

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos seis e sete dias do mês de maio 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 Oitava Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 378ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Apreciar e debater os 48 anos da luta antimanicomial. **3)** Compartilhar e deliberar as demandas das conferências de Saúde: 18ª Conferência Nacional de Saúde - CNS. **4)** Debater e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Relações de Trabalho e Educação na Saúde - CIRTES e apreciar os 20 anos de avaliação e ordenamento da formação em saúde no âmbito do SUS: trajetória, cenário atual, avanços, desafios e perspectivas do controle social. **5)** Analisar e deliberar sobre a proposta minuta da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. **6)** Prestigiar, debater e deliberar o Dia do Trabalhador e da Trabalhadora: Agrotóxicos e os impactos decorrentes da exposição aos Agrotóxicos sobre a saúde da população trabalhadora. **7)** Debater e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento - COFIN. **8)** Analisar e deliberar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNAISPSR-SUS). **9)** Apreciar e deliberar os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas. **MESA DE ABERTURA** – conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 378ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA ATA DA 376ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 378ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS.** O documento foi enviado previamente aos conselheiros e às conselheiras, atendendo o prazo regimental. **Deliberação: a pauta da 378ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. APROVAÇÃO DA ATA DA 376ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS -** O documento foi enviado previamente aos conselheiros e às conselheiras, atendendo o prazo regimental. **Deliberação: a ata da 376ª Reunião Ordinária do CNS foi aprovada por unanimidade. ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação das novas nomeações de Pessoas Conselheiras Nacionais de Saúde, presentes na Reunião. Dados representativos para a saúde no mês de maio. Indicações. Relatório de atividades da Mesa Diretora – Composição da mesa:** conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite, da Mesa Diretora do CNS; e **Jannayna Sales**, Secretária Executiva do CNS. **INFORMES** – Conselheira **Marina Andueza Paulelli**, representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC, informou que o Brasil sediou, no final do mês de março, a Primeira Reunião Regional das Américas sobre Resistência Antimicrobiana - RAM, realizada em Brasília, pelo Ministério da Saúde, com apoio do Ministério da Agricultura e Pecuária. Destacou que a resistência antimicrobiana constitui um dos principais desafios contemporâneos para a saúde pública, exigindo abordagem integrada que considere, além da assistência à saúde, os sistemas de produção de alimentos, a preservação ambiental e as políticas públicas. Informou que o IDEC participou do encontro e apresentou documento contendo proposta de roteiro regional voltado às especificidades da América Latina, colocando o material à disposição das conselheiras e dos conselheiros interessados. Na sequência, o conselheiro **Eduardo Maécio Fros**, representante da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia - ABRALE, registrou o Dia Mundial da Talassemia, celebrado em 8 de maio, ressaltando a importância da data para dar visibilidade às pessoas que convivem com a doença. Chamou atenção para as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no acesso oportuno à ressonância magnética com técnica T2, já incorporada ao SUS, bem como às transfusões sanguíneas periódicas, especialmente nos casos de fenótipos sanguíneos raros. Relatou situações de insuficiência na oferta de bolsas de sangue e episódios de atendimento

57 inadequado em hemocentros, defendendo o fortalecimento da assistência e do cuidado integral
58 às pessoas com talassemia. Conselheira **Lúcia Helena Xavier**, representante da Associação
59 de Diabetes Juvenil - ADJ, destacou o crescente impacto do diabetes no país, ressaltando o
60 elevado número de pessoas que vivem com a doença, muitas delas sem diagnóstico. Alertou
61 para o aumento dos casos de pré-diabetes e para as complicações decorrentes do diagnóstico
62 tardio, como amputações, insuficiência renal, retinopatia diabética e problemas de saúde bucal.
63 Informou que, em alusão ao Dia Nacional do Diabetes, celebrado em 26 de junho, está sendo
64 organizada programação no Congresso Nacional, contemplando audiência pública e ações de
65 educação em saúde, com realização de testes de glicemia e retinografia. Convidou o Conselho
66 a integrar a mobilização, fortalecendo iniciativas voltadas à conscientização, ao diagnóstico
67 precoce e à prevenção das complicações da doença. Em seguida, a conselheira **Rosaura de**
68 **Oliveira Rodrigues**, representante da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e
69 Direitos Reprodutivos, destacou duas datas de mobilização do mês de maio. Inicialmente,
70 abordou o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e
71 Adolescentes, celebrado em 18 de maio, apresentando dados sobre a elevada incidência de
72 violência sexual contra crianças e adolescentes, especialmente meninas negras, e ressaltando
73 a subnotificação desses casos. Na sequência, tratou do Dia Internacional de Enfrentamento à
74 Mortalidade Materna, em 28 de maio, destacando que a maior parte das mortes maternas
75 permanece evitável e alertando para a persistência de elevados índices de mortalidade no
76 país, especialmente entre adolescentes. Defendeu o fortalecimento das políticas públicas de
77 enfrentamento à violência sexual, a garantia do acesso ao aborto previsto em lei e a ampliação
78 das ações destinadas à redução da mortalidade materna, informando que o Comitê de
79 Mortalidade Materna promoveria ato público em Brasília para marcar a data. Conselheiro
80 **Elenilson Silva de Souza**, representante do Movimento de Reintegração das Pessoas
81 Atingidas pela Hanseníase - MORHAN, apresentou informe sobre as oficinas regionais de
82 aprimoramento da Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS, promovidas pela
83 Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde. Destacou a participação
84 da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde - CIVS/CNS no acompanhamento das
85 atividades, ressaltando que as oficinas têm contribuído para fortalecer a implementação da
86 política nos estados e municípios e estimular a criação de comissões intersetoriais de vigilância
87 em saúde nos conselhos estaduais e municipais. Também registrou a realização do II
88 Seminário Final da PNVS Comunidade, enfatizando sua importância como estratégia de
89 aproximação entre a vigilância em saúde e os territórios, bem como de fortalecimento do
90 controle social. Na sequência, conselheira **Ana Lúcia Paduelo**, representante da Associação
91 Brasileira Superando Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras, destacou a campanha Maio Roxo,
92 voltada à conscientização sobre lúpus, doenças reumáticas, doenças raras e hipertensão
93 pulmonar. Ressaltou a importância da informação, do acolhimento e da orientação às pessoas
94 que convivem com essas condições, bem como do fortalecimento das redes de apoio. Relatou,
95 ainda, a ocorrência de desabastecimento de medicamentos essenciais utilizados no tratamento
96 da hipertensão pulmonar, informando que também foi afetada pela indisponibilidade dos
97 medicamentos, situação que vem sendo registrada por milhares de pacientes em todo o país.
98 Alertou que a interrupção do fornecimento coloca vidas em risco e compromete a efetividade
99 da assistência farmacêutica no SUS. Conselheira **Carmem Ferreira Santiago**, representante
100 da Central Única dos Trabalhadores - CUT, registrou pesar pelo falecimento do dirigente
101 sindical **Daniel Gaio**, secretário de Meio Ambiente da CUT Nacional, destacando sua atuação
102 em defesa da classe trabalhadora e das pautas ambientais. Em seguida, apresentou informe
103 sobre as mobilizações realizadas em todo o país por ocasião do Dia Internacional do
104 Trabalhador, enfatizando que os atos tiveram como principal reivindicação o fim da escala de
105 trabalho 6x1. Defendeu a redução da jornada como medida de promoção da saúde, proteção
106 social e valorização do trabalho digno, relacionando o atual modelo de organização do trabalho
107 ao aumento dos afastamentos por transtornos mentais e dos acidentes fatais de trabalho.
108 Conselheira **Priscila Torres da Silva**, representante da BioRede Brasil, informou que, apesar
109 da aprovação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Reumáticas
110 no âmbito do CNS, sua implementação pelo Ministério da Saúde ainda não havia sido
111 efetivada. Relatou participação nas atividades itinerantes do Fórum Nacional do Judiciário para
112 a Saúde - Fonajus, onde foram apresentados dados que evidenciam o crescimento da
113 judicialização decorrente da indisponibilidade de medicamentos já incorporados ao SUS.
114 Também registrou o elevado número de relatos de desabastecimento de medicamentos
115 recebidos pela BioRede Brasil, envolvendo diversos medicamentos estratégicos produzidos por
116 Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo - PDP. Destacou que a demora na aquisição e

disponibilização desses medicamentos compromete a efetividade das políticas públicas, defendendo maior governança, transparência e cumprimento dos prazos para garantia do acesso oportuno aos tratamentos. Na sequência, conselheiro **Alex Gomes Mota**, representante da Pastoral da Saúde Nacional, apresentou informe sobre sua participação, em representação ao CNS, no III Seminário Estadual de Direitos Humanos de Mato Grosso, que debateu a situação de migrantes, refugiados e apátridas. Ressaltou que o evento reuniu representantes de diversas instituições públicas e organismos internacionais, abordando temas como moradia, trabalho, documentação, segurança pública e integração social. Observou, entretanto, a reduzida participação do setor saúde nas discussões, defendendo maior articulação entre as políticas de direitos humanos e saúde. Informou, ainda, que a Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde estuda a possibilidade de propor ao CNS a criação de uma comissão intersetorial voltada às demandas da população migrante, considerando suas especificidades. Por fim, a Secretária-Executiva do CNS, **Jannayna Martins Sales**, apresentou dois informes institucionais. O primeiro referiu-se à realização da Conferência Livre do Controle Social – Saúde, Democracia, Participação Social e Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, promovida pelo Conselho Nacional de Saúde em articulação com conselhos estaduais, municipais e locais de saúde, no âmbito da I Conferência Nacional dos ODS. Informou que a atividade seria realizada em formato remoto, no dia 14 de maio, conclamando conselheiros, entidades e demais instâncias de controle social a participarem e promoverem conferências livres em seus territórios. O segundo informe tratou da pesquisa desenvolvida pelo Observatório de Conselhos de Saúde, iniciativa conduzida pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, em parceria com o Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa do Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde. Explicou que o estudo tem por objetivo caracterizar o perfil dos conselheiros e dos conselhos de saúde em âmbito nacional, estadual, municipal e local, informando que o questionário seria submetido à validação da Mesa Diretora do CNS e posteriormente encaminhado aos conselheiros nacionais para preenchimento até o dia 30 de maio.

JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA – Titular: Abrahão Nunes da Silva, Central de Movimentos Populares (CMP), 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: Derivan Brito da Silva, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia, Profissional de Saúde, motivo: agenda de trabalho. Titular: Dilce Abgail Rodrigues Pereira, União Brasileira de Mulheres (UBM), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. 1º Suplente: Elaine Junger Pelaez, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Profissional de Saúde, motivo: agenda de trabalho. Titular: Fernando Marcello Nunes Pereira, Conselho Federal de Nutrição (CFN), profissional de saúde, motivo: razões pessoais. Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), Usuário, motivo: rodízio de titularidade (participa enquanto integrante da Mesa Diretora do CNS para contribuir na coordenação dos trabalhos). Titular: Josaine de Sousa Palmieri Oliveira, Federação Nacional das APAES (FENAPAES), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Luiz Aníbal Vieira Machado, Nova Central Sindical de Trabalhadores (NCST), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Luiz Fernando Corrêa Silva, Federação Brasileira de Hospitais (FBH), prestadores de serviços de saúde, motivo: agenda de trabalho. 1º Suplente: Maicon Ricardo Nunes Martins, Movimento Negro Unificado (MNU), Usuário, motivo: problema de saúde. Titular: Nelson Augusto Mussolini, Confederação Nacional da Indústria (CNI), prestadores de serviços de saúde, motivo: agenda de trabalho. Titular: Priscila Torres da Silva, Biored Brasil, usuário, motivo: rodízio de titularidade (participa enquanto integrante da Mesa Diretora do CNS para contribuir na coordenação dos trabalhos). Titular: Rafaela Bezerra Fernandes, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), profissional de saúde, motivo: agenda de trabalho. Titular: Raimundo Carlos Moreira Costa, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT), usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Renata Soares de Souza, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP), usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), gestor, motivo: participação 1º suplente. Titular: Rosa Maria Anacleto, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO), usuário, motivo: razões pessoais. 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. **APRESENTAÇÃO DAS NOVAS NOMEAÇÕES DE PESSOAS CONSELHEIRAS NACIONAIS DE SAÚDE, PRESENTES NA REUNIÃO** – foi apresentada a substituição na 376ª Reunião Ordinária, mas o conselheiro e a conselheira não estavam presentes. 1 - Entidades e movimentos nacionais de usuários do SUS. 1º Suplente: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP) - Alealdo Hilario dos Santos (substituindo Luiz Legnãni). Publicado em: 24/02/2026 | Edição: 36 | Seção: 2 | Página: 62. 2º Suplente: Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB) - Danieli da Silva dos Santos Moretti (substituindo Eder Pereira da Silva). Publicado em: 04/03/2026 | Edição: 42 | Seção: 2 | Página: 57. **DATAS REPRESENTATIVAS** – 1/5 - Dia Internacional do Trabalhador. 2/5 - Dia Nacional de Combate ao assédio moral. 5/5 - (1ª terça-feira de maio) - Dia Mundial de combate à Asma. 5/5 - Dia Mundial de Higienização das Mãos. 5/05 - Dia Internacional das Partejas. 5/5 - Dia Nacional do Uso Racional de Medicamento. 5/5- Dia Nacional do Líder Comunitário. 7/5 - Dia Internacional da Luta contra a Endometriose. 7/5 - Dia do Oftalmologista. 7/5 - Dia Nacional de Prevenção da Alergia. 8/5 - Dia Mundial da Talassemia. 8/5 - Dia Internacional da Cruz Vermelha. 8/5 - Dia Mundial do Combate ao Câncer de Ovário. 10/5 - Dia Mundial de combate ao Lúpus. 10/5 - Dia de Bike ao Trabalho. 10/5 (2º domingo de maio) - Dia das mães. 12/05- Dia da Enfermagem e do Enfermeira(o). 12/5 - Dia da Conscientização da Fibromialgia e Fadiga Crônica. 13/5 - Dia do Zootecnista. 15/5 - Dia do Assistente Social. 15/5 - Dia Nacional do Controle das Infecções Hospitalares. 16/5 - Dia Mundial da Conscientização sobre a Doença Celíaca. 17/5 - Dia Nacional de Combate à LGBTfobia. 17/5 - Dia Mundial da Hipertensão Arterial. 17 a 23/5 (3ª semana de maio) - Semana Nacional de Conscientização sobre Alergia Alimentar (Data instituída pela Lei nº 14.731/2023). 18/5 - Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. 18/5 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial. 18/5 - Dia de Conscientização sobre a Necessidade de Vacina Contra HIV/Aids. 19/5 - Dia Mundial da Doença Inflamatória Intestinal- DII. 19/5 - Dia e Semana Nacional de Doação do Leite Humano (Datas instituídas pela Lei nº 13.227/2015). 19/5 - Dia Nacional de Combate à Cefaleia. 21/5 (3ª quinta-feira de maio) - Dia Global de Conscientização sobre Acessibilidade. 24/5 - Dia Nacional de Conscientização sobre a Esquizofrenia (Data instituída pela Lei nº 14.860/2024). 25/5 - Dia Internacional de Conscientização da Tireoide. 26/5 - Dia Nacional de Combate ao Glaucoma (Data instituída pela Lei nº 10.456/2002). 28/5 - Dia Internacional de Luta Pela Saúde da Mulher. 28/5 - Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna. 29/5 - Dia Mundial da Saúde Digestiva. 30/5 - Dia Mundial de Conscientização da Esclerose Múltipla. 31/5 - Dia Mundial sem o Tabaco. **INDICAÇÕES – 1)** Convite da Secretaria de Saúde, por meio da Coordenação de Gestão de Pessoas e Educação na Saúde (CGPES), participar do “Curso Introdutório para Conselheiros de Saúde”, de 13 a 17 de abril de 2026, em São Paulo. *(Referendar)*: conselheira Priscila Torres da Silva – Biored Brasil, integrante da MD (Reside em São Paulo). **2)** Convite da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente – SVSA, para participar da mesa de abertura da 18ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (ExpoEpi), no dia 14 de abril do corrente ano, Brasília/DF. *(Referendar)*: conselheiro Jacildo de Siqueira Pinho, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF) (Já estava com passagem pelo Evento). **3)** Convite da Comissão de Administração e Serviços Públicos da Câmara dos Deputados, na qualidade de expositora, para participar de Audiência Pública, que visa debater “O Sistema Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”, tema do Requerimento nº 6/26 de autoria da Deputada Erika Kokay – PT/DF, no dia 14 de abril de 2026, no formato virtual. *(Referendar)*: Conselheira Eurídice Ferreira de Almeida, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil, e Coord. Adj. CISTT, (FASUBRA) (Virtual). **4)** Convite do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (DESMAD/SAES/MS) em colaboração interfederativa com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), e com apoio do Ministério Público do Estado de Goiás (MP-GO), convidam para participar do Fórum Regional Centro-Oeste de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, nos dias 23 e 24 de abril de 2026, em Goiânia. *(Referendar)*: Conselheiro **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), e Coordenador da CISM, (Custeio do COFFITO). **5)** Convite do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, para participar da Solenidade de posse da diretoria eleita para a gestão 2026/2027, no dia 29 de abril de 2026, às 19 horas, na (OPAS/OMS). *(Referendar)*: Conselheira **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Integrante da MD (Estará em Brasília). **6)** Convite da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM para participar da Mesa de Abertura e da IV Oficina Nacional do Projeto

237 REVER: Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? – Um olhar
 238 comprometido com a responsabilidade social no século XXI”, no dia 05 de maio de 2026, às
 239 9hs, em Brasília/DF. (Referendar): conselheira Francisca Valda da Silva, Associação Brasileira
 240 de Enfermagem (ABEN), e Integrante da MD, (Custeio do Projeto Rever). **7)** Convite da
 241 Coordenação do Observatório do Sus e Escola de Governo em Saúde, para participar na
 242 abertura do III Encontro Nacional da Rede Colaborativa de Inovações em Atenção Primária à
 243 Saúde – Rede Colabora APS, no dia 06 de maio de 2026, em Brasília/DF. (Referendar):
 244 Conselheira Heliana Hemetério, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas
 245 (REDE CANDACES BR), integrante da MD e coord. CIABS (Está em Brasília). **8)** Convite do
 246 Programa Nacional de Extensão para a Implementação da Política Nacional de Vigilância em
 247 Saúde do SUS e a Participação da Comunidade – PNVS Comunidade, para compor a Mesa de
 248 abertura e participar do II Seminário Final de Apresentação de Resultados do Programa
 249 Nacional de Extensão para a Implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde do
 250 SUS e a participação da comunidade – PNVS Comunidade, no dia 05 de maio de 2026.
 251 (Referendar): Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, Confederação Nacional das Associações
 252 de Moradores (CONAM), e Integrante da MD (Virtual). **9)** Convite da Comissão Organizadora
 253 do 5º Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – 5º
 254 CONGREPICS, evento oficial da RedePICS Brasil, com o tema “PNPIC: 20 anos tecendo
 255 políticas e saberes pela consolidação do SUS”, nos dias 06 a 09 de maio de 2026, em
 256 Salvador. (Referendar): Conselheiros e coordenadores da CIPPSPICS (Custeio do CNS):
 257 **Abrahão Nunes da Silva** - Central de Movimentos Populares (CMP) (Coordenador CIPPPICS)
 258 (Mesa De Abertura); e **Elgiane Lago** - Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil
 259 (CTB) (Coordenadora Adj. CIPPPICS). Demais Comissões Inter setoriais e seus respectivos
 260 coordenadores (Custeio do Ministério Saúde): José Oliveira da Silva - Comissão Pastoral da
 261 Terra (CPT) Alimentação e Nutrição - CIAN ; Jacildo de Siqueira Pinho - Saúde do Trabalhador
 262 e Trabalhadora – CISTT; Thiago Soares Leitão – Confederação Nacional dos Trabalhadores e
 263 Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF) Rede Nacional de Religiões Afro
 264 Brasileiras e Saúde (RENAFRO) Relações do Trabalho e Educação em Saúde -
 265 CIRTES/CIPPE ; Wallace Justino de Araújo Silva Apurinã – Articulação dos Povos Indígenas
 266 Região Sul (ARPIN-SUL) Saúde Indígena - CISI. **10)** Convite da Secretaria de Informação e
 267 Saúde Digital, para participarem do Workshop de Descoberta (*Discovery Workshop*),
 268 presencialmente em Brasília/DF, nos dias 11 e 12 de maio de 2026, no âmbito da cooperação
 269 entre o Ministério da Saúde do Brasil e a HealthAI – The Global Agency for Responsible AI in
 270 Health. (Referendar): conselheira **Shirley Marshall Dias Morales**, Federação Nacional dos
 271 Enfermeiros (FNE), Nacional de Saúde e Coordenadoras da Câmara Técnica de Saúde Digital
 272 e Comunicação em Saúde (CTSDCS) (Custeio da SEIDIGI). **11)** Convite do Conselho Nacional
 273 dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), para participar da reunião do Grupo
 274 Temático instituído com a finalidade de promover a atualização da resolução nº 137, de 21 de
 275 janeiro de 2010, sobre os parâmetros para a criação e o funcionamento dos Fundos Nacional,
 276 Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, no dia 15 de maio de 2026,
 277 em formato virtual. (Referendar): conselheira **Vânia Leite** - Conferência Nacional dos Bispos
 278 do Brasil (CNBB), Coordenadora CIASCV (virtual). **12)** Convite da Coalizão Global pela
 279 Remissão (GRC) e Aliança Global para a Saúde Musculoesquelética (G-MUSC), para participar
 280 de um evento junto à Assembleia Mundial da Saúde: Mesa Redonda sobre Intervenção
 281 Precoce e a Busca pela Remissão, no dia 20 de maio de 2026, em Genebra. *Indicação*
 282 (Referendar): Conselheira Priscila Torres – Biored Brasil, da Mesa Diretora do CNS (Estará em
 283 Genebra); e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS (Estará em
 284 Genebra). **13)** Convite do Departamento de Economia e Investimentos em Saúde da
 285 Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde - DESID/SE/MS, para compor a mesa de abertura
 286 e participar do I Simpósio Nacional dos Núcleos de Economia da Saúde: Planejamento,
 287 Custos, Financiamento para a Sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, nos dias 20 e 21
 288 de maio de 2026, na Fiocruz/Brasília - DF. *Indicação* (Referendar): Conselheiro **Mauri Bezerra**
 289 - Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS),
 290 representante Rede ECOS (Custeio do CNS). **14)** Convite da Mesa Nacional de Negociação
 291 Permanente do SUS – MNNP-SUS, juntamente ao Departamento de Gestão e da Regulação
 292 do Trabalho em Saúde – DEGERTS, para compor a Mesa de Abertura do III Encontro Nacional
 293 das Mesas de Negociação Permanente do **SUS** como também do referido evento, nos dias 20
 294 e 21 de maio de 2026, em São Paulo- SP. *Indicação* (Referendar): conselheiro **Paulo Scrivano**
 295 **Garrido** - Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde
 296 Pública (ASFOC-SN) (Custeio do evento). **15)** Convite para participar na 14ª Etapa de

297 qualificação sobre Participação social na Atenção à Saúde dos Homens, no dia 22 de maio, no
 298 Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, em Belo Horizonte. *Indicação (Referendar):*
 299 Conselheira Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa - Associação Brasileira de Alzheimer e
 300 Condições Relacionadas (ABRAZ), coord. Adj. CIASCV (Custeio do CNS). **16)** Convite do
 301 Centro Regional da Referência em Cuidados Paliativos Famed/UFPel e o Instituto Cuidativo,
 302 juntamente com a Frente Paliativistas do Brasil e a Liga Acadêmica de Cuidados Paliativos
 303 UFPEL, para participar da Mesa de Abertura: Assistência, Educação e Comunidade – Políticas
 304 Públicas nos países do Mercosul, no VII CONGRESSO DE CUIDADOS PALIATIVOS DO
 305 MERCOSUL III CONGRESSO DA FRENTE PALIATIVISTAS DO BRASIL II CONGRESSO DE
 306 PICS DO MERCOSUL, no dia 12 de agosto de 2026, às 19 horas e demais atividades do
 307 evento internacional, no período de 12 a 14 de agosto de 2026 no município de Pelotas / RS.
 308 *Indicação (Referendar):* conselheira **Rosângela Dornelles** - Associação Brasileira de Apoio e
 309 Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19-Associação Vida e Justiça (Reside em POA).
 310 *Comissões externas.* **17)** Convite do Conselho Federal de Psicologia para compor o Comitê
 311 Nacional Orfandade, onde a Coalizão Nacional Orfandade e Direitos é uma articulação não
 312 partidária que reúne organizações da sociedade civil, movimentos sociais, pesquisadoras(es),
 313 operadoras(es) do direito e ativistas, mobilizada desde 2021 no contexto da pandemia da
 314 Covid-19, com objetivo central de promover o reconhecimento, a visibilidade e a garantia de
 315 direitos de crianças e adolescentes em situação de orfandade e de suas famílias, por meio da
 316 incidência junto ao Poder Executivo, ao Poder Legislativo e ao sistema de justiça no Brasil.
 317 *Indicação (Referendar): Titular: Vânia Lúcia Ferreira Leite* - Conferência Nacional de Bispos
 318 do Brasil (CNBB). Suplente: **Fernanda Lou Sans Magano** - Federação Nacional dos
 319 Psicólogos (FENAPSI). **18)** Substituição do Sr. José Ramix Júnior, por Thiago Soares Leitão,
 320 pela Comissão de políticas de Promoção da equidade (CIPPE), para representar o CNS na
 321 titularidade do **Grupo da Terra**, sem prejuízo da indicação do suplente. *Indicação (Referendar):*
 322 Titular: **Thiago Soares Leitão** - Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde
 323 (RENAFRO). Suplente: **Jacildo de Siqueira Pinho** - Confederação Nacional dos
 324 Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF). **19)** Substituição
 325 dos representantes do Conselho Nacional de Saúde para compor o Grupo de Trabalho - GT
 326 para revisão do Processo Transexualizador no SUS, da Sra. Heliana Hemetério os Santos
 327 por Camila Francisco de Lima e Sr. José Ramix Júnior por Sílvia Cavalleire Araújo, conforme
 328 segue: *Indicação (Referendar): Titular: Camila Francisco de Lima* - Articulação Nacional de
 329 Luta Contra AIDS (ANAIIDS). Suplente: **Sílvia Cavalleire Araújo da Silva** - União Nacional de
 330 Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - UNALGBT. **20)** Convite da
 331 SAES/DESMAD, indicado pela Comissão de Saúde Mental - CISM/CNS, para compor o Grupo
 332 de Trabalho sobre Direitos e Protagonismo de Pessoas Usuárias e Familiares da Rede de
 333 Atenção Psicossocial, com o objetivo de elaborar subsídios para a criação do Comitê
 334 Interministerial de Direitos e Protagonismo de Pessoas Usuárias e Familiares da Rede de
 335 Atenção Psicossocial. *Indicação (Referendar): José Vanilson Torres da Silva* - Movimento
 336 Nacional População de Rua (MNPR). **21)** Recondução da indicação do segmento dos Usuários
 337 pelo FORSUS no Conselho de Administração da Hemobrás, com suas funções de membro do
 338 Conselho Nacional de Saúde, não sendo remuneradas, considerando tratar-se de papel de
 339 relevância pública. *Indicação (Referendar): Eduardo Maércio Froes*, Associação Brasileira de
 340 Linfoma e Leucemia (ABRALE). **22)** Informe sobre as indicações de conselheiros e
 341 conselheiras do CNS para os encontros regionais da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Para
 342 o Encontro Estadual de Saúde do Ceará, previsto para 8 de maio, foram indicadas as
 343 conselheiras Andrea Cristina Soares e Pérola Nazaré de Souza Ferreira, pelo segmento dos
 344 usuários; os conselheiros Paulo Henrique Garrido e Raimundo José Arruda Bastos, pelo
 345 segmento dos trabalhadores da saúde; e, pela Mesa Diretora do CNS, as conselheiras
 346 Francisca Valda da Silva, Vânia Lúcia Ferreira Leite e Priscila Torres da Silva. Para o Encontro
 347 Estadual de Saúde do Distrito Federal, agendado para 19 de maio, foram indicados os
 348 conselheiros Elgiane de Fátima Machado Lago, Camila Francisco de Lima e José Vanilson
 349 Torres da Silva, pelo segmento dos usuários; e os conselheiros Mauri Bezerra dos Santos,
 350 Eurídice Ferreira de Almeida, Carlos Roberto dos Santos e Tâmara Gonçalves dos Reis, pelo
 351 segmento dos trabalhadores da saúde. Informou que não haveria representação da Mesa
 352 Diretora, em razão da coincidência da atividade com a realização da Assembleia Mundial da
 353 Saúde, em Genebra. Para o Encontro Estadual de Saúde de Sergipe, previsto para 21 de maio,
 354 foram indicados os conselheiros Jacildo de Siqueira Pinho, Thiago Leitão, Rosaura de Oliveira
 355 Rodrigues, Francyslane Vitória da Silva e Michele Seixas de Oliveira, pelo segmento dos
 356 usuários, e as conselheiras Alessandra Brito e Shirley Marshall Morales, pelo segmento dos

trabalhadores da saúde. Para o Encontro Estadual de Saúde da Paraíba, programado para 26 de maio, foram indicados os conselheiros Elenilson Silva de Souza, Michele Seixas de Oliveira, Rosaura de Oliveira Rodrigues, Alex Gomes da Mota e Francyslane Vitória da Silva, pelo segmento dos usuários; os conselheiros Mauri Bezerra dos Santos, Ruth Cavalcante Guilherme e Eurídice Ferreira de Almeida, pelo segmento dos trabalhadores da saúde; e, pela Mesa Diretora do CNS, conselheiro Getúlio Vargas de Moura Júnior. Na mesma data, para o Encontro Estadual de Saúde do Pará, foram indicados os conselheiros Elenilson Silva de Souza, Andrea Cristina Soares e Carmem Santiago, pelo segmento dos usuários. Informou que não houve indicação de representantes do segmento dos trabalhadores da saúde para essa atividade. Pela Mesa Diretora do CNS, foi indicada a conselheira Heliana Hemetério. Para o Encontro Estadual de Saúde do Amazonas, previsto para 2 de junho, foram indicados os conselheiros Thiago Leitão, Pérola Nazaré de Souza, José Vanilson Torres da Silva, Francisco Jonaci de Almeida e Michele Seixas de Oliveira, pelo segmento dos usuários; os conselheiros Mauri Bezerra dos Santos e Paulo Garrido, pelo segmento dos trabalhadores da saúde; e, pela Mesa Diretora do CNS, conselheira Vânia Lúcia Ferreira Leite. Por fim, para o Encontro Estadual de Saúde do Tocantins, agendado para 10 de junho, foram indicados os conselheiros Wallace Justino de Araújo Silva (Apurinã), Camila Francisco de Lima, Neide Barros da Silva, Sueli Corrêa de Oliveira e Ana Lúcia Marçal Paduella, pelo segmento dos usuários; conselheira Maria Laura Carvalho Bicca, pelo segmento dos trabalhadores da saúde; e, pela Mesa Diretora do CNS, conselheira Heliana Hemetério. Por fim, foi anunciada a presença da presidenta do Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa, Ana Paula Machado, na reunião. **RELATÓRIO DA MESA DIRETORA DO CNS - Atividades – 8/4 - Sessão Solene do Congresso Nacional em comemoração ao Dia Mundial da Saúde e lançamento do Vade Mecum da Saúde 2026.** Participantes: Débora Raymundo Melecchi. Convite: Senado Federal. Local: Senado Federal/Brasília. 13/4 - Aula inaugural do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva – Profissional. Tema: “Integração ensino, serviço, gestão e comunidade na formação em saúde e no fortalecimento do SUS”. Participantes: Estevão Toffoli Rodrigues - Comissão Intersetorial de relações do Trabalho e Educação em Saúde (CIRTES/CNS). Convite: Departamento de Saúde Coletiva da UnB. Local: Faculdade de Ciências da Saúde da UnB. 13 a 15/04 - Oficina Internacional sobre Planejamento da Força de Trabalho em Saúde: um Novo Paradigma para o Brasil. Participantes: Francisca Valda da Silva e Elaine Junger Pelaez. Local: Opas/OMS (Brasília-DF). Convite: SGTES/MS. 13 a 17/4 - CORE Sesi Saúde - Programa Executivo de Conexão em Saúde Digital. Participantes: Fernanda Magano – presidenta CNS. Convite: Sesi. Local: Barcelona (Espanha). **ITEM 3 - 48 ANOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL E DELIBERAÇÕES DA 5ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS - Apresentação:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**, Coordenador Adjunto da Comissão Intersetorial de Saúde Mental - CISM/CNS; e **Marcelo Kimati Dias**, Diretor do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas - DESMAD/SAES/MS. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Inicialmente, as coordenadoras da mesa saudaram as pessoas presentes e os internautas que acompanhavam o debate. A seguir, a Presidenta do CNS convidou as pessoas convidadas para compor a mesa, com leitura dos currículos e registrou a ausência justificada do conselheiro **Derivan Brito da Silva**, coordenador da CISM/CNS, em razão de compromissos profissionais previamente assumidos, impossibilitando sua participação na reunião. Em seguida, passou a palavra ao conselheiro **José Vanilson Torres**, Coordenador Adjunto da CISM/CNS, que iniciou sua apresentação contextualizando a relevância dos 48 anos da Luta Antimanicomial e da 5ª CNSM para o fortalecimento da reforma psiquiátrica brasileira e da defesa do cuidado em liberdade. A seguir, declamou poema elaborado em conjunto com Fernanda da Guia, coordenadora da Comissão de Relatoria da 5ª CNSM, que sintetiza os princípios que orientam a Reforma Psiquiátrica brasileira, entre eles a defesa do SUS, do controle social, da liberdade, dos direitos humanos e da construção de uma sociedade sem manicômios. Na sequência, apresentou breve resgate histórico da luta antimanicomial, destacando como marco inicial o ano de 1978, com a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, responsável por denunciar as violações de direitos praticadas nos hospitais psiquiátricos e questionar o modelo baseado na institucionalização e no isolamento das pessoas em sofrimento mental. Ressaltou que, ao longo dos anos, o movimento ampliou sua composição, incorporando usuários, familiares, trabalhadores, pesquisadores e movimentos sociais, consolidando a compreensão da saúde mental como questão relacionada aos direitos humanos, à cidadania e à justiça social.

Recordou o Congresso de Bauru, realizado em 1987, apontando-o como marco da transformação do movimento em defesa de uma sociedade sem manicômios, bem como o Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em Salvador, em 1993, quando foi instituído o dia 18 de maio como data nacional de mobilização. Salientou que a luta permanece atual, considerando que práticas manicomiais continuam presentes sob novas formas institucionais. Ao abordar as deliberações da 5ª CNSM, afirmou que permanecem plenamente atuais ao reafirmarem o cuidado em liberdade, a organização da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, a atenção territorial, a participação social e a centralidade dos direitos humanos como fundamentos da política nacional de saúde mental. Ressaltou, entretanto, que persistem desafios relacionados ao financiamento da RAPS, à insuficiência de recursos destinados aos serviços substitutivos e à necessidade de efetivação das diretrizes aprovadas pela Conferência. Na sequência, dedicou parte significativa de sua apresentação à análise do papel das comunidades terapêuticas no contexto da política de saúde mental. Argumentou que parte expressiva da produção acadêmica, dos relatórios de inspeção e das deliberações conferenciais aponta incompatibilidades entre o funcionamento dessas instituições e os princípios da Reforma Psiquiátrica, especialmente em razão do afastamento do território, da limitação da autonomia dos usuários e da adoção de práticas incompatíveis com o cuidado em liberdade. Manifestou preocupação com iniciativas legislativas e administrativas que, segundo avaliou, ampliam o financiamento e a institucionalização das comunidades terapêuticas, bem como com propostas de internação compulsória e involuntária, especialmente dirigidas à população em situação de rua. Defendeu que os recursos públicos sejam priorizados para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, com ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, das Unidades de Acolhimento, dos Consultórios na Rua e dos demais serviços territoriais substitutivos ao modelo manicomial. Também apresentou informações constantes de Relatórios Nacionais de Inspeção em Comunidades Terapêuticas, mencionando registros de restrições ao convívio familiar, limitações ao exercício de direitos e denúncias de violações de direitos humanos, defendendo que tais elementos reforçam a necessidade de permanente fiscalização dessas instituições e da observância dos princípios estabelecidos pela Lei nº 10.216/2001. Ainda no âmbito do debate, registrou preocupação com o direcionamento de recursos públicos para comunidades terapêuticas em detrimento da Rede de Atenção Psicossocial, citando estudos e informações sobre a destinação de recursos do Fundo Antidrogas do Distrito Federal e recentes discussões ocorridas no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD, nas quais entidades da sociedade civil manifestaram discordâncias quanto à condução do debate sobre essas instituições. Por fim, apresentou panorama das proposições legislativas em tramitação relacionadas às comunidades terapêuticas e à internação de pessoas usuárias de álcool e outras drogas (PL nº 1.822/2024, PL nº 6.490/2025 e PDL nº 14/2026). A esse respeito, defendeu que a implementação das políticas públicas de saúde mental permaneça alinhada às deliberações da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, à Lei nº 10.216/2001 e aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Concluiu reafirmando a defesa do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, do financiamento adequado dos serviços públicos territoriais e do cuidado em liberdade como eixo estruturante da Política Nacional de Saúde Mental, reiterando o compromisso da luta antimanicomial com a democracia, a justiça social, a diversidade e a garantia dos direitos humanos. Na sequência, o Diretor do DESMAD/SAES/MS, **Marcelo Quimate Dias**, agradeceu o convite para participar da reunião do Pleno e ressaltou a relevância do debate realizado no ano em que a Lei nº 10.216/2001 completa 25 anos de sua promulgação, marco da consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira no âmbito das políticas públicas. Destacou que o Departamento mantém alinhamento com as deliberações aprovadas pela 5ª CNSM/MS vem desenvolvendo ações voltadas à sua implementação. Informou que sua exposição buscaria apresentar o cenário atual da Política Nacional de Saúde Mental, dialogando com os desafios apontados anteriormente e demonstrando as iniciativas em curso no Ministério da Saúde. Ao contextualizar o momento vivido pela Política de Saúde Mental, observou que a percepção da sociedade brasileira sobre o tema sofreu profundas transformações nas últimas décadas, tornando-se uma das principais preocupações da população na área da saúde. Ressaltou que o sofrimento mental passou a refletir múltiplos determinantes sociais, econômicos e culturais, estando relacionado a fatores como desigualdades sociais, racismo, condições de trabalho, ausência de moradia, discriminações e outras formas de vulnerabilidade social. Acrescentou que novos fenômenos sociais passaram a produzir impactos significativos sobre a saúde mental da população, citando, entre outros exemplos, o crescimento dos transtornos relacionados às apostas eletrônicas, os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre crianças,

adolescentes e jovens e o aumento dos processos de medicalização do sofrimento decorrente de problemas sociais. Destacou que muitas situações relacionadas às condições de vida acabam sendo reduzidas a diagnósticos psiquiátricos, resultando na ampliação do uso de medicamentos psicotrópicos como resposta predominante do sistema de saúde, em detrimento de abordagens integrais voltadas aos determinantes sociais do sofrimento mental. Em seguida, abordou os desafios relacionados ao processo de desinstitucionalização, mencionando as iniciativas conduzidas em articulação com o Conselho Nacional de Justiça para a superação dos manicômios judiciais. Destacou que esse processo exige novas estratégias de cuidado, especialmente diante das especificidades das pessoas submetidas a longos períodos de institucionalização, reforçando a necessidade de fortalecimento das residências terapêuticas e da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Ressaltou que o cenário epidemiológico contemporâneo impõe novos desafios à Política de Saúde Mental, exigindo atualização dos modelos assistenciais sem afastamento dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Como exemplo, apresentou dados referentes ao aumento da procura por atendimento relacionado aos transtornos decorrentes do uso problemático de plataformas de apostas eletrônicas, observando que a organização tradicional dos serviços nem sempre responde adequadamente às necessidades desse público. Informou que essa realidade levou o Ministério da Saúde a desenvolver novas estratégias de acesso, incluindo portas digitais por meio do Meu SUS Digital, preservando, entretanto, a lógica do cuidado territorial como eixo estruturante da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse contexto, defendeu a necessidade de revisão e atualização da Política Nacional de Saúde Mental, considerando o acúmulo técnico e institucional construído ao longo dos últimos 25 anos. Destacou que esse processo deverá ocorrer de forma participativa, envolvendo gestores, trabalhadores, usuários e controle social, de modo a aperfeiçoar as normas existentes e adequar a organização dos serviços às novas demandas epidemiológicas e sociais, sempre em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Também ressaltou a importância de consolidar modelos assistenciais já existentes, citando como exemplo os serviços de atenção psicossocial destinados a crianças e adolescentes em funcionamento ininterrupto, cuja experiência deverá subsidiar futuras regulamentações. Enfatizou que a elaboração de novas normativas exige amplo processo de escuta dos diversos atores envolvidos na Política de Saúde Mental, assegurando que as experiências acumuladas nos territórios orientem a construção das futuras diretrizes nacionais. Ao tratar da agenda comemorativa do mês da Luta Antimanicomial, informou que o Ministério da Saúde promoverá extensa programação voltada ao fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, incluindo ações de qualificação profissional, habilitação de novos serviços, atualização dos modelos assistenciais e publicação de documentos técnicos relacionados ao cuidado em saúde mental. Destacou que serão ofertadas mais de 100 mil vagas em processos de qualificação destinados aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, além do desenvolvimento de iniciativas voltadas à economia solidária, saúde mental e trabalho, atenção às situações de crise e fortalecimento das práticas territoriais de cuidado. Ressaltou, ainda, que o Ministério da Saúde pretende ampliar a produção de protocolos, orientações técnicas e materiais de apoio destinados aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente para qualificar o manejo das situações de crise, fortalecendo a atuação das equipes e reduzindo práticas incompatíveis com os princípios da atenção psicossocial. Por fim, reafirmou que os desafios contemporâneos exigem permanente fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, da Rede de Atenção Psicossocial e dos princípios do SUS, destacando que o enfrentamento da mercantilização da saúde mental constitui tarefa central para a consolidação das políticas públicas. Defendeu que o avanço da política nacional de saúde mental deve permanecer fundamentado na promoção da equidade, na defesa do cuidado em liberdade, na participação social e na garantia dos direitos humanos, ressaltando a importância da atuação articulada entre o Ministério da Saúde e o Conselho na condução desse processo. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, iniciou sua exposição citando Franco Basaglia, referência direta e nascedouro do debate do cuidado em liberdade na Itália e modelo para a legislação brasileira: “O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção”. Seguindo, situou o debate no contexto de importantes marcos históricos para a saúde pública brasileira, destacando os 48 anos da Luta Antimanicomial, os 25 anos da Lei nº 10.216/2001, que instituiu a Reforma Psiquiátrica, e os 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltando que esses processos representam conquistas históricas da Reforma Sanitária Brasileira, da participação social e da consolidação do SUS. Ao abordar a trajetória da Reforma Psiquiátrica, destacou sua vinculação aos movimentos sociais e à construção democrática do SUS,

ressaltando que a Lei nº 10.216 consolidou a mudança do modelo assistencial em saúde mental ao priorizar o cuidado em liberdade, a proteção dos direitos humanos e a organização de uma rede territorial de atenção psicossocial em substituição ao modelo manicomial. Enfatizou, entretanto, que a existência desse marco legal não elimina os desafios atualmente enfrentados para sua plena implementação. Nesse contexto, afirmou que, embora tenham ocorrido avanços importantes na redução do encarceramento manicomial e na expansão dos serviços territoriais, persistem disputas em torno do financiamento da política de saúde mental, permanência de vazios assistenciais e da manutenção de modelos baseados na institucionalização. Destacou que o subfinanciamento da RAPS permanece como um dos principais obstáculos para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, portanto, é preciso defender a ampliação dos investimentos destinados aos serviços comunitários e territoriais do SUS. Ao tratar das comunidades terapêuticas, salientou que, embora o marco legal e a organização da RAPS estabeleçam o cuidado em liberdade como diretriz estruturante, há um descompasso entre a lei e o padrão de financiamento vigente. Disse que as comunidades terapêuticas reproduzem uma lógica manicomial, com muitas violações de direitos e violências contra pessoas. Frisou que essas instituições reproduzem práticas incompatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica, ressaltando que grande parte delas se organiza sob gestão privada, frequentemente vinculada a organizações religiosas, adotando modelos baseados no isolamento, na abstinência compulsória, na laborterapia e em outras práticas que, segundo relatórios de inspeção e deliberações da 5ª CNSM, configuram violações de direitos humanos. Destacou que tais instituições não integram a Rede de Atenção Psicossocial e reiterou a defesa do redirecionamento dos recursos públicos para o fortalecimento da rede pública de saúde mental. Também relacionou o modelo manicomial às diversas formas estruturais de exclusão e violência presentes na sociedade brasileira, destacando seus impactos sobre mulheres, população negra, pessoas com deficiência, população LGBTQIA+ e demais grupos em situação de vulnerabilidade. Defendeu que o enfrentamento dessas desigualdades constitui elemento indissociável da Política Nacional de Saúde Mental e da defesa do cuidado em liberdade. Na sequência, abordou o debate sobre os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, defendendo a continuidade dos processos de desinstitucionalização e a implementação das medidas previstas pelo Conselho Nacional de Justiça para superação desse modelo de atenção. Também chamou atenção para o crescimento dos processos de patologização e medicalização do sofrimento decorrente de problemas sociais, ressaltando que questões relacionadas ao desemprego, às desigualdades sociais e às condições de trabalho não podem ser reduzidas exclusivamente a diagnósticos psiquiátricos. Ao tratar da trajetória recente da Política Nacional de Saúde Mental, registrou que a realização da 5ª CNSM sofreu sucessivos adiamentos, em razão da ausência de apoio institucional e orçamentário no período anterior, destacando que as deliberações aprovadas pela Conferência reafirmaram o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, do cuidado em liberdade e da defesa dos direitos humanos como diretrizes centrais da política pública. Ressaltou, ainda, que os principais argumentos contrários ao financiamento das comunidades terapêuticas decorrem das reiteradas denúncias de violações de direitos humanos, da ausência de fundamentação técnico-científica compatível com a política pública de saúde mental e da utilização de recursos públicos para manutenção de instituições alheias ao modelo assistencial preconizado pelo SUS. Recordou compromisso anteriormente assumido pelo Ministério da Saúde de promover articulação interministerial para discussão do financiamento dessas instituições, observando que o debate ainda permanece pendente. Também destacou a recente vedação da internação de crianças e adolescentes em comunidades terapêuticas, bem como a importância da política de redução de danos como estratégia orientadora do cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, enfatizando que o tratamento deve estar articulado às políticas públicas de saúde, assistência social, moradia, trabalho e proteção social. Ao abordar as deliberações da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, ressaltou que o relatório final permanece como importante instrumento orientador das ações do controle social e da gestão pública, especialmente nos eixos relacionados ao cuidado em liberdade, aos direitos humanos, ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, ao financiamento da Política, à educação permanente e à defesa dos princípios do SUS. Defendeu que essas deliberações sejam retomadas e incorporadas aos debates preparatórios da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Na parte final de sua exposição, registrou preocupação com iniciativas legislativas e administrativas que, em sua avaliação, podem fragilizar a Política Nacional de Saúde Mental, mencionando propostas relacionadas ao fortalecimento das comunidades terapêuticas, alterações na política sobre álcool e outras drogas e iniciativas de monitoramento eletrônico de

usuários dos serviços de saúde mental, consideradas incompatíveis com os princípios do cuidado em liberdade e da proteção dos direitos fundamentais. Por fim, reiterou que as principais recomendações do CNS para a saúde mental reforçam o compromisso com a Reforma Psiquiátrica e a garantia dos direitos humanos. Nessa linha, frisou que o Conselho defende o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, com prioridade para os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e serviços comunitários, em conformidade com a Lei nº 10.216/2001 e o princípio do cuidado em liberdade. Também recomenda o fortalecimento da fiscalização das Comunidades Terapêuticas, a ampliação da atenção psicossocial em situações de emergência e crises sanitárias, a continuidade da assistência em saúde mental e a adoção de mecanismos de prevenção e combate à tortura e a outras violações de direitos em instituições de saúde mental. Essas diretrizes visam consolidar uma política de saúde mental baseada na inclusão social, na atenção comunitária e na proteção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Ao término das exposições, anunciou a presença da coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Soraia Amorim, e coordenadora do Fórum das Mulheres na Saúde da Bahia. Também informou que o Diretor do DESMAD/SAES/MS precisaria se retirar em razão de compromisso institucional previamente agendado, registrando que um integrante de sua equipe permaneceria acompanhando o debate e as manifestações do Plenário do Conselho, de forma a assegurar o encaminhamento posterior das contribuições apresentadas pelos conselheiros e conselheiras. Antes de se retirar da reunião em razão de compromisso institucional, o diretor do DESMAD/SAES/MS, **Marcelo Quimate Dias** pediu desculpas ao Plenário pela impossibilidade de permanecer até o encerramento do debate, informando que o coordenador de Atenção Psicossocial do Departamento de Saúde Mental, **Rodrigo Pressoto**, permaneceria representando o Ministério da Saúde para acompanhar as intervenções dos conselheiros e encaminhar posteriormente as contribuições apresentadas ao Departamento. Na oportunidade, complementou sua exposição destacando que uma das principais lacunas da Política Nacional de Saúde Mental refere-se à inexistência de modelo assistencial específico para municípios com população inferior a 15 mil habitantes. Observou que, embora existam experiências de referência regional em funcionamento, ainda não há regulamentação nacional que discipline sua organização, financiamento e funcionamento, situação que dificulta a ampliação do acesso à atenção psicossocial em grande parte do território brasileiro. Informou que o Ministério da Saúde vem elaborando proposta normativa destinada à instituição de modelo regionalizado de atenção para esses municípios, fortalecendo a capacidade assistencial da RAPS. Também ressaltou a necessidade de ampliar e fortalecer as Unidades de Acolhimento, concebidas como dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial voltados ao acolhimento transitório de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas em situação de elevada vulnerabilidade social. Avaliou que a limitada expansão desses serviços contribuiu para a ocupação desse espaço pelas comunidades terapêuticas, sobretudo nos municípios de pequeno porte, defendendo que o aperfeiçoamento da legislação e a ampliação da rede pública constituem estratégias essenciais para reduzir essa dependência e fortalecer o cuidado em liberdade, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da defesa dos direitos humanos. Informou, ainda, que o Ministério da Saúde vem promovendo a ampliação do financiamento da Política Nacional de Saúde Mental, destacando a habilitação das equipes responsáveis pelos processos de desinstitucionalização vinculados ao sistema de justiça, a expansão de leitos em hospitais gerais, a habilitação de novos CAPS e o desenvolvimento de ações nas áreas de educação permanente, economia solidária e atenção primária à saúde. Explicou que essas iniciativas representarão incremento aproximado de R\$ 150 milhões no custeio anual da política, elevando o financiamento federal para cerca de R\$ 3 bilhões por ano, reconhecendo, entretanto, que os recursos ainda permanecem insuficientes diante das necessidades da Rede de Atenção Psicossocial. Ao final, reafirmou a disposição do Departamento de Saúde Mental em manter o diálogo com o Conselho Nacional de Saúde e colocou-se à disposição para retornar ao Plenário do Conselho em outra oportunidade, a fim de dar continuidade ao debate. Após essa fala, a mesa abriu para considerações. Conselheira **Heliana Hemetério dos Santos** ressaltou a necessidade de qualificar a formação dos trabalhadores da saúde mental para o enfrentamento do racismo, da misoginia, da LGBTfobia e de outras formas de discriminação presentes na sociedade e, por consequência, nos serviços de saúde. Também destacou a importância de refletir sobre o papel das famílias e da utilização de discursos religiosos que reforçam preconceitos e práticas discriminatórias, especialmente em relação à população LGBTQIA+. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** contextualizou historicamente a luta antimanicomial como parte do processo de consolidação da Reforma

Sanitária Brasileira, destacando que o Estado brasileiro possui responsabilidade histórica pelas violações de direitos humanos praticadas no âmbito da saúde mental. Defendeu que as deliberações da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental orientem os debates da 18ª Conferência Nacional de Saúde e reafirmou que a saúde mental deve permanecer como política pública de saúde, e não ser transferida para outros campos de atuação governamental. Conselheira **Shirley Marshal Morales** lamentou a saída antecipada do diretor do DESMAD/MS, destacando a importância do diálogo institucional sobre um tema construído ao longo de décadas de mobilização social. Ressaltou o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde na promoção, prevenção e cuidado em saúde mental, defendendo maior integração entre a Rede de Atenção Psicossocial e a atenção básica. Também propôs que o CNS discuta mecanismos para fortalecer institucionalmente a saúde mental na estrutura organizacional da Atenção Primária e reiterou a defesa da substituição do financiamento destinado às comunidades terapêuticas pelo fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Na mesma direção, conselheira **Helenice Yeme Nakamura** defendeu o aprofundamento do debate com o Ministério da Saúde sobre as propostas de revisão da Política Nacional de Saúde Mental, solicitando maior transparência quanto às ações em desenvolvimento e aos dados relacionados à expansão da Rede de Atenção Psicossocial e ao financiamento das comunidades terapêuticas. Conselheira **Camila Francisco de Lima** manifestou preocupação com a utilização de comunidades terapêuticas como estratégia de institucionalização da população em situação de rua, especialmente em municípios de pequeno porte. Também alertou para a insuficiência de mecanismos de fiscalização e para os impactos dessas práticas sobre pessoas travestis e transexuais. Também chamou atenção para as dificuldades de implantação da Rede de Atenção Psicossocial em municípios menores. Conselheira **Márcia Cristina Bandini** relacionou a saúde mental às condições de trabalho, recordando que a temática foi apontada como principal preocupação durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Destacou, ainda, denúncias envolvendo exploração de trabalho análogo à escravidão em comunidades terapêuticas e defendeu atuação intersetorial para enfrentamento dessas violações. Conselheira **Pérola Nazaré de Souza** destacou a necessidade de ampliar o debate sobre a atenção às pessoas com deficiência no âmbito da Política de Saúde Mental, lembrando episódios históricos de institucionalização e exclusão desse segmento. Também questionou como o SUS vem estruturando o atendimento às pessoas com deficiência no contexto da Rede de Atenção Psicossocial e parabenizou a mesa pela incorporação da perspectiva da inclusão nos debates. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva** manifestou preocupação com iniciativas legislativas relacionadas à atuação de comunidades terapêuticas e à utilização de fundamentos religiosos na assistência em saúde mental, alertando para possíveis retrocessos na política pública. Também destacou os impactos das apostas eletrônicas sobre a saúde mental da população e defendeu a incorporação desse tema aos debates do Conselho. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** reforçou a centralidade da Atenção Primária à Saúde na prevenção e no cuidado em saúde mental, defendendo o fortalecimento das equipes multiprofissionais e da atuação territorial. Reafirmou que a Política de Saúde Mental deve permanecer no âmbito do SUS, posicionando-se contrariamente à destinação de recursos públicos, inclusive por meio de emendas parlamentares, para comunidades terapêuticas. Também defendeu a retomada da articulação interministerial proposta durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental para discussão sobre essas instituições. Conselheira **Maria do Carmo Ribeiro** destacou a necessidade de fortalecer ações voltadas à saúde mental das pessoas que cuidam de pessoas com transtorno do espectro autista - TEA, especialmente mães, familiares, cuidadores e professores. Ressaltou que a sobrecarga do cuidado, o isolamento social e a insuficiência de redes de apoio contribuem para o adoecimento mental desses grupos. Também chamou atenção para os desafios enfrentados pelos profissionais da educação no processo de inclusão escolar, defendendo maior qualificação, suporte institucional e condições adequadas de trabalho para garantir tanto o cuidado aos estudantes quanto a saúde mental dos educadores e demais cuidadores. Conselheiro **Anselmo Dantas** ressaltou sua experiência na implementação da política de desinstitucionalização em seu estado e defendeu que o CNS acompanhe de forma sistemática a situação da Rede de Atenção Psicossocial em todo o país. Também destacou os impactos das transformações sociais contemporâneas, da intensificação do uso das tecnologias digitais, das relações de trabalho, da intolerância e do individualismo sobre a saúde mental da população. Como encaminhamento, propôs que o CNS aprovasse resolução reafirmando a impossibilidade de utilização de recursos do SUS para financiamento de comunidades terapêuticas. Conselheira **Lúcia Helena Xavier** destacou que o princípio da

integralidade previsto na Lei nº 8.080/90 impõe o reconhecimento da indissociabilidade entre saúde física e saúde mental. Ressaltou que pessoas que convivem com doenças crônicas, como o diabetes, frequentemente enfrentam sofrimento psíquico relacionado ao autocuidado e às limitações impostas pela doença. Nesse contexto, defendeu o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como espaço privilegiado para o cuidado integral de usuários, familiares e cuidadores. Concluídas as falas, a mesa abriu para retorno da mesa. Conselheiro **José Vanilson Torres**, coordenador adjunto da CISM/CNS, agradeceu as contribuições apresentadas pelos conselheiros e conselheiras e reafirmou a importância da mobilização permanente em defesa da Política Nacional de Saúde Mental e dos direitos das populações em situação de maior vulnerabilidade. Manifestou preocupação com iniciativas que, segundo relatou, vêm associando a população em situação de rua à criminalidade e ao uso de drogas como estratégia de exploração política e eleitoral, contribuindo para o fortalecimento de estigmas, da aporofobia e da defesa de medidas de internação compulsória. Ressaltou que a efetivação do direito à saúde mental pressupõe a garantia de direitos sociais, como moradia, trabalho, renda e acesso às políticas públicas, reiterando que o enfrentamento do sofrimento psíquico deve ocorrer na perspectiva da cidadania, da democracia e da proteção dos direitos humanos. Também destacou que pessoas com deficiência e pessoas em situação de rua enfrentam múltiplas formas de exclusão e discriminação, defendendo o fortalecimento das políticas públicas destinadas a esses segmentos e o enfrentamento de todas as formas de preconceito e violência. No mais, lamentou a saída do diretor do DESMAD no início do debate, por considerar que sua ausência prejudicou as discussões sobre a pauta. Ao final, registrou a importância de ampliar o reconhecimento social da saúde mental como tema de interesse coletivo e reafirmou o compromisso do controle social com a defesa do cuidado em liberdade e da Reforma Psiquiátrica. Na sequência, o coordenador-geral adjunto da Coordenação-Geral da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS/DESMAD/MS, **Rodrigo Pressoto**, agradeceu as contribuições apresentadas durante o debate e lamentou a saída antecipada do Diretor do Departamento no debate. Reafirmou o compromisso institucional do Ministério da Saúde com os princípios da Reforma Psiquiátrica e reconheceu a necessidade de fortalecer o diálogo permanente com o controle social. Em resposta às intervenções do Plenário do Conselho, destacou que o Departamento de Saúde Mental vem incorporando, nos processos de formação e qualificação profissional, conteúdos relacionados aos determinantes sociais da saúde, às interseccionalidades, ao enfrentamento do racismo, da LGBTfobia, do capacitismo e das demais formas de discriminação. Contudo, reconheceu que persistem desafios relacionados às práticas discriminatórias observadas nos serviços de saúde. Informou que o Departamento mantém equipe de referência distribuída por todo o território nacional para acompanhamento dos serviços e recebimento de denúncias de violações de direitos, ressaltando que situações dessa natureza são apuradas sempre que chegam ao conhecimento da gestão. Também abordou a interface entre saúde mental e saúde da pessoa com deficiência, destacando a importância da efetivação da Lei Brasileira de Inclusão como instrumento de garantia de direitos, bem como a necessidade de qualificar continuamente as equipes para o enfrentamento das barreiras de acesso e das práticas capacitistas presentes na sociedade. Ao tratar da relação entre saúde mental e saúde do trabalhador, informou que o Departamento vem ampliando sua articulação com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, desenvolvendo ações conjuntas voltadas à produção de documentos técnicos, vigilância em saúde mental e fortalecimento das interfaces entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Destacou, ainda, que permanece em diálogo permanente com a Secretaria de Atenção Primária à Saúde para fortalecer a atuação integrada entre a Atenção Primária e os serviços especializados de saúde mental. Na sequência, conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, cumprimentou o coordenador adjunto da Coordenação-Geral da RAPS/DESMAD/SAES/MS, Rodrigo Pressoto, destacando sua trajetória histórica no movimento da luta antimanicomial e manifestando confiança em sua atuação à frente da Coordenação/DESMAD/MS. Também parabenizou o conselheiro José Vanilson pela exposição e pelo trabalho desenvolvido na coordenação da CISM/CNS, ressaltando a relevância de sua contribuição para o fortalecimento das políticas de saúde mental e para a representação dos usuários, especialmente da população em situação de rua. Em seguida, passou à apresentação dos encaminhamentos decorrentes do debate: 1) elaborar recomendação, sob coordenação da CISM/CNS, contemplando a inclusão da Atenção Primária à Saúde - APS na pauta estratégica da saúde mental e o fortalecimento do diálogo entre a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS e a Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS; 2) garantir acesso a dados

777 e informações referentes às ações de saúde mental desenvolvidas pelo DESMAD/MS; 3)
778 fortalecer o acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS nos municípios,
779 assegurando a inclusão das ações de saúde mental em todos os territórios, especialmente nos
780 municípios com população inferior a 15 mil habitantes, bem como rever a portaria vigente para
781 ampliar incentivos à criação e manutenção de serviços da RAPS; 4) ampliar o debate sobre as
782 Bases Estratégicas Territoriais de Saúde (BETS), considerando seus impactos e articulações
783 no âmbito da política de saúde mental; 5) elaborar recomendação para sustar o financiamento
784 público das comunidades terapêuticas, inclusive por meio de emendas parlamentares; 6)
785 retomar o grupo de trabalho proposto na 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, envolvendo
786 o Ministério da Saúde, o MDS e o Ministério da Justiça e Segurança Pública, para debater a
787 extinção do Departamento de Comunidades Terapêuticas e os aspectos relacionados à sua
788 estrutura e atuação; 7) retomar o debate sobre a articulação entre a Rede de Atenção
789 Psicossocial – RAPS e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador -
790 RENAST, em mesa de continuidade com participação da SAPS/MS, SVSA/MS e do
791 DESMAD/SAES/MS; 8) retomar o debate sobre as equipes multiprofissionais (eMulti) e os
792 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), considerando sua relevância para o
793 fortalecimento da atenção psicossocial no território. Durante a sistematização dos
794 encaminhamentos, conselheiro **Anselmo Dantas** propôs que, que ao invés de recomendação,
795 fosse elaborada resolução com vistas a sustar o financiamento público das comunidades
796 terapêuticas, inclusive por meio de emendas parlamentares (documento a ser construída pela
797 CISM/MS e pela COFIN/CNS), de modo a orientar também os conselhos estaduais e
798 municipais de saúde quanto à utilização de recursos públicos. Conselheira **Shirley Marshall**
799 **Morales** interveio para incluir nos encaminhamentos a sua proposta de dialogar com a
800 SAPS/MS a possibilidade de criar departamento específico para a coordenação e
801 fortalecimento das ações de saúde mental no âmbito da estrutura organizacional da Secretaria.
802 Antes de encerrar, o coordenador adjunto da Coordenação-Geral da
803 RAPS/DESMAD/SAES/MS, **Rodrigo Pressoto** informou que o Departamento estava
804 finalizando nova edição da publicação Saúde Mental em Dados, prevista para divulgação nas
805 semanas seguintes, bem como documentos técnicos relacionados à atenção às pessoas
806 afetadas por transtornos decorrentes das apostas eletrônicas. Disponibilizou, ainda, os canais
807 institucionais do Departamento para interlocução permanente com o Conselho, colocando a
808 equipe técnica à disposição para aprofundar os temas debatidos em futuras reuniões. Por fim,
809 conselheiro **José Vanilson Torres** ressaltou a importância de assegurar a participação de
810 usuários, familiares e representantes dos movimentos sociais nos processos de formação e
811 educação permanente em saúde mental. Defendeu que as experiências vividas pelas pessoas
812 diretamente afetadas compõem a construção das políticas públicas e das ações de
813 qualificação profissional, reafirmando o princípio de que a formulação das políticas deve
814 ocorrer com a participação ativa de seus sujeitos. Encerrado o debate, a Presidenta do CNS
815 suspendeu os trabalhos para o almoço, com retorno previsto para as 14 horas. Estiveram
816 presentes as seguintes conselheiras e conselheiros na manhã do primeiro dia de reunião:
817 *Titulares* - **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Anselmo Dantas**, Federação
818 Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação
819 Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem**
820 **Silvia Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**,
821 Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cristiane Pereira dos**
822 **Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos
823 Farmacêuticos (FENAFAR); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das
824 Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
825 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
826 Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das
827 Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de
828 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas
829 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**,
830 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **José Vanilson Torres da Silva**,
831 Movimento Nacional População de Rua (MNPR); **Marcia Cristina das Dores Bandini**,
832 Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**,
833 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação
834 Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**,
835 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício**
836 **Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC);

Priscila Torres da Silva, Biored Brasil; **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* – **Alciomar Antônio Marin**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila Francisco de Lima**, Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **César Carlos Wanderley Galiza**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Danieli da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Eduardo Maércio Frões**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical (FS); **Livia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde (MS); **Luana Ferreira Lima**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Lucia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Marina Andueza Pauledli**, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); **Michele Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Oldack Cezar Rocha Sucupira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Paulo Henrique Scrivano Garrido**, Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN); **Pérola Nazaré de Souza Ferreira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); e **Thâmara Gonçalves dos Reis**, Conselho Federal de Biologia (CFBIO). Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – 18ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - Informes. Panorama dos Encontros Estaduais de Saúde - Apresentação:** conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Coordenação-Geral da 18ª CNS. *Coordenação:* conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Coordenação-Geral Adjunta da 18ª CNS; e conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, Secretaria-Geral da 18ª CNS. Iniciando, o coordenador-geral adjunto da 18ª Conferência Nacional de Saúde iniciou o item destacando que a apresentação teria como objetivo atualizar o Plenário do Conselho sobre o andamento dos Encontros Estaduais de Saúde e das atividades preparatórias da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Na sequência, conselheira **Heliana Hemetério dos Santos**, secretária-geral da 18ª Conferência, apresentou o panorama das atividades preparatórias já realizadas. Informou que os Encontros Estaduais de Saúde já haviam mobilizado mais de 5.800 participantes em todo o país, registrando a realização de encontros em 13 unidades da Federação, a programação de outros sete estados e seis estados sem data definida para realização das respectivas etapas. Destacou a ampla participação de conselheiros nacionais, representantes dos três segmentos e integrantes da Mesa Diretora nas atividades estaduais, citando os nomes dos participantes, para conhecimento. Pontuou que, em razão da intensa agenda institucional do CNS, nem todos os encontros contaram com representantes da Mesa Diretora do Conselho. Apresentou, ainda, panorama do calendário dos encontros estaduais, informando que as atividades seriam concluídas até meados de junho, conforme planejamento da Comissão Organizadora da 18ª Conferência. Observou que, em diversos estados, os Encontros Estaduais de Saúde são precedidos pelos Encontros Estaduais de Mulheres, realizados em articulação com o Ministério da Saúde, o Ministério das Mulheres e os Conselhos de Saúde. Conselheiro **João Donizeti Scaboli** abordou questão relacionada à substituição de representantes indicados para participação no Encontro Estadual do Distrito Federal, em decorrência da desistência de dois participantes inicialmente escolhidos. Informou que não havia sido comunicado da alteração em tempo hábil, o que inviabilizou a emissão de passagens para sua participação na atividade. Em resposta, a Presidenta do CNS explicou que a situação decorria da dinâmica interna dos fóruns de segmentos responsáveis pelas indicações e dos prazos administrativos estabelecidos para emissão de passagens no âmbito do Sistema de Concessão de Diárias e

Passagens (SCDP), os quais devem ser rigorosamente observados. Nesse contexto, conselheira **Carmem Ferreira Santiago**, coordenadora do FORSUS, informou que não havia sido comunicada sobre a alteração das indicações e manifestou o entendimento de que seria necessário buscar uma solução para viabilizar a participação do conselheiro. A Presidenta do CNS reiterou que a Secretaria-Executiva do Conselho avaliaria alternativas, observados os limites legais e administrativos, e destacou a importância do aperfeiçoamento dos fluxos de comunicação entre os fóruns, as coordenações e o Conselho. Por fim, ressaltou a necessidade de que os conselheiros assumam apenas representações compatíveis com suas responsabilidades institucionais, a fim de evitar prejuízos às atividades do controle social. Prosseguindo com os informes, a Presidenta do CNS apresentou atualização sobre os principais atos normativos relacionados à organização da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Informou que a Resolução CNS nº 800/2026 alterou o calendário das etapas municipais, postergando seu início para o mês de março, em razão da necessidade de elaboração do documento orientador, da constituição das comissões e da definição do regimento da Conferência. Destacou, ainda, a publicação da Resolução CNS nº 801, de 2026, que instituiu a Comissão Organizadora e o Comitê Executivo da 18ª Conferência Nacional de Saúde; da Resolução CNS nº 804/2026, que atualizou o tema da Conferência para "SUS, soberania e cuidar das pessoas é cuidar do Brasil"; da Resolução que aprovou o Documento Orientador, contendo os quatro eixos temáticos da Conferência; e da Resolução CNS nº 810/2026, que dispõe sobre a composição das comissões temáticas. Informou, ainda, que o Conselho disponibilizou, em sua página eletrônica, documento contendo respostas às dúvidas mais frequentes acerca da organização da Conferência, elaborado com o objetivo de subsidiar conselheiros e conselheiras, gestão e demais participantes na condução das etapas preparatórias. Na sequência, apresentou avaliação da Comissão Organizadora sobre o andamento das Conferências Municipais de Saúde, registrando preocupação com o reduzido número de municípios que haviam realizado ou agendado suas etapas municipais até aquele momento. Ressaltou que, embora esse cenário represente desafio para o cumprimento do calendário nacional, a Comissão Organizadora decidiu pela manutenção das datas previamente estabelecidas, considerando, entre outros fatores, a necessidade de observância do calendário eleitoral, a realização da etapa nacional ainda no primeiro semestre de 2027 e a importância de que as deliberações da 18ª Conferência Nacional de Saúde possam subsidiar a discussão do Plano Plurianual e do orçamento federal. Explicou que a Comissão Organizadora também identificou manifestações de alguns Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS e de representações vinculadas ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS desestimulando a realização das conferências municipais, sob argumentos relacionados à ausência de recursos financeiros ou à realização de conferências em período recente. Diante desse cenário, comunicou que buscava diálogo institucional com a Presidência do CONASEMS e convocaria reunião do Comitê Executivo da 18ª Conferência Nacional de Saúde para tratar da matéria e construir soluções conjuntas. Informou, ainda, que a reunião do Comitê Executivo prevista para o dia anterior não foi realizada em razão da impossibilidade de participação dos representantes titulares do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, circunstância que inviabilizou a adoção de deliberações sobre o tema. Comunicou que, até a superação das questões relacionadas ao calendário das etapas municipais e estaduais, permaneceriam temporariamente suspensas as reuniões das comissões temáticas da 18ª Conferência Nacional de Saúde, cujas novas datas seriam oportunamente informadas. Disse que as informações atualizadas continuariam sendo disponibilizadas no sítio eletrônico da Conferência e nos meios oficiais de comunicação do Conselho, reafirmando o compromisso da Comissão Organizadora com a transparência, a ampla participação social e a realização da 18ª Conferência Nacional de Saúde dentro do calendário aprovado pelo Plenário. Encerrados os informes, a coordenação deu prosseguimento à pauta da reunião, passando ao item seguinte. **ITEM 5 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RELAÇÃO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – CIRTES – Informes. Apresentações dos pareceres de processos de autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da área da saúde. 20 anos de avaliação e ordenamento da formação em saúde no âmbito do SUS: trajetória, cenário atual, avanços, desafios e perspectivas do controle social - Apresentação:** conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenação da Comissão Intersetorial de Relação de Trabalho e Educação na Saúde - CIRTES/CNS; **Jérsey Timoteo**, Secretário Adjunto na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS; **Fabiano Ribeiro**, Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES/SGTES/MS; e **Rafael Furtado**, representante da

956 Secretária de Regulação e Supervisão da Educação Superior/MEC. *Coordenação:* conselheira
957 **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora; e conselheira **Francisca Valda da Silva**,
958 coordenação da CIRTES/CNS. Conselheira **Priscila Torres da Silva** deu início ao item da
959 pauta, convidando as pessoas convidadas. Em seguida, passou a palavra à coordenadora da
960 CIRTES/CNS, **Francisca Valda da Silva**, que contextualizou a relevância do tema, destacando
961 que a emissão de pareceres pelo CNS nos processos de autorização, reconhecimento e
962 renovação de reconhecimento de cursos de graduação da área da saúde constitui importante
963 instrumento de fortalecimento da formação de profissionais comprometidos com as
964 necessidades do SUS. Recordou que o Decreto publicado em 9 de maio de 2006 consolidou a
965 participação do Conselho Nacional de Saúde no processo de regulação da formação em
966 saúde, conferindo ao controle social papel estratégico na avaliação dos cursos da área e
967 reafirmando a educação como um dos pilares estruturantes do Sistema Único de Saúde.
968 Destacou que a celebração dos 20 anos desse marco representa oportunidade para avaliar os
969 avanços alcançados e refletir sobre os desafios futuros relacionados ao desenvolvimento da
970 força de trabalho em saúde. Na sequência, o Secretário-Adjunto da SGTES/MS, **Jérsey**
971 **Timoteo Ribeiro Santos**, agradeceu o convite e destacou que os vinte anos de vigência do
972 Decreto representam importante conquista para o fortalecimento da participação social na
973 ordenação da formação em saúde. Ressaltou que a manutenção das competências do
974 Conselho Nacional de Saúde ao longo desse período evidencia o reconhecimento da
975 relevância do controle social na definição das diretrizes da formação dos profissionais da
976 saúde. Ao projetar os desafios para as próximas décadas, defendeu que a política de formação
977 em saúde deve superar modelos baseados na expansão quantitativa desordenada da oferta de
978 cursos e orientar-se cada vez mais por critérios de qualidade, equidade e planejamento das
979 necessidades do SUS. Destacou que a formação dos profissionais deve estar centrada nas
980 necessidades das pessoas, no enfrentamento das desigualdades sociais e regionais e na
981 preparação para novos desafios, como a transformação digital, as mudanças climáticas e as
982 novas demandas epidemiológicas. Informou que, nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem
983 desenvolvendo agenda estruturante voltada ao aperfeiçoamento da formação em saúde, em
984 articulação com o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Educação – CNS e as
985 entidades representativas do ensino. Entre as principais iniciativas, destacou a revisão das
986 Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, mencionando a atualização das
987 diretrizes dos cursos de Medicina e Enfermagem e o processo de revisão das diretrizes de
988 outras graduações, com o objetivo de adequar o perfil dos egressos às necessidades do SUS e
989 fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade. Também ressaltou a prioridade
990 conferida à formação especializada por meio das residências médicas e multiprofissionais,
991 defendendo sua ampliação como estratégia para qualificar a assistência e fortalecer os
992 serviços de saúde. Informou que o Governo Federal retomou a expansão dos programas de
993 residência após período de redução da oferta, unificando o financiamento das bolsas no âmbito
994 do Ministério da Saúde e ampliando os investimentos destinados às bolsas para residentes,
995 preceptores e coordenadores de programas, bem como ao auxílio-moradia dos residentes
996 (montante na ordem de R\$ 3 bilhões). Na sequência, apresentou os avanços relacionados ao
997 planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde, destacando a elaboração
998 das demografias da Medicina, da Enfermagem e da Odontologia como instrumentos destinados
999 a subsidiar o planejamento da formação e da distribuição de profissionais no território nacional.
1000 Ressaltou que esses estudos permitem identificar insuficiências, excedentes e desigualdades
1001 na distribuição da força de trabalho, constituindo importante base para o planejamento de longo
1002 prazo e para a definição de prioridades de investimento. Informou, ainda, que o Ministério da
1003 Saúde está desenvolvendo proposta de dimensionamento da força de trabalho em saúde,
1004 inicialmente voltada à linha de cuidado em oncologia, com o objetivo de estimar as
1005 necessidades futuras de profissionais especializados e orientar a expansão da formação
1006 conforme evidências epidemiológicas e assistenciais. Destacou que essa estratégia permitirá
1007 alinhar a oferta de profissionais às necessidades reais do sistema de saúde, evitando tanto
1008 déficits quanto excessos de determinadas especialidades. Ao abordar a integração entre
1009 ensino, serviço e comunidade, ressaltou que o fortalecimento da inserção dos estudantes nos
1010 serviços do SUS desde os primeiros períodos da graduação constitui estratégia fundamental
1011 para aproximar a formação acadêmica das necessidades da população. Nesse contexto,
1012 destacou iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Vivências e
1013 Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o AfirmasUS e o Programa de
1014 Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), enfatizando que essas ações contribuem
1015 para despertar o compromisso dos futuros profissionais com o SUS e fortalecer sua identidade

com os princípios da saúde pública. Por fim, reafirmou que o fortalecimento do protagonismo do SUS na ordenação da formação em saúde permanece como condição indispensável para a qualificação da força de trabalho, defendendo que os próximos anos sejam marcados pela consolidação de políticas baseadas em evidências, pela integração entre educação e serviços de saúde e pelo aperfeiçoamento permanente da formação dos profissionais comprometidos com os princípios e as necessidades do SUS. Na sequência, o Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde - DEGES/SGTES/MS, **Fabiano Ribeiro dos Santos**, destacou que a celebração dos 20 anos do ordenamento da formação em saúde representa oportunidade para reconhecer o papel histórico desempenhado pelo CNS na regulação da formação dos profissionais da área, reafirmando a competência constitucional do SUS para ordenar a formação de recursos humanos em saúde. Ressaltou que a consolidação desse processo esteve diretamente relacionada à implementação de marcos normativos, entre eles a Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, estabelecendo critérios para a expansão dos cursos de Medicina, orientados pelas necessidades do SUS e pela distribuição regional da força de trabalho. Observou, contudo, que esse modelo sofreu descontinuidade nos anos seguintes, em razão de alterações na condução das políticas públicas e da flexibilização dos mecanismos de regulação da abertura de cursos, o que favoreceu a expansão da oferta de graduação, especialmente em instituições privadas localizadas nas regiões metropolitanas e em municípios já contemplados por cursos da área da saúde, em detrimento da interiorização da formação e do atendimento às necessidades assistenciais do país. Também destacou que esse processo repercutiu na formação especializada, com redução da abertura de novos programas e vagas de residência, situação que, segundo afirmou, passou a ser revertida a partir de 2023, mediante retomada dos investimentos destinados à expansão das residências médicas e multiprofissionais e ao fortalecimento da integração entre os Ministérios da Saúde e da Educação na regulação da formação em saúde. Ao abordar a formação em Enfermagem, chamou atenção para o crescimento da participação das instituições privadas e da oferta de cursos na modalidade de educação a distância, acompanhado da redução proporcional da participação das instituições públicas. Avaliou que esse movimento atende prioritariamente à lógica de mercado e reforçou a necessidade de que a expansão da formação permaneça orientada pelas necessidades do SUS, considerando o perfil dos profissionais requeridos e sua adequada distribuição no território nacional. Por fim, ressaltou a importância da atuação do CNS, especialmente da CIRTES, na defesa do ordenamento da formação em saúde e na construção das políticas públicas voltadas ao fortalecimento do SUS. Destacou que, mesmo nos períodos de maior fragilidade institucional da política de formação em saúde, o Conselho Nacional de Saúde manteve posição ativa na defesa da regulação da formação profissional, contribuindo para preservar os princípios do SUS e reafirmar o compromisso com a qualificação da força de trabalho em saúde. Neste ponto, o Secretário Adjunto na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS registrou que precisaria se ausentar por conta de agenda externa e o Diretor do DEGES/SGTES/MS permaneceria para o debate. Na sequência, o diretor de Política Regulatória da SERES/MEC, **Rafael Furtado**, agradeceu o convite para participar da reunião e ressaltou a importância da articulação entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde na formulação de políticas voltadas à qualificação da formação dos profissionais da área da saúde. Inicialmente, apresentou panorama das ações desenvolvidas pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior relacionadas à regulação dos cursos da área da saúde, destacando os desafios decorrentes do processo de judicialização envolvendo autorizações de cursos de Medicina após o período de moratória compreendido entre 2018 e 2022. Informou que, desde 2023, o Ministério da Educação vem adotando medidas destinadas à reorganização desses processos, buscando assegurar maior observância aos critérios técnicos definidos conjuntamente com o Ministério da Saúde para autorização e expansão da oferta de cursos. Ao abordar a política de educação superior na área da saúde, destacou a publicação do novo marco regulatório da educação a distância, ressaltando que os cursos da área da saúde passaram a contar com exigências mais rigorosas de presencialidade, de forma a assegurar melhores condições para o desenvolvimento das atividades práticas e da formação profissional. Avaliou que a revisão das regras representa importante avanço na qualificação da oferta dos cursos, especialmente diante da expansão observada nos anos anteriores. Na sequência, defendeu o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES, destacando que os instrumentos atualmente utilizados para avaliação dos cursos e das instituições de ensino superior demandam revisão, de modo a refletir com maior

1076 fidelidade a qualidade da formação ofertada. Observou que, em diversos casos, os resultados
1077 obtidos pelos cursos no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE
1078 apresentam discrepâncias em relação aos conceitos atribuídos nas avaliações presenciais
1079 realizadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP,
1080 circunstância que, segundo avaliou, evidencia a necessidade de aperfeiçoamento dos
1081 indicadores utilizados nos processos regulatórios. Informou que a Secretaria de Regulação e
1082 Supervisão da Educação Superior, em conjunto com o INEP, vem discutindo a construção de
1083 novos referenciais para avaliação dos cursos e das instituições de ensino superior, incluindo a
1084 elaboração de indicadores sintéticos que integrem diferentes dimensões da qualidade da
1085 formação, tais como desempenho discente, infraestrutura, projeto pedagógico, corpo docente e
1086 demais elementos relevantes para os processos de regulação e supervisão. Nesse contexto,
1087 propôs o aprofundamento da cooperação entre o Ministério da Educação e o Conselho
1088 Nacional de Saúde, ressaltando que a experiência acumulada pelo controle social na emissão
1089 de pareceres sobre autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos da
1090 área da saúde poderá contribuir para o aprimoramento dos instrumentos de avaliação
1091 utilizados pelo sistema regulatório. Defendeu a construção conjunta de indicadores que
1092 permitam incorporar aos processos de avaliação elementos relacionados às necessidades do
1093 SUS e à qualidade da formação dos profissionais de saúde. Por fim, reafirmou a disposição da
1094 Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior em manter diálogo permanente
1095 com o CNS para o aperfeiçoamento das políticas de avaliação, regulação e supervisão da
1096 educação superior, informando que o Ministério da Educação pretende apresentar, ainda no
1097 decorrer do ano, novas propostas destinadas ao fortalecimento dos processos regulatórios e à
1098 qualificação da formação em saúde no país. Seguindo, expôs a coordenadora da
1099 CIRTES/CNS, conselheira **Francisca Valda da Silva**, que iniciou agradecendo a participação
1100 dos representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e destacando que a
1101 celebração dos vinte anos do Decreto nº 5.773/2006 constitui oportunidade para refletir sobre a
1102 trajetória do ordenamento da formação em saúde e o papel desempenhado pelo CNS na
1103 qualificação dos cursos da área da saúde. Inicialmente, apresentou breve contextualização
1104 histórica da construção do SUS, ressaltando que o processo de redemocratização do país e o
1105 movimento da Reforma Sanitária Brasileira possibilitaram a consagração da saúde como direito
1106 de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988, bem como a criação do SUS.
1107 Destacou que o artigo 200 da Constituição atribuiu ao SUS a competência para ordenar a
1108 formação de recursos humanos em saúde, posteriormente regulamentada pela Lei nº 8.080, de
1109 1990, estabelecendo as bases para a formulação de uma política de Estado voltada à
1110 formação dos trabalhadores da saúde. Prosseguindo, destacou que a criação do Sistema
1111 Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES, em 2004, e a edição do Decreto nº
1112 5.773, de 2006, consolidaram a participação do CNS nos processos de autorização,
1113 reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos de graduação da área da saúde,
1114 fortalecendo o papel do controle social na regulação da formação profissional. Ressaltou que a
1115 construção desse modelo foi precedida por intenso diálogo entre o CNS, o MEC e o CNE,
1116 reafirmando o protagonismo do SUS na definição das políticas de formação em saúde.
1117 Também apresentou os principais marcos regulatórios construídos pelo Conselho Nacional de
1118 Saúde ao longo desse período, destacando as resoluções que estruturam o sistema de
1119 avaliação dos cursos da área da saúde, definem diretrizes para a formação dos profissionais e
1120 disciplinam a atuação da CIRTES na emissão de pareceres técnicos. Ressaltou que esse
1121 conjunto normativo vem sendo continuamente aperfeiçoado, acompanhando as transformações
1122 ocorridas no ensino superior e nas necessidades do SUS. Salientou que os fundamentos da
1123 ordenação definem que a formação em saúde deve ser orientada pelas necessidades de saúde
1124 da população e pelas demandas do SUS - equânime, integral – considerando a relevância
1125 social. Esses fundamentos pressupõem uma formação geral, crítica e humanizada, que
1126 transcenda o enfoque exclusivamente técnico, tendo a APS como ordenadora da
1127 regionalização e da integralidade da oferta de cuidados. Também contemplam a redução das
1128 desigualdades regionais, a melhor distribuição da força de trabalho em saúde no território
1129 nacional e a garantia da participação social na formulação e implementação das políticas de
1130 formação em saúde. Ao abordar o funcionamento do processo de avaliação, explicou que a
1131 CIRTES conta com Câmara Técnica composta por especialistas de diferentes áreas do
1132 conhecimento, responsáveis por subsidiar a análise dos processos encaminhados por meio do
1133 Sistema e-MEC. Informou que o CNS também desenvolveu plataforma eletrônica própria para
1134 instrução e acompanhamento dos pareceres, atualizada em parceria com a Organização Pan-
1135 Americana da Saúde - OPAS, além de guia de referência destinado à formação de relatores e

1136 à padronização dos procedimentos de análise. Ressaltou que os pareceres emitidos pelo CNS
1137 fundamentam-se em critérios relacionados às necessidades sociais e sanitárias da população,
1138 ao compromisso dos cursos com o SUS, à adequação dos projetos pedagógicos às
1139 necessidades dos territórios e à relevância social da formação ofertada. Destacou que o
1140 processo avaliativo contempla a emissão de pareceres classificados como satisfatórios,
1141 satisfatórios com recomendações ou insatisfatórios, os quais subsidiam as decisões
1142 regulatórias do Ministério da Educação e, em diversas oportunidades, também têm servido
1143 como elementos técnicos em processos judiciais relacionados à autorização e funcionamento
1144 de cursos da área da saúde. Ao avaliar os resultados alcançados ao longo das últimas duas
1145 décadas, destacou que a atuação do CNS contribuiu para consolidar metodologia de avaliação
1146 baseada na integração entre ensino, serviço e comunidade, na valorização da relevância social
1147 da formação e no fortalecimento da articulação entre o Ministério da Educação, o Ministério da
1148 Saúde e o controle social. Ressaltou, contudo, que persistem desafios relacionados à
1149 expansão desordenada da oferta de cursos da área da saúde, ao crescimento da
1150 judicialização, à concentração regional das vagas, à insuficiente articulação entre os projetos
1151 pedagógicos e as necessidades do SUS e à expansão da educação a distância em cursos da
1152 área da saúde. Também citou o Decreto nº. 12.456/2025 Também destacou o Decreto nº
1153 12.456/2025, que estabeleceu a obrigatoriedade da oferta exclusivamente presencial dos
1154 cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia, além de instituir a modalidade de
1155 ensino semipresencial para os demais cursos previstos na norma. Também destacou como
1156 avanço recente a implementação do Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica -
1157 ENAMED, avaliando que a experiência poderá subsidiar o aperfeiçoamento dos mecanismos
1158 de avaliação da formação em saúde e contribuir para futuras iniciativas voltadas às demais
1159 profissões da área. Ressaltou, entretanto, que o fortalecimento dos processos de
1160 monitoramento e supervisão da qualidade da formação constitui condição indispensável para
1161 evitar a adoção de mecanismos de certificação profissional decorrentes da insuficiência da
1162 formação ofertada pelas instituições de ensino. Ao tratar das perspectivas para os próximos
1163 anos, defendeu o fortalecimento da responsabilidade social das instituições formadoras, a
1164 redução dos processos de mercantilização da educação em saúde, a construção dos projetos
1165 pedagógicos em articulação com as necessidades dos territórios e da gestão local do SUS, a
1166 ampliação do monitoramento da qualidade da formação, a redução das desigualdades
1167 regionais na distribuição de cursos e profissionais, o fortalecimento da formação
1168 interprofissional e a ampliação da participação do SUS e do CNS nos processos de regulação,
1169 avaliação e supervisão da educação superior. Por fim, agradeceu as contribuições
1170 apresentadas pelos representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação,
1171 destacando a convergência entre as preocupações expostas durante a mesa e a disposição
1172 manifestada pelo Ministério da Educação para aprofundar, em conjunto com o Conselho
1173 Nacional de Saúde, a discussão sobre novos indicadores de qualidade e o aperfeiçoamento
1174 dos processos de avaliação dos cursos de graduação da área da saúde. Afirmou que esse
1175 diálogo representa importante oportunidade para fortalecer o ordenamento da formação em
1176 saúde e consolidar o protagonismo do SUS na qualificação da força de trabalho. Concluídas as
1177 explanações, a mesa abriu para o debate. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**,
1178 Presidenta do CNS, agradeceu a presença dos representantes do Ministério da Saúde e do
1179 Ministério da Educação, destacando a importância da continuidade da agenda desenvolvida
1180 pela SGTES e do fortalecimento das políticas voltadas à formação de todas as categorias
1181 profissionais da saúde. Ratificou a importância da participação do CNS na construção dos
1182 novos parâmetros de avaliação dos cursos e das instituições de ensino superior anunciados
1183 pelo Ministério da Educação, bem como dos debates sobre o aperfeiçoamento dos processos
1184 regulatórios. No mais, manifestou preocupação com a manutenção de cursos da área da saúde
1185 ofertados integralmente na modalidade de educação a distância, defendendo a ampliação do
1186 processo de transição para a modalidade presencial às demais profissões da saúde, a exemplo
1187 das medidas já adotadas para Medicina, Enfermagem, Odontologia e Psicologia. Conselheiro
1188 **Anselmo Dantas** ressaltou que a efetivação da competência constitucional do SUS para
1189 ordenar a formação dos profissionais de saúde depende da permanente articulação entre as
1190 áreas da saúde e da educação. Destacou a importância dos processos de avaliação para
1191 qualificação do ensino superior, observando que a expansão da oferta de cursos deve estar
1192 alinhada às necessidades epidemiológicas e assistenciais da população. Como exemplo,
1193 mencionou o crescimento expressivo dos cursos de Odontologia em contraste com as
1194 mudanças no perfil demográfico e epidemiológico do país. Defendeu, ainda, maior investimento
1195 na formação técnica de nível médio, considerando seu papel estratégico para o fortalecimento

1196 das equipes do SUS. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** destacou que a avaliação dos
1197 cursos da área da saúde deve considerar, além dos indicadores acadêmicos, o compromisso
1198 social das instituições formadoras com o SUS, as necessidades da população e a relevância
1199 social dos projetos pedagógicos. Ressaltou a necessidade de atualização das Diretrizes
1200 Curriculares Nacionais das diferentes profissões da saúde, observando que diversas categorias
1201 ainda permanecem submetidas a diretrizes elaboradas há mais de duas décadas. Também
1202 reafirmou a defesa da formação presencial e do fortalecimento da participação do CNS na
1203 definição das políticas de formação em saúde. Conselheira **Shirley Marshal Morales** destacou
1204 os avanços alcançados pelo Conselho Nacional de Saúde ao longo das duas últimas décadas
1205 na defesa da qualidade da formação em saúde. Ressaltou que a educação constitui elemento
1206 essencial para a transformação das práticas de cuidado e para o enfrentamento das
1207 desigualdades, das discriminações e das violências reproduzidas nos serviços de saúde.
1208 Manifestou preocupação com a expansão da educação a distância e com a prevalência de
1209 interesses mercadológicos na formação dos profissionais da saúde, defendendo maior
1210 integração entre os processos de formação, o mundo do trabalho e as necessidades dos
1211 territórios, bem como o fortalecimento das experiências de integração ensino-serviço-
1212 comunidade. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** ressaltou a complexidade dos
1213 processos de avaliação da educação superior, observando que os instrumentos avaliativos
1214 devem considerar não apenas indicadores quantitativos, mas também a capacidade das
1215 instituições de formar profissionais comprometidos com os princípios do SUS e com as
1216 necessidades da população. Destacou que a avaliação da qualidade da formação deve
1217 contemplar o compromisso ético, social e político dos futuros profissionais com a defesa do
1218 SUS. Em suma, enfatizou que os mecanismos de avaliação precisam ser continuamente
1219 aperfeiçoados para refletir de forma mais abrangente a qualidade do processo formativo.
1220 Concluídas as falas, a coordenação abriu para considerações finais da mesa. O Diretor de
1221 Política Regulatória da SERES/MEC, **Rafael Furtado**, agradeceu a oportunidade de participar
1222 da reunião e reafirmou a disposição do Ministério da Educação em fortalecer o diálogo
1223 institucional com o CNS. Destacou que a Secretaria pretende aprofundar, em conjunto com a
1224 CIRTES/CNS, a discussão sobre o aperfeiçoamento dos processos de avaliação dos cursos da
1225 área da saúde, considerando o histórico de atuação do CNS e sua experiência acumulada na
1226 emissão de pareceres técnicos. Ressaltou que a expansão da autonomia universitária
1227 modificou significativamente a dinâmica de abertura de cursos superiores, reduzindo a
1228 incidência dos processos de autorização submetidos à apreciação do Ministério da Educação e
1229 reforçando a importância do aperfeiçoamento dos mecanismos de reconhecimento e
1230 renovação de reconhecimento dos cursos. Defendeu a construção de instrumentos avaliativos
1231 mais robustos, capazes de aferir, de forma mais consistente, a qualidade da formação ofertada
1232 pelas instituições de ensino superior, colocando a equipe técnica da Secretaria à disposição
1233 para construção conjunta dessa agenda. Na sequência, o Diretor do DEGES/SGTES/MS,
1234 **Fabiano Ribeiro dos Santos**, reafirmou a importância da formação interprofissional como
1235 princípio estruturante da qualificação da força de trabalho em saúde, destacando que a
1236 melhoria da assistência à população depende da valorização de todas as categorias
1237 profissionais e da adoção de critérios equânimes para sua formação. Defendeu que as políticas
1238 de educação em saúde contemplem igualmente todas as profissões da área, ressaltando que o
1239 cuidado integral exige atuação articulada entre diferentes categorias profissionais. Também
1240 enfatizou a relevância da formação técnica de nível médio para o fortalecimento do SUS,
1241 destacando a implementação do Programa FormaTec como estratégia de ampliação da
1242 qualificação dos trabalhadores técnicos da saúde. Ressaltou que a formação em saúde é
1243 indissociável da prática assistencial, afirmando que a aprendizagem ocorre no cotidiano dos
1244 serviços e que a expansão da formação profissional depende, simultaneamente, da
1245 qualificação dos cenários de prática e da ampliação da capacidade assistencial do SUS. Ao
1246 abordar os mecanismos de avaliação da formação, manifestou posicionamento contrário à
1247 adoção de instrumentos que responsabilizem exclusivamente os estudantes pelo desempenho
1248 obtido em exames de proficiência, defendendo que os processos avaliativos também
1249 promovam a responsabilização das instituições formadoras quanto à qualidade da formação
1250 ofertada. Alertou que avaliações centradas apenas no desempenho individual dos egressos
1251 tendem a estimular soluções mercadológicas, sem enfrentar as causas estruturais das lacunas
1252 formativas. Reafirmou, ainda, o compromisso da SGTES com o fortalecimento da formação de
1253 todas as categorias profissionais e com a manutenção da articulação permanente entre o
1254 Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o CNS. Em seguida, a coordenadora da
1255 CIRTES/CNS agradeceu as contribuições apresentadas durante o debate e destacou que os

desafios identificados reforçam a necessidade de aperfeiçoamento contínuo dos processos de avaliação da formação em saúde. Ressaltou que o CNS acumulou, ao longo dos últimos vinte anos, importante experiência na análise dos cursos da área da saúde, colocando esse acervo técnico à disposição do Ministério da Educação para subsidiar a revisão dos instrumentos de avaliação atualmente em desenvolvimento. Também defendeu a homologação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Enfermagem e a conclusão dos processos de aprovação das diretrizes curriculares de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, ressaltando que a atualização desses referenciais constitui medida essencial para adequar a formação profissional às necessidades contemporâneas do SUS. Reafirmou o entendimento de que a formação em saúde deve ocorrer prioritariamente na modalidade presencial, observando a necessidade de acompanhamento da regulamentação do novo marco normativo da educação a distância para assegurar sua adequada aplicação aos cursos da área da saúde. Por fim, informou que a CIRTES dará continuidade aos trabalhos relacionados aos processos de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento dos cursos da área da saúde, em articulação com os Ministérios da Saúde e da Educação. Por fim, comunicou que a Comissão está organizando publicação comemorativa dos vinte anos de atuação do CNS no ordenamento da formação em saúde, reunindo contribuições de especialistas e representantes das instituições envolvidas nesse processo. Na sequência, a coordenação sistematizou os encaminhamentos decorrentes do debate: **1)** propor agenda ou GT específico sobre cursos da área da saúde ofertados integralmente na modalidade EaD, ampliando a análise para outras categorias profissionais além da Enfermagem; **2)** solicitar a participação da CIRTES/CNS na construção de novos critérios de avaliação de cursos e instituições da área da saúde; **3)** incluir a formação técnica de nível médio como pauta estratégica da CIRTES/CNS; e **4)** fortalecer o diálogo entre saúde e educação com a participação do CNS, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, a fim de que a avaliação de cursos considere as reais necessidades do SUS.

Não houve destaques aos encaminhamentos. Com isso, a mesa agradeceu a presença dos convidados e encerