à denominação anterior deverão ser atualizados gradualmente, conforme as necessidades legais e administrativas. Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação. Não havendo manifestações, a mesa colocou o documento em votação. **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade.** Após essas votações, a mesa encerrou a manhã do segundo dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: **Titulares** - **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cleide Cilene Farias Tavares**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Luiz Fernando Corrêa Silva**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Marcia Cristina das Dores Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos

Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos – Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Silvana Nair Leite Contezini**, Escola Nacional dos Farmacêuticos (ENFAR); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Danieli da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **Karina Hamada Iamasaki Zuge**, Aliança Distrofia Brasil (ADB); **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde (MS); **Lucia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Maria Cecília Jorge Branco Martiniano de Oliveira**, Associação dos Familiares, Amigos e Pessoas com Doenças Graves, Raras e Deficiências (AFAG); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Marisa Palacios da Cunha e Melo de Almeida Rego**, Sociedade Brasileira de Bioética (SBB); **Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros**, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**, Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); e **Suely Corrêa de Oliveira**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS.

ITEM 10 – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E DO CONTROLE SOCIAL NO SUS - Devolutiva das Oficinas de Atenção Básica - APS e leitura do controle social sobre os desafios atuais da política - Apresentação: **Alexandre Padilha**, Ministro de Estado da Saúde; **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas**, Secretária da Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS; **Itamar Silva dos Santos**, Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - CES/RS; e **Luiz Augusto Facchini**, Professor do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas – UFPel. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, coordenadora da Comissão Intersetorial de Atenção Básica de Saúde – CIABS/CNS. Compôs a mesa e registrou que o último ponto de pauta havia sido liberado, o que permitiria maior tranquilidade para o desenvolvimento do debate até o encerramento previsto da reunião, às 17 horas. Inclusive, informou que o Ministro de Estado da Saúde possivelmente participaria do debate. Em seguida, procedeu à leitura dos currículos das pessoas convidadas. A seguir, conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, coordenadora da CIABS/CNS, iniciou sua intervenção cumprimentando o Pleno do CNS, a mesa e as pessoas presentes. Explicou que a pauta apresentada ao Conselho não se tratava de uma discussão abstrata nem inaugural sobre a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, mas de uma devolutiva ao próprio Pleno do CNS sobre um processo de escuta e debate construído ao longo de 2024 e 2025, no âmbito da colaboração entre o CNS e a SAPS/MS, por meio das oficinas de mobilização social por uma APS mais forte. Relatou que foram realizadas sete rodadas de discussão, com participação de conselhos de saúde, gestores, trabalhadores da saúde, movimentos sociais e representantes dos territórios, nas quais foram abordados os desafios atuais da Atenção Básica. Informou que, em janeiro, o Departamento de Saúde da Família encaminhou ao CNS a primeira versão dos relatórios das oficinas realizadas nas cinco regiões do país e solicitou à CIABS/CNS a análise do material. Destacou que chegava ao Pleno não era uma formulação isolada da comissão, mas a devolução de uma escuta territorial

já realizada, acompanhada de uma leitura crítica e de uma elaboração política construída pelo controle social. Explicou que a CIABS/CNS se debruçou sobre os relatórios em diferentes momentos, incluindo uma discussão virtual em 24 de fevereiro e uma reunião presencial nos dias 24 e 25 de março. Ressaltou que, em ambas as oportunidades, a comissão contou com a participação da gestão da SAPS/MS, representada por integrantes da secretaria que também compõem a Comissão no segmento gestor, o que conferiu caráter de interlocução entre a comissão e a gestão federal. Salientou que esse percurso demonstrou que não se tratava de uma avaliação pontual, mas de um processo construído em etapas, com leitura documental, debate virtual, debate presencial e amadurecimento político. A partir desse processo, a comissão chegou à compreensão de que os relatórios das oficinas não revelavam uma crise de formulação da Atenção Primária à Saúde, mas uma crise de sustentação. Afirmou que a escuta dos territórios não apontou para a necessidade de criação de outra APS, tampouco para a substituição da Estratégia Saúde da Família ou do modelo historicamente construído no SUS. Ao contrário, os territórios reafirmaram a centralidade da Atenção Primária, da Estratégia Saúde da Família, do vínculo, da presença no território, do trabalho em equipe e da responsabilidade sanitária. Observou que os territórios apontaram um descompasso crescente entre aquilo que se espera da APS e as condições concretas oferecidas para que ela funcione adequadamente. Esse descompasso apareceu, de forma concreta, no subfinanciamento, na rotatividade e precarização da força de trabalho, na sobrecarga das equipes, nas dificuldades de infraestrutura, na fragmentação programática, na baixa integração entre a APS e os demais pontos da rede e na fragilidade das condições efetivas para o exercício do controle social no cotidiano da política. Enfatizou que, para a CIABS/CNS, os territórios não reivindicaram a reinvenção da Atenção Primária, mas condições reais para sustentar a APS que o SUS já definiu historicamente como estratégica. Afirmou que essa leitura tem consequência direta para o debate sobre a revisão da PNAB, pois, se a crise é de sustentação e não de formulação, a revisão da política não pode se limitar a uma atualização normativa. Em sua avaliação, os territórios não indicaram falta de conceito, mas falta de condições reais para que a política aconteça. Destacou a necessidade de financiamento compatível com as responsabilidades atribuídas à PNAB, condições de trabalho e permanência das equipes, unidades básicas de saúde fortalecidas, integração mais consistente com a rede, enfrentamento da fragmentação programática e da sobrecarga dos serviços, além de condições efetivas para que o controle social acompanhe, incida e participe da condução da política. Ao concluir sua introdução, afirmou que uma revisão consequente da PNAB precisa partir da realidade concreta do SUS e ser orientada pelo fortalecimento das bases materiais, institucionais, organizacionais e democráticas da Atenção Primária à Saúde. Explicou que isso significa recolocar no centro do debate o financiamento, a valorização e a estabilidade da força de trabalho, as condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, a coordenação cooperativa do cuidado, a diversidade dos territórios e a participação social como dimensão estruturante. Por fim, explicou que a composição da mesa foi pensada justamente para permitir ao Pleno debater o tema em suas diferentes dimensões. A presença do CES/RS foi considerada relevante tanto, porque o Estado sediou uma das oficinas macrorregionais quanto por sua trajetória histórica na formulação e no desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, além dos desafios atuais relacionados à terceirização da Atenção Básica. A participação do professor Luiz Augusto Facchini, por sua vez, foi justificada pela contribuição da academia e pelo acúmulo de estudos e pesquisas sobre o tema. Já a presença da secretária da SAPS/MS foi destacada como demonstração da centralidade política do debate e da importância do processo de revisão da PNAB em diálogo com as escutas dos territórios e com a leitura produzida pelo controle social. Após essa introdução, a mesa abriu a palavra às pessoas convidadas para as exposições. O Vice-presidente do CES/RS, conselheiro **Itamar Silva dos Santos**, iniciou sua apresentação cumprimentando o Pleno do Conselho, as pessoas presentes e aquelas que acompanhavam a reunião virtualmente. Registrou a satisfação em participar, pela primeira vez, de uma mesa considerada estratégica para o debate nacional sobre a APS. Destacou que o tema já vinha sendo debatido no âmbito da Comissão de Atenção Básica do CES/RS, em consonância com as reflexões apresentadas pela CIABS/CNS. Informou que, duas semanas antes, o conselho estadual havia apresentado um estudo sobre a Atenção Básica no Rio Grande do Sul e os impactos da terceirização dos serviços de saúde. Ressaltou que o debate possuía caráter estratégico diante do contexto político e histórico vivido pelo país desde 2016, período que, em sua avaliação, foi marcado por ataques e desmontes das políticas públicas, inclusive da PNAB, alterada em 2017. Afirmou que a pandemia da COVID-19 interrompeu parte das discussões sobre os efeitos dessas mudanças, mas reforçou a necessidade de retomada do debate em um

3118 novo contexto político, que considerou mais favorável à reconstrução e ao fortalecimento da
3119 Atenção Básica e do SUS. Nesse sentido, avaliou que o atual momento democrático
3120 possibilitava a recuperação da APS, ressaltando o papel estratégico da SAPS/MS e do controle
3121 social na condução desse processo. Ao apresentar os dados do estudo realizado no Rio
3122 Grande do Sul, descreveu o avanço histórico da terceirização dos estabelecimentos de saúde
3123 no estado. Informou que, entre 2000 e 2005, aproximadamente 15% dos estabelecimentos
3124 eram terceirizados, principalmente hospitais, serviços de apoio e vigilância. Relatou que, entre
3125 2006 e 2011, esse percentual chegou a cerca de 30%, com ampliação da terceirização
3126 hospitalar. Já entre 2012 e 2018, a expansão atingiu aproximadamente 55%, incluindo o
3127 incremento da terceirização na Atenção Básica. Segundo relatou, entre 2019 e 2023 o
3128 percentual alcançou cerca de 75% dos estabelecimentos, chegando, entre 2024 e 2025, à
3129 estimativa de mais de 80% dos serviços terceirizados em parte significativa dos municípios
3130 gaúchos. Em relação à cidade de Porto Alegre, relatou que o processo de terceirização
3131 também se intensificou ao longo dos anos. Segundo os dados apresentados, entre 2000 e
3132 2010 havia de 20% a 30% de estabelecimentos terceirizados, predominantemente hospitalares.
3133 Entre 2011 e 2018, a terceirização teria alcançado aproximadamente 45%, passando
3134 posteriormente a atingir de forma significativa os serviços de Atenção Básica. De 2019 a 2025,
3135 incremente nos estabelecimentos de atenção básica. Afirmou que as justificativas normalmente
3136 utilizadas para defender a terceirização, como redução de custos, maior eficiência da gestão
3137 financeira, aumento da produção e melhoria da qualidade dos atendimentos, não
3138 correspondiam à realidade observada nos territórios e nos serviços de saúde. Em sua
3139 avaliação, a prática cotidiana demonstraria o contrário, especialmente no que se refere à
3140 precarização do cuidado e à descaracterização da Atenção Primária. Apresentou, ainda, dados
3141 relativos às despesas orçamentárias em saúde e aos gastos com terceirização em Porto Alegre
3142 (21%), no Rio Grande do Sul (7%) e no âmbito do Ministério da Saúde (19%). Ressaltou que
3143 havia disputa permanente pelo orçamento público e argumentou que a terceirização promovia
3144 transferência direta de recursos públicos para a iniciativa privada. Segundo os dados expostos,
3145 os gastos com pagamento de terceiros em Porto Alegre alcançavam índices elevados, situação
3146 semelhante à observada no conjunto dos municípios gaúchos. Ao comentar os gráficos
3147 apresentados, destacou que Porto Alegre possuía cerca de 95% da Atenção Básica
3148 terceirizada, com o território dividido em quadrantes administrados por diferentes organizações
3149 e entidades prestadoras de serviço, muitas delas ligadas a hospitais filantrópicos. Ressaltou
3150 que o estudo apresentado havia sido realizado em parceria entre a Comissão de Atenção
3151 Básica e pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conferindo respaldo
3152 técnico e científico às análises. Salientou que houve aumento das despesas com saúde,
3153 particularmente com atenção básica em Porto Alegre, de 2000 a 2025, e aumento do
3154 pagamento de terceiros no setor saúde, de 2015 a 2025, chegando a R\$ 8,4 bilhões, com taxa
3155 medida de 10,5%. No caso de Porto Alegre, as despesas com pagamento a terceiros chegou a
3156 R\$ 1,014 bilhão, com taxa média anual de incremento de 8,5%. Na sequência, abordou os
3157 impactos da terceirização sobre a organização da assistência e a produção de atendimentos
3158 ambulatoriais. Relatou que, em municípios como Viamão e Porto Alegre, consultas de clínica
3159 médica, pediatria e ginecologia passaram a ser tratadas como especialidades reguladas por
3160 centrais telefônicas, reduzindo o acolhimento direto nas unidades básicas de saúde e
3161 descaracterizando o modelo da Atenção Primária. Em sua avaliação, houve aumento
3162 quantitativo dos atendimentos, mas sem fortalecimento do cuidado preventivo e territorial.
3163 Observou que os dados epidemiológicos apresentados indicavam impactos negativos
3164 relacionados ao aumento da terceirização, incluindo indicadores relativos à sífilis, tuberculose,
3165 abandono de tratamento, mortalidade por complicações do diabetes mellitus, neoplasias e
3166 causas mal definidas. Argumentou que o abandono terapêutico estava diretamente relacionado
3167 às condições concretas vividas pela população nos territórios, incluindo dificuldades de acesso,
3168 custos de deslocamento, acolhimento insuficiente e fragilidade do acompanhamento pelas
3169 equipes de saúde. Também destacou a precarização das relações de trabalho na Atenção
3170 Básica. Segundo os dados apresentados, houve diminuição proporcional das despesas com
3171 pessoal próprio e crescimento das formas precárias de contratação, incluindo vínculos
3172 temporários, contratos intermediados, trabalhadores autônomos, informais e estagiários.
3173 Avaliou que esse cenário produzia instabilidade nas equipes e elevada rotatividade profissional,
3174 especialmente entre médicos vinculados por meio de pessoas jurídicas (PJ). Ao tratar da
3175 atuação das organizações sociais na saúde, informou que, entre 2015 e 2019, as principais
3176 entidades gestoras de unidades de saúde no Brasil movimentaram valores bilionários, parte
3177 deles aplicada no mercado financeiro (entre 2015 e 2019, em média, foram transferidos

anualmente R\$ 15,9 bilhões, valor que supera em R\$ 4,9 bi o valor que o Ministério da Saúde gastou anualmente com a compra de todos os insumos). Criticou o modelo de gestão privatista e afirmou que, em alguns casos, haveria atrasos de pagamento a trabalhadores para manutenção de aplicações financeiras. Outro aspecto destacado foi a redução do número de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, especialmente em Porto Alegre. Segundo explicou, a diminuição da cobertura desses profissionais teria se intensificado após as alterações promovidas na PNAB em 2017, comprometendo o acompanhamento territorial e o vínculo comunitário. O expositor defendeu a retomada, ao menos, dos parâmetros previstos na política anterior à revisão de 2017. Ao apresentar as conclusões do estudo, afirmou que os dados indicavam ausência de aumento proporcional das despesas orçamentárias específicas para a Atenção Básica, crescimento de atendimentos ambulatoriais focados em pronto atendimento individualizado, ausência de melhoria consistente nos principais indicadores epidemiológicos sensíveis à APS, aumento da precarização dos vínculos de trabalho e redução da cobertura de agentes comunitários de saúde. Além disso, os processos de terceirização tendiam a descaracterizar e subverter a estratégia programática e o modelo organizacional da Atenção Primária à Saúde. Sustentou que o aumento quantitativo de procedimentos ambulatoriais não resultava, necessariamente, em melhoria das condições de saúde da população nem em qualificação da gestão financeira da Atenção Básica, sobretudo porque o modelo priorizaria atendimentos de urgência e emergência em detrimento das ações preventivas e do acompanhamento longitudinal do cuidado. A presidenta do CNS, **Fernanda Lou Sans Magano**, retomou a condução dos trabalhos agradecendo ao Vice-Presidente do CES/RS pela contribuição apresentada e realizando alguns registros considerados importantes para o debate. Também agradeceu à presidenta do CES/RS, Inara Beatriz Amaral Ruas, que permaneceu no estado em razão de um encontro de mulheres na saúde, permitindo a participação de Itamar na mesa do CNS. Destacou o compromisso da conselheira com a pauta da saúde e com os trabalhos da Comissão Intersetorial de Atenção Básica e Saúde do CNS - CIABS/CNS, da qual faz parte. Aproveitou ainda para reconhecer o trabalho conjunto desenvolvido na coordenação da comissão por Heliana Hemetério, Márcia Bandini, representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e Francislene Vitória da Silva, do Coletivo Nacional de Juventude Negra - Enegrecer. Na sequência, a presidenta convidou os participantes e pessoas que acompanhavam a transmissão para participarem, no dia seguinte, do Encontro Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a ser realizado em Porto Alegre. Informou que a atividade teria como temas os conselhos locais de saúde, o programa Agora Tem Especialistas e os preparativos para a 18ª Conferência Nacional de Saúde. Em seguida, expôs o professor **Luiz Augusto Facchini**, que iniciou cumprimentando o Pleno do CNS e manifestando sua alegria em retornar ao CNS, do qual já havia sido conselheiro titular, para debater saúde pública e atenção primária à saúde. Afirmou que o SUS constitui uma das características mais singulares do Brasil no cenário internacional. Segundo ele, mesmo quando comparado a outros sistemas universais de saúde, o SUS se distingue pela sua concepção de universalidade, pela ausência de barreiras de acesso e pela inexistência de cobrança direta no ponto de atendimento. Ressaltou, ainda, que o Brasil possui um dos maiores sistemas públicos de Atenção Primária do mundo, com cerca de 45 mil unidades básicas de saúde distribuídas em todo o território nacional. Destacou que a Estratégia Saúde da Família representa um modelo concebido e construído coletivamente no próprio país, desde os municípios até a esfera federal, constituindo referência internacional em Atenção Primária à Saúde no marco inaugurado pela Conferência de Alma-Ata. Ressaltou que o modelo brasileiro se diferencia pela constituição de equipes multiprofissionais, pela presença dos agentes comunitários de saúde como elo entre comunidade e serviços e pela ampla capacidade de articulação de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral. Observou que a Atenção Primária brasileira não estabelece listas restritivas de enfermidades ou condições passíveis de atendimento, mas incorpora todos os tipos de cuidado em perspectiva integral. Explicou que a organização territorial das equipes permite uma capacidade ampliada de intervenção junto à população, contribuindo historicamente para resultados positivos, como redução da mortalidade infantil, diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária, qualificação do cuidado de pessoas com diabetes e hipertensão, fortalecimento do pré-natal e ampliação das ações voltadas à saúde da mulher. Ressaltou, entretanto, que o país enfrenta novos desafios relacionados ao envelhecimento populacional e à coexistência de múltiplas condições crônicas entre os usuários dos serviços de saúde. Argumentou que, atualmente, grande parte da população busca as unidades básicas apresentando simultaneamente duas, três ou mais morbidades, o que exige maior capacidade de coordenação do cuidado pela

atenção primária. Ainda assim, afirmou concordar com a avaliação apresentada anteriormente pela CIABS/CNS de que não existe uma crise de modelo na atenção primária brasileira, mas sim dificuldades relacionadas à sua plena implementação e sustentação. Nesse contexto, defendeu que a Estratégia Saúde da Família já constitui um modelo sólido, implantado em todo o país, desde os pequenos municípios até as grandes metrópoles, necessitando de fortalecimento de seus atributos essenciais. Durante a exposição do professor Faccini, a mesa registrou a chegada do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, e reorganizou a condução da atividade para que o professor pudesse concluir sua apresentação antes das falas seguintes. Ao retomar sua fala, o professor **Facchini** destacou que o controle social constitui uma das características mais relevantes e singulares do SUS, especialmente por possuir caráter deliberativo nas esferas municipal, estadual e nacional. Ressaltou que o CNS já havia demonstrado, em momentos historicamente adversos, sua capacidade de aprovar políticas estratégicas, citando como exemplo a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Enfatizou que a Atenção Primária à Saúde possui potencial estratégico para articular ações individuais e coletivas, integrando vigilância em saúde, promoção, prevenção e cuidado territorializado. Citou como exemplo o enfrentamento das epidemias de dengue e os desafios relacionados à saúde ambiental, defendendo que o fortalecimento das equipes de Saúde da Família amplia a capacidade de resposta do sistema de saúde diante desses problemas. Informou que participou de estudos realizados em parceria entre o Ministério da Saúde e a Rede de Pesquisa em Atenção Primária da Abrasco, voltados à avaliação das unidades básicas de saúde em todo o país. Segundo ele, os resultados demonstraram que unidades com equipes completas, boa infraestrutura, equipamentos adequados e atuação efetiva dos agentes comunitários de saúde apresentam maior capacidade de ofertar ações integrais e organizadas, incluindo saúde bucal, cuidado de gestantes, atenção às condições crônicas e atenção domiciliar. Defendeu, nesse sentido, que a revisão da PNAB deve contemplar os melhores padrões de implementação da Estratégia Saúde da Família, permitindo sua universalização em todos os territórios do país. Afirmou que as unidades básicas precisam ser reconhecidas como estruturas centrais das comunidades, bem equipadas, resolutivas e articuladas com a rede especializada de atenção à saúde. Segundo ele, investimentos na Atenção Primária produzem retornos extremamente positivos tanto para as condições de saúde da população quanto para a sustentabilidade do sistema de saúde. Outro aspecto destacado foi a importância das equipes multiprofissionais e da formação permanente dos trabalhadores da saúde. Defendeu que profissionais da Medicina, da Enfermagem, da Odontologia e demais profissionais da Atenção Primária possuam formação especializada em saúde da família e comunidade, bem como educação permanente contínua. Ressaltou que estudos demonstram relação direta entre formação qualificada, ampliação da oferta de cuidados e fortalecimento do vínculo com a população. Também enfatizou a necessidade de monitoramento, avaliação e incorporação de indicadores sensíveis ao cuidado da população na gestão dos serviços de saúde. Citou, como exemplos, o acompanhamento de pessoas com diabetes e hipertensão arterial, destacando a importância de exames preventivos e avaliações periódicas como parte da rotina da Atenção Primária. Ao concluir sua exposição, afirmou que o sucesso do programa Agora Tem Especialistas depende não apenas da ampliação das ações especializadas, mas sobretudo do fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde. Sustentou que a revisão da PNAB deve ocorrer em ambiente de plena democracia e fortalecimento do controle social, superando os impactos negativos decorrentes da revisão realizada em 2017, a qual associou ao contexto político de ruptura institucional ocorrido no país naquele período. Finalizou colocando a Rede de Pesquisa em Atenção Primária da Abrasco e as universidades públicas à disposição do controle social para contribuir com o fortalecimento da Atenção Primária no Brasil. Após a exposição, a Presidenta do Conselho agradeceu ao professor Facchini pela contribuição histórica ao CNS, à Abrasco e à universidade pública. Recordou ainda a relevância de suas contribuições para os debates no CNS sobre saúde pública e Atenção Primária à Saúde. No mais, agradeceu a presença da Secretária da SAPS/MS e do Ministro de Estado da Saúde, afirmando que a participação de representantes do Ministério da Saúde reforçava a relação democrática, respeitosa e de diálogo permanente entre o governo federal e o Conselho, inclusive nos momentos de cobrança em defesa da população brasileira e do SUS. Ao iniciar sua apresentação, a Secretária da SAPS/MS, **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas**, cumprimentou o Pleno e afirmou considerar um privilégio ter nascido já sob a vigência de um sistema universal de saúde construído a partir da luta social e política pela democratização do acesso à saúde no Brasil. Ressaltou a importância da parceria estabelecida entre a SAPS/MS e o CNS, mencionando que uma de suas primeiras

3298 agendas formais à frente da Secretaria foi receber o Conselho para reorganizar conjuntamente
3299 as oficinas de mobilização e sensibilização realizadas ao longo de 2025 nos territórios.
3300 Informou que foram realizadas sete oficinas em diferentes regiões do país, com participação de
3301 lideranças comunitárias, gestores, trabalhadores, entidades científicas e movimentos sociais,
3302 permitindo ampliar o diálogo e a escuta qualificada sobre os desafios da Atenção Primária.
3303 Afirmou que os avanços recentes da SAPS/MS decorrem diretamente do diálogo construído
3304 com o controle social, com as entidades da área da saúde coletiva e com a Rede de Pesquisa
3305 em Atenção Primária à Saúde. Citou o trabalho iniciado ainda na gestão da Ministra da Saúde
3306 Nísia Trindade e aprofundado sob a condução do Ministro Alexandre Padilha, especialmente a
3307 partir do censo das Unidades Básicas de Saúde realizado em 2024, que passou a subsidiar as
3308 estratégias de fortalecimento da Atenção Primária em todo o país. Destacou os investimentos
3309 federais destinados à estruturação da rede básica de saúde, mencionando a entrega de mais
3310 de 180 mil equipamentos para as unidades básicas, incluindo veículos, consultórios
3311 odontológicos móveis, unidades móveis e equipamentos destinados ao atendimento de
3312 populações em territórios rurais, remotos e de difícil acesso. Segundo ela, tais ações têm como
3313 objetivo ampliar a capacidade de resposta dos serviços e reduzir barreiras de acesso à
3314 população. Em seguida, enfatizou que a Atenção Primária à Saúde constitui o único serviço
3315 público presente nos 5.571 municípios brasileiros, alcançando territórios onde, muitas vezes,
3316 outros serviços públicos não conseguem chegar. Defendeu que fortalecer a APS significa
3317 fortalecer um Sistema Único de Saúde verdadeiramente universal e territorializado. Ao abordar
3318 a trajetória histórica da Estratégia Saúde da Família, lembrou que o modelo brasileiro surgiu a
3319 partir de experiências iniciadas no interior do Ceará, na década de 1990, evoluindo para quase
3320 55 mil equipes de Saúde da Família distribuídas nacionalmente. Ressaltou que esse
3321 crescimento representa não apenas expansão quantitativa da rede, mas também maior
3322 credibilidade da população na Atenção Primária como porta de entrada preferencial do SUS.
3323 Apresentou dados relativos à ampliação de serviços e equipes nos últimos anos, destacando o
3324 crescimento das equipes de Saúde da Família, das equipes de saúde bucal e das equipes
3325 multiprofissionais da Atenção Primária. Explicou que os antigos Núcleos Ampliados de Saúde
3326 da Família - NASF, descontinuados durante a vigência do programa Previne Brasil, foram
3327 retomados e reorganizados como equipes multiprofissionais assistenciais voltadas à ampliação
3328 do cuidado nos territórios. Reconheceu que houve aumento expressivo dos procedimentos
3329 ambulatoriais realizados na Atenção Primária, observando que tais dados devem ser
3330 analisados com cautela, mas também refletem maior registro das ações de cuidado nos
3331 sistemas de informação em saúde. Ressaltou que a ampliação do acesso depende igualmente
3332 da qualificação e do registro adequado das ações realizadas pelas equipes nos territórios.
3333 Destacou ainda o fortalecimento das equipes voltadas às populações em maior vulnerabilidade
3334 social, mencionando a ampliação das equipes de Atenção Primária Prisional, dos Consultórios
3335 na Rua, das equipes ribeirinhas e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais. Segundo ela,
3336 essas estratégias têm permitido ampliar o acesso à saúde em territórios historicamente
3337 desassistidos, como populações privadas de liberdade, população em situação de rua,
3338 comunidades ribeirinhas e territórios da Amazônia Legal. Ao comentar os dados de cobertura
3339 nacional, observou que os estados mais populosos ainda apresentam menores índices de
3340 cobertura da Estratégia Saúde da Família, especialmente em grandes centros urbanos.
3341 Defendeu, contudo, a importância de preservar modelos complementares de Atenção Primária
3342 em determinados contextos urbanos, ainda que a Saúde da Família permaneça como modelo
3343 prioritário de organização da atenção básica no país. Ressaltou que o território deve
3344 permanecer no centro da organização do cuidado em saúde, articulando ações intersetoriais
3345 com programas como Saúde na Escola, Bolsa Família, Centros de Referência de Assistência
3346 Social - CRAS e Centros Especializados de Assistência Social - CREAS. Destacou também a
3347 necessidade de integrar os diferentes níveis de atenção, especialmente Atenção Primária e
3348 Atenção Especializada, por meio da interoperabilidade dos sistemas de informação e da
3349 construção de trajetórias de cuidado mais resolutivas. Enfatizou a relevância do Programa Mais
3350 Médicos, destacando que o país possui atualmente cerca de 28 mil profissionais de Medicina
3351 vinculados à estratégia federal, distribuídos entre as 55 mil equipes de Saúde da Família.
3352 Avaliou que o programa representa importante apoio financeiro aos municípios e contribui para
3353 a ampliação do acesso e da resolutividade da Atenção Primária, embora tenha ressaltado a
3354 necessidade de investir continuamente na formação e qualificação desses profissionais.
3355 Também abordou os desafios decorrentes das mudanças climáticas, das transições
3356 epidemiológicas e das especificidades dos municípios de fronteira e cidades gêmeas,
3357 defendendo que tais contextos exigem respostas diferenciadas da Atenção Primária à Saúde.

3358 Explicou que os investimentos do Ministério da Saúde vêm sendo direcionados
3359 estrategicamente para garantir maior equidade territorial no acesso aos serviços. Ao detalhar
3360 os investimentos federais, destacou o aumento expressivo dos recursos destinados às equipes
3361 ribeirinhas e às Unidades Básicas de Saúde Fluviais. Informou que os recursos federais
3362 destinados às equipes ribeirinhas passaram de pouco mais de R\$ 80 milhões em 2022 para
3363 mais de R\$ 340 milhões, enquanto o número de embarcações cofinanciadas passou de cerca
3364 de 30 para mais de 70 unidades. Ressaltou que tais investimentos têm permitido ampliar o
3365 acesso de populações historicamente excluídas do sistema de saúde. Destacou, ainda, o
3366 crescimento do número de equipes multiprofissionais da Atenção Primária, atualmente
3367 superiores a 6.300 equipes em funcionamento no país. Em relação aos Agentes Comunitários
3368 de Saúde - ACS, afirmou que o Ministério da Saúde cofinancia aproximadamente 277 mil
3369 profissionais, com repasse equivalente a dois salários mínimos e meio por agente comunitário.
3370 Reconheceu, entretanto, que persistem desigualdades territoriais na distribuição desses
3371 trabalhadores, especialmente em grandes centros urbanos. Ao abordar a política de saúde
3372 bucal, informou que o país possui mais de 1.200 Centros de Especialidades Odontológicas e
3373 quase 35 mil equipes de saúde bucal cofinanciadas pelo Ministério da Saúde, representando
3374 crescimento superior a 24% nos últimos anos. Relacionou essa expansão à retomada das
3375 coberturas vacinais, ao fortalecimento das ações preventivas e aos avanços obtidos em
3376 indicadores como a eliminação da transmissão vertical do HIV, reconhecida pela Organização
3377 Mundial da Saúde. Também destacou a redução dos óbitos por dengue observada em 2025,
3378 relacionando esse resultado ao fortalecimento da Atenção Primária, da vigilância em saúde e
3379 das ações de educação em saúde nos territórios. Ressaltou a importância dos agentes
3380 comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias para o desenvolvimento dessas
3381 ações preventivas. Em relação à formação profissional, informou que o Ministério da Saúde
3382 ampliou os incentivos às residências multiprofissionais em Atenção Primária à Saúde,
3383 contemplando diferentes categorias profissionais vinculadas às equipes multiprofissionais.
3384 Também destacou a criação do curso de aperfeiçoamento em coordenação do cuidado a partir
3385 da Atenção Primária, envolvendo cerca de 180 mil profissionais em parceria com o
3386 CONASEMS e o A.C. Camargo Cancer Center. Apresentou ainda novas estratégias voltadas
3387 ao envelhecimento populacional, como o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa -
3388 PAD, destinado ao acompanhamento de pessoas restritas ao domicílio, e a revitalização do
3389 Programa Academia da Saúde, agora integrado à rede de atenção como estabelecimento
3390 formalmente vinculado às unidades básicas de saúde. Ao tratar dos investimentos
3391 estruturantes, informou que o Novo Programa de Aceleração do Crescimento - PAC prevê a
3392 construção de mais de 2.600 novas Unidades Básicas de Saúde, a entrega de mais de 800
3393 unidades odontológicas móveis e a distribuição de 10 mil combos de equipamentos para as
3394 UBS. Destacou que os recursos destinados à Atenção Primária passaram de cerca de R\$ 35
3395 bilhões em 2022 para mais de R\$ 63 bilhões previstos para 2026, demonstrando, nas suas
3396 palavras, a prioridade conferida pelo governo federal ao fortalecimento da APS. Também citou
3397 a ampliação dos direitos sexuais e reprodutivos, com destaque para a disponibilização de
3398 método contraceptivo de longa duração (implanon) no SUS para meninas e mulheres. Fez
3399 referência também à valorização do Programa Saúde na Escola, com estratégias prioritárias
3400 voltadas à alimentação saudável, prevenção de violência e promoção da cultura de paz, saúde
3401 mental, saúde sexual e reprodutiva e verificação da situação vacinal. Citou ainda a evolução
3402 das transferências de investimento, na ordem de R\$ 3,4 bilhões, em 2025, visando garantia de
3403 infraestrutura ainda mais heterogênea, contemplando: construção e ampliação de UBS,
3404 estruturação da rede de saúde bucal, estruturação da rede de serviços da APS, novo PAC
3405 seleções (somente APS). Também ressaltou os avanços da saúde digital e da informatização
3406 da rede, informando que mais de 82% dos municípios brasileiros já utilizam o sistema e-SUS
3407 APS e que mais de 2.800 estabelecimentos de outros níveis de atenção passaram a utilizar o
3408 prontuário eletrônico integrado da Atenção Primária. Segundo ela, a interoperabilidade dos
3409 sistemas permite construir trajetórias de cuidado mais coordenadas e resolutivas para a
3410 população usuária do SUS. Por fim, destacou como prioridades estratégicas do Ministério da
3411 Saúde a integração entre Atenção Primária e Atenção Especializada, o fortalecimento das
3412 tecnologias de informação e comunicação em saúde, a valorização da Estratégia Saúde da
3413 Família como centro do cuidado integral e a criação de um selo nacional de reconhecimento da
3414 qualidade da Atenção Primária à Saúde. Defendeu que a revisão da Política Nacional de
3415 Atenção Básica deve buscar o aprimoramento sustentável da APS em todo o território nacional,
3416 valorizando profissionais, fortalecendo o financiamento e ampliando a resolutividade dos
3417 serviços. Ao encerrar a exposição, a Presidenta do CNS agradeceu a apresentação da

secretária, informou que os materiais ficariam disponíveis no sistema para consulta posterior dos conselheiros e registrou a presença de representantes da SAPS/MS e do CONASEMS na plenária. Em seguida, anunciou a fala do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, ressaltando a necessidade de organização do tempo em razão do elevado número de inscrições do Pleno do Conselho. O Ministro de Estado da Saúde, **Alexandre Padilha**, iniciou sua fala cumprimentando o Pleno do CNS, os conselhos de saúde do país e as pessoas que acompanhavam a reunião virtualmente. Demonstrou satisfação em participar novamente da plenária do CNS e saudou nominalmente a presidenta Fernanda Lou Sans Magano, a conselheira Heliana Hemetério e o professor Luiz Augusto Facchini. Informou que, em 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, o Presidente da República havia publicado o decreto de regulamentação da profissão de sanitarista. Relatou que os primeiros registros foram concedidos a importantes referências da saúde coletiva brasileira, citando a professora Maria Cecília Minayo e ressaltando também a contribuição histórica de pesquisadores como Luiz Augusto Facchini e Lígia Giovanella para o desenvolvimento do sanitarismo no país. Na sequência, elogiou a atuação da Secretária Ana Luiza Caldas à frente da SAPS e destacou a relevância estratégica do debate sobre Atenção Primária realizado no mês de abril, período considerado simbólico para o SUS em razão do Dia Mundial da Saúde e das comemorações dos 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ressaltou que não existe possibilidade de um sistema universal de saúde de qualidade sem uma Atenção Primária forte, resolutiva e articulada com os territórios. Afirmou que um dos principais desafios atuais consiste em reconstruir políticas públicas que foram desmontadas nos anos anteriores, ao mesmo tempo em que se faz necessário adaptá-las às novas realidades sociais, urbanas e epidemiológicas do país. Citou como exemplos desse esforço a retomada do Programa Mais Médicos, a recomposição da assistência farmacêutica na Atenção Primária e o restabelecimento do financiamento das equipes multiprofissionais anteriormente vinculadas aos NASF. Observou que a reorganização da Atenção Primária exige considerar profundas mudanças na forma de vida da população brasileira, especialmente nas regiões metropolitanas, onde os deslocamentos, os horários de trabalho e a dinâmica cotidiana dificultam o vínculo tradicional com as unidades básicas de saúde. Também mencionou os desafios específicos dos territórios remotos e vulneráveis e as dificuldades enfrentadas por municípios médios, identificadas a partir dos dados do censo das UBS. Segundo o ministro, é necessário recolocar a Atenção Primária no centro da vida comunitária e territorial, retomando o trabalho externo das equipes e dos agentes comunitários de saúde. Criticou os efeitos produzidos pelo programa Previne Brasil, que, em sua avaliação, transformou profissionais de saúde em agentes de cadastramento, concentrando-os dentro das unidades básicas para alimentação dos sistemas de informação. Também ressaltou que a pandemia da COVID-19 alterou hábitos sociais e reduziu a circulação das equipes nos territórios, o que exigiria novos debates sobre os modelos de organização da Atenção Primária. Defendeu a retomada do debate sobre os modelos de Atenção Primária à Saúde, considerando os novos desafios relacionados ao envelhecimento populacional, às pessoas idosas acamadas e à crescente digitalização da vida social. Observou que o uso das tecnologias digitais alterou a forma como as pessoas acessam informações e serviços de saúde, exigindo novas estratégias de organização da atenção. Também agradeceu ao CNS pela mobilização realizada ao longo do mês de março em defesa da saúde integral das mulheres. Destacou os fóruns estaduais de mobilização, os mutirões de cirurgias e exames, a atualização das diretrizes para diagnóstico e tratamento do câncer de mama e a criação de políticas específicas voltadas às mulheres em situação de violência, como a reconstrução dentária para vítimas de agressão e a implantação de teleatendimento para mulheres em situação de vulnerabilidade. Ao abordar a política de direitos sexuais e reprodutivos, chamou atenção para a incorporação do implante contraceptivo subdérmico Implanon no SUS. Informou que o Ministério da Saúde realizou a maior compra mundial do dispositivo, adquirindo cerca de 1,8 milhão de implantes, número muito superior ao de outros países. Ressaltou que o método representa importante alternativa para adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade, especialmente pela praticidade e pela eficácia de três anos de duração. Afirmou que alguns estados e municípios ainda resistiam à utilização ampliada do implante contraceptivo, mantendo critérios restritivos herdados de gestões anteriores, limitando o acesso apenas a grupos específicos, como mulheres privadas de liberdade ou em situação de rua. Defendeu que os conselhos de saúde se mobilizem para garantir que o método seja ofertado universalmente às mulheres que desejarem utilizá-lo no SUS. Como exemplo do impacto da política, citou a redução da gravidez na adolescência observada na cidade do Rio de Janeiro após a ampliação da oferta do implante contraceptivo.

3478 Ressaltou ainda o simbolismo do ano em que se comemoram os 40 anos da 8ª Conferência
3479 Nacional de Saúde. Relatou encontro recente com o Ministro da Saúde do México, país que
3480 estaria discutindo a criação de um sistema nacional universal de saúde inspirado no modelo
3481 brasileiro, inclusive utilizando a denominação “SUS”. Afirmou ter destacado à delegação
3482 mexicana que a principal força do sistema brasileiro reside na mobilização popular e social que
3483 possibilitou sua construção e consolidação. Em seguida, descreveu as atividades realizadas
3484 em 7 de abril no Rio de Janeiro, incluindo debate na Universidade Federal do Rio de Janeiro -
3485 UFRJ, entrega dos primeiros registros profissionais de sanitaristas na FIOCRUZ e inauguração
3486 de um memorial permanente da saúde em prédio histórico do Ministério da Saúde. Informou
3487 que o espaço inclui homenagem às vítimas da COVID-19, com objetivo de preservar a
3488 memória da pandemia e evitar a repetição dos erros cometidos pelo governo anterior durante a
3489 crise sanitária. Destacou ainda os desafios globais relacionados ao envelhecimento
3490 populacional e às mudanças climáticas. Afirmou que a organização tradicional da Atenção
3491 Primária, historicamente centrada na saúde materno-infantil, precisa ser adaptada às
3492 demandas crescentes relacionadas às doenças crônicas, ao cuidado de pessoas idosas e à
3493 assistência domiciliar. Ressaltou também que a crise climática já representa uma crise de
3494 saúde pública, citando o impacto de eventos extremos sobre hospitais e serviços de saúde.
3495 Informou que o Brasil vem atuando internacionalmente na formulação de políticas globais de
3496 proteção à saúde, especialmente no âmbito da Organização Mundial da Saúde - OMS. Citou a
3497 construção do acordo pandêmico internacional, voltado à proteção dos trabalhadores da saúde,
3498 ao compartilhamento de tecnologias e à redução das desigualdades no acesso a vacinas e
3499 medicamentos entre países ricos e pobres. Relacionou o debate da saúde global ao
3500 fortalecimento da soberania nacional, ressaltando iniciativas voltadas à retomada da produção
3501 nacional de insulina, vacinas e tecnologias em saúde. Também mencionou a criação da
3502 coalizão do G20 para descentralização da produção e inovação tecnológica em medicamentos,
3503 coordenada pela Fiocruz, além da ampliação das cooperações internacionais com países
3504 africanos e membros dos BRICS. Ao comentar o cenário internacional, criticou posições
3505 negacionistas e mencionou a intenção do governo dos Estados Unidos de retirar recursos
3506 destinados à OPAS, defendendo o fortalecimento dos organismos multilaterais de saúde.
3507 Também apresentou resultados alcançados pelo programa Agora Tem Especialistas,
3508 informando que o país atingiu recorde histórico de cirurgias eletivas em 2025, com
3509 aproximadamente 14,9 milhões de procedimentos realizados, além de mais de 3 bilhões de
3510 exames. Ressaltou, contudo, que ainda é necessário avançar na ampliação do acesso à
3511 Atenção Especializada. Na parte final da exposição, destacou que abril também marca o Abril
3512 Indígena e o Abril Verde, dedicado à saúde do trabalhador. Informou que o governo federal
3513 apresentou balanço das ações desenvolvidas nos territórios indígenas, destacando a redução
3514 dos óbitos por malária, doenças respiratórias e desnutrição entre o povo Yanomami. Também
3515 ressaltou que todos os trabalhadores da saúde indígena passaram a ser contratados
3516 diretamente pelo Ministério da Saúde, superando modelos precários de contratação. Por fim,
3517 informou o lançamento do novo Plano Nacional de Saneamento para a área indígena e
3518 destacou a ampliação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST,
3519 reafirmando a relação histórica entre a luta pela saúde do trabalhador e a construção do SUS.
3520 Encerrando sua participação, colocou-se à disposição para ouvir as manifestações do Pleno.
3521 Na continuidade do debate, conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS,
3522 agradeceu a participação do Ministro Alexandre Padilha e registrou as dificuldades que vinha
3523 enfrentando em relação à sua liberação funcional para o exercício das atividades institucionais
3524 do Conselho. Agradeceu o apoio do Ministério da Saúde na busca de soluções para a questão
3525 e ressaltou a importância da atuação internacional do controle social brasileiro. Nesse contexto,
3526 informou que o CNS pretendia fortalecer parcerias internacionais voltadas à participação social
3527 e à saúde digital, mencionando articulações com o Barcelona, o Serviço Social da Indústria -
3528 Sesi, a OPAS e o México, especialmente no processo de intercâmbio relacionado ao SUS.
3529 Destacou também a importância da participação do CNS na avaliação internacional dos dois
3530 anos da resolução da OMS sobre participação social em saúde. Ressaltou que as iniciativas
3531 apresentadas pelo Ministério da Saúde durante a reunião demonstravam avanços importantes
3532 para o cuidado em saúde no país. Registrou ainda a relevância do debate realizado no dia
3533 anterior sobre o Plano Nacional de Saneamento Indígena e informou que lideranças indígenas
3534 da Amazônia haviam solicitado agenda específica com o Ministério da Saúde e a Secretaria
3535 Especial de Saúde Indígena - SESAI para discutir a garantia de atendimento à população
3536 indígena em todo o território nacional, independentemente de residirem ou não em terras
3537 indígenas homologadas. Também anunciou o relançamento da campanha “Saúde Sem Boato”,

ressaltando a importância da iniciativa diante do contexto eleitoral e dos riscos relacionados ao uso da inteligência artificial e da disseminação de desinformação em saúde. Associou a campanha à defesa do SUS, da soberania nacional e aos preparativos para a 18ª Conferência Nacional de Saúde. Em seguida, conselheira **Márcia Cristina Bandini**, coordenadora adjunta da CIABS/CNS, na condição de profissional que atua em Unidade Básica de Saúde e supervisora do Programa Mais Médicos, manifestou orgulho da Atenção Primária à Saúde brasileira. Enquanto coordenação da CIABS, apresentou o posicionamento da comissão acerca do processo de revisão da PNAB. Reconheceu como avanços importantes o Censo Nacional da Atenção Primária à Saúde, o ciclo de oficinas regionais promovido em parceria entre o CNS e a SAPS/MS e o diálogo permanente estabelecido entre gestão federal e controle social. Entretanto, relatou que, na última reunião da Comissão, foi rejeitada a proposta apresentada pelo Departamento de Saúde da Família do Ministério da Saúde, que previa nova rodada de escutas territoriais em vez da apresentação de um cronograma efetivo de revisão da PNAB. Na avaliação da Comissão, já existe acúmulo político e técnico suficiente para iniciar imediatamente o processo de revisão da Política. Manifestou sentimento de frustração diante da ausência de definição concreta sobre o cronograma da revisão, embora tenha reafirmado a expectativa de que o Ministério da Saúde apresente em breve uma agenda objetiva para atualização e fortalecimento da PNAB. Enfatizou que as cerca de 45 mil Unidades Básicas de Saúde representam a principal face do SUS para a população brasileira e relacionou o fortalecimento da Atenção Primária ao tema da 18ª Conferência Nacional de Saúde, defendendo que cuidar da APS significa cuidar do próprio SUS e da democracia brasileira. A seguir, a mesa abriu a palavra para as conselheiras e os conselheiros inscritos. Conselheira **Ana Lúcia Paduelo**, após saudação, dirigiu-se ao Ministro da Saúde para manifestar preocupação com a redução da presença de representantes do Ministério da Saúde nas reuniões do Conselho Segundo ela, a interlocução direta entre conselheiros e representantes do Ministério da Saúde facilitava historicamente a resolução de demandas dos movimentos sociais e dos usuários do SUS. Também agradeceu a publicação do Estatuto do Paciente e solicitou à SAPS/MS que o documento fosse amplamente divulgado e afixado nas unidades de saúde. Ressaltou a importância do estatuto no enfrentamento ao racismo religioso e na garantia dos direitos das pessoas usuárias dos serviços de saúde, tanto no SUS quanto na saúde suplementar. Criticou ainda os processos de terceirização e privatização da saúde pública, afirmando que o vínculo entre trabalhadores, usuários e território constitui elemento fundamental para a qualidade do cuidado em saúde. Defendeu que o período eleitoral seja utilizado para aprofundar o debate sobre o SUS e conscientizar a população acerca da importância da saúde pública universal e do respeito aos trabalhadores e usuários do sistema. Conselheira **Sarlene Moreira da Silva** realizou a entrega formal de documento de repúdio à portaria relacionada à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, solicitando sua revogação. Segundo relatou, a norma limitaria o atendimento apenas a indígenas residentes em terras homologadas ou não homologadas, excluindo indígenas em contexto urbano, rural ou em situação de vulnerabilidade social fora dos territórios oficialmente reconhecidos. Também informou que havia sido encaminhado ofício ao Ministério da Saúde solicitando a realização do primeiro seminário nacional sobre saúde dos povos indígenas em contexto urbano e fora dos territórios indígenas, antes da publicação da nova portaria da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A conselheira agradeceu o apoio do CNS às pautas indígenas e reafirmou a continuidade da mobilização. Conselheira **Melissa Ribeiro de Medeiros** relatou a situação de pessoas submetidas à laringectomia e outras condições que comprometem a fala, mencionando a existência de aproximadamente dez mil pacientes no país que enfrentam severas limitações de sociabilidade e comunicação. Relatou casos de sofrimento extremo decorrentes da ausência de políticas adequadas de cuidado e assistência e solicitou maior atenção do Ministério da Saúde para essa população. Informou ainda que buscava agenda institucional para tratar do tema junto ao governo federal. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** começou destacando que a Atenção Primária deve ser ordenadora do cuidado e coordenadora das redes de atenção à saúde. Ressaltou que os encontros territoriais e o Censo da APS evidenciaram dificuldades relacionadas à conectividade, segurança nas unidades de saúde e proteção à saúde dos trabalhadores da Atenção Básica. Defendeu a implementação efetiva da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e afirmou que o cuidado às mulheres deve ultrapassar a dimensão reprodutiva, contemplando o enfrentamento das violências, do racismo e da LGBTfobia presentes nos serviços de saúde. Nas suas palavras, essas questões precisam ser incorporadas aos instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Conselheiro

3598 **Mauri Bezerra dos Santos** parabenizou os avanços apresentados pelo Ministério da Saúde na
3599 Atenção Primária e ressaltou a importância do SUS durante a pandemia de COVID-19.
3600 Destacou o crescimento dos investimentos federais na APS e lembrou que o ciclo de oficinas
3601 promovido em parceria com o CNS decorreu de reivindicação do próprio Conselho diante da
3602 ausência de debate prévio sobre o novo modelo de financiamento da Atenção Primária.
3603 Apontou, contudo, desafios importantes relacionados à privatização das unidades básicas de
3604 saúde, ao uso crescente de emendas parlamentares no custeio da Atenção Primária e à
3605 precarização dos vínculos de trabalho. Ressaltou a aprovação, pelo CNS, da Resolução nº
3606 799/2026, relacionada à carreira única do SUS, e solicitou sua homologação pelo Ministério da
3607 Saúde. Conselheira **Priscila Torres da Silva** destacou a desconexão existente entre Atenção
3608 Básica e Atenção Especializada, afirmando que muitas pessoas permanecem em filas da
3609 regulação especializada quando poderiam estar sendo acompanhadas na própria Atenção
3610 Primária. Mencionou a Resolução CNS nº 777/2025, referente à criação da Política Nacional de
3611 Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas no âmbito do SUS, construída a partir de
3612 trabalho conjunto entre diferentes áreas do Ministério da Saúde e do controle social. Defendeu
3613 a transformação da resolução em política pública efetiva, com financiamento tripartite e
3614 fortalecimento do matriciamento da Atenção Primária, visando reduzir filas e melhorar o
3615 cuidado às pessoas com doenças reumáticas. Conselheiro **Eduardo Maércio Fróes**, na
3616 condição de pessoa convivendo com talassemia major há mais de quatro décadas, solicitou
3617 maior qualificação da Atenção Primária para o atendimento de doenças raras e negligenciadas,
3618 incluindo talassemia e anemia falciforme. Relatou situações de preconceito enfrentadas por
3619 pacientes e descreveu dificuldades extremas de acesso ao tratamento em regiões distantes do
3620 país, como usuários que precisam passar dias em deslocamento fluvial para realização de
3621 transfusões sanguíneas periódicas. Conselheiro **Madson Carlos Cabral Ferreira** reconheceu
3622 os avanços promovidos pelo Ministério da Saúde na saúde bucal, mas manifestou
3623 preocupação com a ausência de valorização efetiva dos profissionais da odontologia na rede
3624 pública. Criticou a ausência de apoio institucional à implementação de gratificações previstas
3625 em portarias ministeriais e relatou situações de extrema precarização salarial enfrentadas por
3626 cirurgiões-dentistas do SUS, incluindo profissionais com quase vinte anos de atuação
3627 recebendo vencimentos equivalentes a um salário mínimo. Defendeu maior envolvimento do
3628 Ministério da Saúde na luta pelo piso salarial da categoria. Conselheira **Lúcia Helena Xavier**
3629 iniciou sua intervenção reconhecendo o esforço do Ministério da Saúde no enfrentamento da
3630 falta de insulina, situação que havia gerado grande preocupação entre pessoas com diabetes e
3631 entidades de usuários do SUS. Relatou que a atuação recente do Ministério foi fundamental
3632 para reduzir os impactos do desabastecimento e garantir atendimento à população. Destacou,
3633 entretanto, que os desafios relacionados ao diabetes exigem fortalecimento mais amplo da
3634 Atenção Primária à Saúde, incluindo a organização das linhas de cuidado, ampliação do
3635 acesso a tecnologias, qualificação das equipes multiprofissionais, diagnóstico precoce e
3636 integração efetiva da saúde bucal no cuidado às pessoas com diabetes. Também defendeu a
3637 redução das desigualdades no acesso aos serviços e perguntou de que forma o Ministério da
3638 Saúde pretende estruturar ações integradas e resolutivas voltadas às pessoas com diabetes no
3639 âmbito da APS. Como encaminhamento, sugeriu a inclusão do Dia Nacional do Diabetes,
3640 celebrado em 26 de junho, na agenda oficial do Ministério da Saúde, associado a estratégias
3641 nacionais de mobilização e fortalecimento do cuidado integral no SUS. Conselheira **Helenice**
3642 **Yeme Nakamura** reconheceu a trajetória integradora do Ministério da Saúde em relação à
3643 Atenção Básica, mas ressaltou que o fortalecimento da APS exige não apenas ampliação
3644 numérica das equipes, mas a consolidação efetiva do trabalho multiprofissional. Defendeu que
3645 o cuidado integral depende de equipes completas, formação adequada e educação
3646 permanente dos profissionais. Também destacou os desafios relacionados ao envelhecimento
3647 populacional e afirmou que o cuidado às pessoas idosas precisa necessariamente ocorrer de
3648 forma multiprofissional e interdisciplinar. Conselheiro **Anselmo Dantas** lembrou os 40 anos
3649 da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, destacando o processo
3650 histórico de consolidação da saúde bucal como política pública de Estado. Citou a criação do
3651 programa Brasil Sorridente e a aprovação da Lei nº 14.572/2023, que transformou a política
3652 nacional de saúde bucal em política de Estado. Também recordou que, em fevereiro de 2024, o
3653 CNS aprovou recomendação dirigida ao Ministério da Saúde propondo a ampliação da
3654 cobertura das equipes de saúde bucal, com a perspectiva de uma equipe de saúde bucal para
3655 cada equipe de Saúde da Família. Segundo ele, tal medida é fundamental para ampliar o
3656 acesso da população ao cuidado odontológico, especialmente em territórios de periferia,
3657 favelas e municípios pequenos. Conselheira **Elgiane de Fatima Machado Lago** relatou

3658 dificuldades observadas na operacionalização das campanhas de vacinação, criticando a
3659 rigidez dos critérios escalonados de acesso por grupos prioritários. Segundo ela, muitas
3660 pessoas deixaram de ser vacinadas por não conseguirem acesso no momento em que
3661 procuraram os serviços, apesar da disponibilidade de doses. Também manifestou preocupação
3662 com problemas relacionados ao sistema de regulação utilizado no Rio Grande do Sul,
3663 relatando dificuldades enfrentadas por usuários encaminhados para exames e atendimentos
3664 em municípios vizinhos. Segundo ela, em alguns casos procedimentos deixam de ser
3665 autorizados porque a solicitação não foi emitida pelo município de origem do paciente,
3666 comprometendo o acesso e a continuidade do cuidado. Por fim, perguntou como está a relação
3667 entre Brasil e Cuba. Conselheira **Victoria Matos das Chagas** manifestou preocupação com a
3668 expansão das OS e com os processos de terceirização da Atenção Primária, especialmente no
3669 estado de São Paulo. Criticou a instalação de câmeras em unidades de saúde e denunciou
3670 situações de exposição de trabalhadores, pessoas LGBTQIA+ e população em situação de rua
3671 nos serviços públicos administrados por organizações sociais. Defendeu posicionamento mais
3672 firme do Ministério da Saúde em relação à privatização da gestão da Atenção Primária.
3673 Também alertou para a situação da formação em saúde no país, afirmando que mais de 80%
3674 das matrículas em cursos da área da saúde estão atualmente concentradas em instituições
3675 privadas, muitas delas sem qualidade adequada de formação. Em sua avaliação, isso poderá
3676 produzir grave crise futura no SUS, especialmente porque profissionais formados em
3677 universidades públicas acabam sendo absorvidos pelo setor privado, enquanto o SUS recebe
3678 trabalhadores formados em condições precárias. Conselheira **Sílvia Cavalleire Araújo da**
3679 **Silva** ressaltou os avanços obtidos com a retomada do Comitê Nacional de Saúde Integral
3680 LGBTQI+, mas afirmou que ainda existem importantes demandas pendentes relacionadas à
3681 política de saúde integral de pessoas trans e não binárias. Defendeu maior celeridade na
3682 implementação das políticas de equidade e ampliação das formações destinadas aos
3683 trabalhadores do SUS para enfrentamento da LGBTfobia nos serviços de saúde. Destacou que
3684 a Atenção Primária é o principal ponto de acesso da população LGBTQIA+ ao SUS e afirmou
3685 que o fortalecimento da APS é estratégico para evitar agravamentos que acabam demandando
3686 atendimento especializado. Também ressaltou que as pautas da equidade aprovadas na 17ª
3687 Conferência Nacional de Saúde precisam avançar antes da realização da 18ª Conferência
3688 Nacional de Saúde. Conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida** defendeu a realização de
3689 concursos públicos e a fixação de profissionais como estratégia essencial para enfrentar a
3690 precarização dos vínculos e garantir continuidade do cuidado nas unidades básicas de saúde.
3691 Argumentou que a alta rotatividade de profissionais impede a consolidação do vínculo entre
3692 equipes e usuários e compromete a longitudinalidade do cuidado. Também criticou a
3693 paralisação de programas e projetos estruturantes por insuficiência financeira, afirmando que
3694 muitas iniciativas importantes não conseguem continuidade por ausência de execução
3695 orçamentária adequada. Reafirmou a necessidade de consolidar o SUS como política pública
3696 estruturante e permanente para a população brasileira. Conselheira **Maria Alice Junqueira**
3697 **Caldas** relatou sua experiência de mais de duas décadas na Atenção Primária como docente
3698 da Universidade Federal de Juiz de Fora. Criticou a insuficiente presença da fisioterapia na
3699 APS e afirmou que, mesmo em municípios de grande porte, a implementação de equipes
3700 multiprofissionais permanece limitada. Ressaltou que o envelhecimento populacional, as
3701 doenças crônicas e as condições incapacitantes exigem reorganização das equipes da
3702 Atenção Primária, com incorporação mais ampla de profissionais como fisioterapeutas. Afirmou
3703 que o acesso à fisioterapia no SUS ainda permanece elitizado e limitado para grande parte da
3704 população usuária, o que precisa mudar. Conselheira **Suely Corrêa de Oliveira** afirmou que o
3705 debate da Atenção Primária precisa considerar de forma mais aprofundada a realidade da
3706 população rural. Relatou as dificuldades de acesso enfrentadas por moradores do campo,
3707 incluindo longas distâncias percorridas a pé até as unidades de saúde e insuficiência de ações
3708 preventivas e promocionais nos territórios rurais. Também destacou os impactos dos
3709 agrotóxicos sobre a saúde das populações rurais, mencionando contaminação da água, do
3710 solo e agravamento de doenças relacionadas às condições ambientais. Ressaltou que, apesar
3711 dos avanços obtidos desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o SUS ainda precisa avançar
3712 significativamente para garantir atenção integral à população rural brasileira. Conselheira **Rosa**
3713 **Maria Anacleto** avaliou que o debate realizado foi extremamente rico e destacou sua
3714 identificação com as análises apresentadas por Itamar Silva dos Santos e Luiz Augusto
3715 Facchini sobre terceirização e funcionamento da Atenção Primária. Em sua intervenção,
3716 chamou atenção para a dificuldade de acesso da população negra às Unidades Básicas de
3717 Saúde em razão dos horários tradicionais de funcionamento das UBS. Salientou que grande

parte da população negra trabalhadora acaba recorrendo às Unidades de Pronto Atendimento – UPA, porque não consegue acessar as UBS durante o horário comercial. Defendeu, assim, a ampliação dos horários de funcionamento das unidades básicas, inclusive em finais de semana, como estratégia de ampliação do acesso e promoção da equidade racial na saúde. Também ressaltou a importância de garantir efetividade territorial às políticas de saúde das mulheres desenvolvidas pelo governo federal. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** relatou situação concreta envolvendo paciente oncológica que iniciou tratamento na Bahia e encontrou dificuldades para continuidade do cuidado após mudança para o Distrito Federal. A partir do caso, questionou como o SUS pretende garantir continuidade assistencial para pacientes que se deslocam entre estados, especialmente em situações graves como o câncer. Também avaliou positivamente sua participação nas oficinas de fortalecimento da Atenção Primária, destacando o caráter integrador da APS, o aprendizado relacionado às boas práticas de gestão e a importância dos conselhos locais de saúde para fortalecimento do controle social nos territórios. Conselheiro **Derivan Brito da Silva** reiterou a necessidade de fortalecimento da formação multiprofissional na Atenção Primária à Saúde. Defendeu melhores condições de trabalho para os profissionais da APS e ampliação das bolsas de residência multiprofissional, argumentando que o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família depende diretamente da consolidação do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. A Presidenta do CNS agradeceu a permanência da Secretária da SAPS/MS, Ana Luiza Caldas, durante todo o debate e destacou a riqueza política e técnica das oficinas regionais realizadas em parceria entre a SAPS/MS e o CNS. Ressaltou que o controle social defende uma revisão robusta da Política Nacional de Atenção Básica, afirmando que o CNS deseja uma política capaz de garantir efetivamente inclusão, acesso e cuidado integral à população brasileira. Também destacou a necessidade de fortalecimento da saúde mental na Atenção Primária e da integração entre APS, SAMU e rede especializada, ressaltando que, sem saúde mental, não há saúde. Por fim, reafirmou que o papel do controle social é cobrar, propor e acompanhar a implementação das políticas públicas, inclusive no que se refere à carreira interfederativa do SUS e à consolidação de uma Atenção Primária forte, democrática e territorializada. No retorno da mesa, o Vice-presidente do CES/RS, **Itamar Silva dos Santos**, iniciou sua manifestação agradecendo novamente o convite para participar do debate e destacou o simbolismo histórico da presença da secretária Ana Luiza Caldas na condução da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Afirmou que a trajetória da secretária representa o legado político e institucional construído desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltando que as novas gerações assumem, no presente, a responsabilidade histórica de realizar transformações que ainda não foram plenamente concretizadas no SUS. Defendeu que o início do processo de revisão da PNAB constitui uma decisão essencialmente política e estratégica, capaz de sinalizar à sociedade a necessidade de fortalecimento do SUS e da Atenção Primária. Argumentou que os avanços históricos do SUS sempre decorreram da coragem política de enfrentar interesses contrários à consolidação das políticas públicas universais. Também sustentou que a efetividade da Atenção Primária depende diretamente da consolidação de uma carreira pública de Estado para o SUS. Segundo ele, não é possível construir uma política territorializada e permanente sem trabalhadores vinculados aos territórios por meio de vínculos estáveis e concursados. Comparou a necessidade da carreira SUS a outras carreiras típicas de Estado e defendeu que o atual governo possui legitimidade histórica e política para liderar esse enfrentamento. Na sequência, relacionou o avanço da privatização e das terceirizações à ausência de uma carreira pública estruturada para o SUS. Citou o Programa Mais Médicos como exemplo de enfrentamento político realizado em defesa da garantia de profissionais nos territórios e afirmou que o mesmo esforço poderia ser direcionado à construção de uma carreira nacional do SUS regionalizada e vinculada às necessidades dos municípios. No mais, destacou a necessidade de ampliar o debate público sobre o impacto das emendas parlamentares no financiamento do SUS, defendendo que a sociedade brasileira precisa compreender os efeitos desse modelo sobre a organização do SUS. Ao abordar a discussão sobre ampliação dos horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, relembrou experiência implementada em Viamão, no Rio Grande do Sul, no final da década de 1990, com atendimento ampliado até às 22 horas. Ressaltou, contudo, que a ampliação do horário das UBS deve ocorrer a partir da análise concreta das necessidades socioeconômicas e laborais das populações atendidas, sem descaracterizar os princípios estruturantes da Atenção Primária à Saúde. Em sua conclusão, utilizou o exemplo da Presidenta do CNS para denunciar as dificuldades enfrentadas por conselheiros e conselheiras de saúde para exercerem suas funções institucionais. Relatou que muitos trabalhadores não recebem liberação de seus empregadores ou gestores para participar

3778 das atividades de controle social, obrigando conselheiros municipais a realizarem suas
3779 atividades após a jornada de trabalho. Defendeu, assim, a criação de legislações que garantam
3780 efetivamente o exercício do controle social como atividade de relevância pública e interesse do
3781 Estado brasileiro. Na sequência, o professor da UFPel, **Luiz Augusto Facchini**, agradeceu
3782 novamente a oportunidade de participar da reunião e afirmou que a qualidade do debate
3783 refletia a vitalidade do SUS e do controle social brasileiro. Ressaltou que os processos
3784 históricos de construção democrática não ocorrem de forma linear, sendo marcados por
3785 avanços e retrocessos que impactam diretamente as políticas públicas e as condições de vida
3786 da população. Relembrou os retrocessos sofridos pelo SUS nos últimos anos, especialmente
3787 em decorrência de ataques à democracia e às políticas públicas sociais, destacando a
3788 importância da mobilização popular em defesa do SUS. Nesse contexto, afirmou que a 18ª
3789 Conferência Nacional de Saúde representa espaço estratégico para fortalecimento da Atenção
3790 Primária e consolidação da Estratégia Saúde da Família. Defendeu a ampliação das equipes
3791 multiprofissionais e a expansão das equipes eMulti para todas as unidades básicas do país,
3792 visando ampliar a resolutividade da Atenção Primária. Também ressaltou a importância do
3793 fortalecimento dos conselhos locais de saúde, observando que apenas cerca de 30% das UBS
3794 possuem conselhos locais ativos. Segundo ele, esses espaços são fundamentais para
3795 aproximar o controle social da organização do cuidado nos territórios. Alertou ainda para o
3796 avanço da terceirização da Atenção Primária, inicialmente concentrada em grandes capitais e
3797 metrópoles, mas atualmente já presente em municípios médios do país. Reforçou, por isso, a
3798 importância da criação de carreiras públicas para os trabalhadores do SUS, destacando que
3799 vínculos estáveis permitem desenvolvimento profissional, planejamento institucional e
3800 fortalecimento das políticas públicas de saúde. A Presidenta do CNS registrou que todos os
3801 encaminhamentos apresentados durante o debate foram sistematizados e entregues à relatora
3802 da reunião para serem incorporados aos registros oficiais da 377ª Reunião. Em seguida, a
3803 Secretária da SAPS/MS, **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas**, agradeceu o acolhimento do
3804 Conselho e destacou a importância das contribuições apresentadas pelo Pleno. Ressaltou que
3805 o processo de debate sobre a Atenção Primária envolveu grande mobilização institucional,
3806 incluindo 29 seminários territoriais e sete oficinas regionais realizadas em parceria com o
3807 controle social. Segundo ela, as oficinas permitiram identificar importantes desigualdades e
3808 diferenças regionais relacionadas às demandas da Atenção Primária à Saúde. Reconheceu,
3809 contudo, que ainda não havia sido realizada rodada específica de debates com a comunidade
3810 acadêmica e de pesquisa. Informou que o Ministério da Saúde já estava organizando, em
3811 parceria com a Rede de Pesquisa em Atenção Primária e instituições acadêmicas, novos
3812 espaços de discussão voltados à construção de uma revisão robusta da PNAB. Avaliou que a
3813 revisão da política exige escuta simultânea do controle social, da gestão e da comunidade
3814 científica, especialmente diante das mudanças ocorridas nos últimos anos e dos impactos
3815 provocados pelos períodos de descontinuidade das políticas públicas de saúde. Também pediu
3816 desculpas pelo fato de o novo modelo de cofinanciamento da Atenção Primária pactuado em
3817 2024 não ter sido previamente apresentado ao Pleno do CNS, afirmando que ainda existe
3818 espaço para revisão e aprimoramento coletivo do processo. Destacou os avanços obtidos pela
3819 gestão federal na retomada de comitês e políticas de equidade, mencionando a reativação do
3820 Comitê Nacional de Saúde Integral LGBT, das políticas de saúde da população negra, de
3821 migrantes, refugiados e apátridas, bem como das ações voltadas às populações do campo,
3822 floresta, águas, povos ciganos e população em situação de rua. Ressaltou que tais agendas
3823 representam dívidas históricas do SUS que vêm sendo retomadas pelo atual governo. Também
3824 afirmou que o enfrentamento ao racismo, à LGBTfobia e às demais formas de discriminação
3825 precisa ganhar maior capilaridade nos territórios, incorporando-se efetivamente às práticas
3826 cotidianas das unidades de saúde e dos serviços da Atenção Primária. Ao abordar a discussão
3827 sobre carreira do SUS e valorização profissional, reconheceu a complexidade do tema e
3828 destacou as grandes desigualdades salariais existentes entre categorias profissionais da
3829 saúde. Defendeu que o fortalecimento da atuação multiprofissional exige valorização
3830 equilibrada das diferentes profissões e ressaltou que a organização do trabalho em equipe fica
3831 comprometida quando determinadas categorias avançam muito mais rapidamente do que
3832 outras em termos remuneratórios e condições de trabalho. Também reconheceu que o
3833 crescimento das terceirizações e das organizações sociais decorreu, em parte, da ausência
3834 histórica do Estado em determinados territórios e serviços. Avaliou que o debate sobre essas
3835 formas de gestão precisa ser ampliado para além das conferências e espaços internos do SUS,
3836 alcançando o Congresso Nacional e outras instâncias de formulação legislativa e política.
3837 Destacou a necessidade de descentralizar o acesso a tecnologias e tratamentos para a

Atenção Primária, citando como exemplos a profilaxia pré e pós-exposição ao HIV (PrEP e PEP), os antirretrovirais, o tratamento da tuberculose e o fornecimento de insumos para pessoas com diabetes. Segundo ela, ampliar o acesso diretamente nos territórios reduz abandono terapêutico e melhora os resultados do cuidado. Também ressaltou que a ampliação do acesso precisa ocorrer com garantia de segurança do paciente e adequada estrutura logística, especialmente em regiões remotas da Amazônia e em municípios de pequeno porte. Defendeu, portanto, o fortalecimento da capilaridade da Atenção Primária como estratégia central para garantir cuidado integral e resolutivo à população brasileira. Ao final, propôs retornar ao CNS em prazo aproximado de um mês ou quarenta dias para apresentar devolutivas concretas sobre os temas debatidos e demonstrar os avanços realizados pelo Ministério da Saúde em relação às demandas apresentadas pelo controle social. Encerrando o debate, conselheira **Heliana Neves Hemetério dos Santos** agradeceu a disponibilidade da secretária Ana Luiza Caldas para construção conjunta das políticas públicas e ressaltou que o diálogo permanente entre gestão federal e controle social fortalece o SUS e contribui para melhores resultados para a população brasileira. Por fim, destacou a complexidade das demandas debatidas pela CIABS/CNS e reafirmou o compromisso militante em defesa do SUS, do enfrentamento ao racismo, da luta contra a lesbofobia e da construção permanente de uma Atenção Primária pública, universal, democrática e territorializada. Em razão do adiantado da hora, as propostas de encaminhamento decorrentes do debate não foram lidas em Plenário. Contudo, foram registradas pela relatoria e serão encaminhadas à Comissão Intersetorial de Atenção Básica à Saúde - CIABS/CNS para os devidos desdobramentos. São elas: **1)** reforçar o papel da Atenção Primária à Saúde - APS como principal porta de entrada do SUS, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção; **2)** iniciar imediatamente a revisão da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com apresentação de cronograma oficial e incorporação dos resultados das oficinas realizadas pelo CNS; **3)** vincular o processo de revisão da PNAB aos debates da 18ª Conferência Nacional de Saúde; **4)** priorizar ações de enfrentamento e combate ao racismo religioso, à LGBTfobia, ao racismo institucional e a outras formas de preconceito e discriminação nos serviços de saúde, com fortalecimento da equidade e reconhecimento da diversidade, além da inclusão dessas pautas nos planos de saúde e nas Programações Anuais de Saúde; **5)** implementar a Portaria da Política de Saúde Integral das Pessoas Trans e Não-Binárias, bem como a formação das equipes de Atenção Primária à Saúde, inclusive para o enfrentamento da LGBTfobia e de outras formas de discriminação contra essas populações; **6)** enfrentar os processos de privatização e terceirização da APS, especialmente por meio das organizações sociais, e ampliar concursos públicos, fortalecendo vínculos permanentes de trabalho; **7)** reforçar a importância da homologação da Resolução CNS nº. 799/2026, que aprova o Protocolo nº. 012/2025 da MNNP-SUS, estabelecendo diretrizes nacionais para a Carreira Única Interfederativa do SUS; **8)** ampliar a oferta de fisioterapia, saúde mental e saúde bucal na APS; **9)** especificamente sobre saúde bucal, garantir uma equipe de saúde bucal para cada equipe de Saúde da Família; **10)** assegurar formação permanente dos profissionais de saúde e ampliar as residências multiprofissionais; **11)** garantir continuidade do cuidado no SUS para pacientes que se deslocam entre diferentes estados; **11)** reafirmar a defesa do vínculo territorial entre usuário, equipe e comunidade como princípio estruturante da APS; **12)** reforçar o pedido de revogação da Portaria sobre o público-alvo da PNASPI (documento com esta demanda foi entregue ao Ministro de Estado da Saúde) e solicitar que a revisão normativa assegure a participação efetiva das lideranças indígenas e do controle social; **13)** fortalecer o cuidado às pessoas com doenças reumáticas, doenças ultrarraras, diabetes, povos indígenas, população negra, pessoas trans, população rural, mulheres, idosos e pessoas com deficiência; **14)** aprimorar o atendimento e a qualificação do cuidado às pessoas com doenças ultrarraras na APS, bem como ampliar a compreensão dessas condições pelos serviços e equipes de saúde; **15)** incluir o 26 de junho – Dia Nacional de Diabetes – na agenda oficial do Ministério da Saúde; **16)** garantir cuidado integral às pessoas trabalhadoras da saúde; **17)** contemplar a participação efetiva do CNS nos debates sobre financiamento e novos modelos da APS; **18)** debater e acompanhar a destinação das emendas parlamentares; **19)** reforçar a necessidade de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas com Doenças Reumáticas – PNAISPDR, aprovada na Resolução CNS nº 777/2025; **20)** fortalecer o papel da APS e sua integração com a atenção especializada; **21)** garantir vacinação oportuna na APS e rever fluxo de organização dos serviços; **22)** reforçar a importância da ampliação do horário de atendimento nas UBSs, visando ampliar o acesso da população ao atendimento; **23)** fortalecer a saúde das mulheres nos territórios; **24)** priorizar promoção e prevenção em saúde nos territórios rurais; **25)**

3898 fortalecer a formação multiprofissional e as condições de trabalho na APS; e **26)** ampliar as
3899 residências multiprofissionais e a integração da saúde mental e da atenção às pessoas com
3900 deficiência às estratégias da atenção primária; e **27)** reservar espaço na pauta das próximas
3901 reuniões para que a SAPS/MS apresente o resultado das ações da APS nos territórios.
3902 **ENCERRAMENTO** – Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS,
3903 após os agradecimentos finais, declarou encerrada a 377ª Reunião Ordinária do CNS.
3904 Estiveram presentes as seguintes conselheiras e os seguintes conselheiros na tarde do
3905 segundo dia de reunião: *Titulares* - **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos
3906 Odontologistas – FIO; **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul
3907 (ARPIN-SUL); **Cleide Cilene Farias Tavares**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
3908 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de
3909 Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de
3910 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Elgiane de Fátima**
3911 **Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda**
3912 **Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da**
3913 **Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho
3914 Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de
3915 Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento**
3916 **Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Luiz Fernando Corrêa Silva**,
3917 Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação
3918 Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Priscila Torres da Silva**,
3919 Biored Brasil; **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em
3920 Serviço Social (ABEPSS); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidades
3921 Positivas (MNCP); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
3922 (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Victoria Matos**
3923 **das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Ana Lúcia da Silva**
3924 **Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças
3925 Raras – SUPERANDO; **Danieli da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e
3926 Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de
3927 Hemofilia (FBH); **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia
3928 (ABRALE); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Eurídice**
3929 **Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em
3930 Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo**
3931 **Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **Jacildo**
3932 **de Siqueira Pinho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura
3933 Familiar do Brasil (CONTRAF); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT);
3934 **Karina Hamada Iamasqui Zuge**, Aliança Distrofia Brasil (ADB); **Lucia Helena Modesto**
3935 **Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Cabral Ferreira**, Conselho
3936 Federal de Odontologia (CFO); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
3937 Assistentes Sociais (FENAS); **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos
3938 Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Silvia**
3939 **Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT; e **Suely Corrêa de Oliveira**,
3940 Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS.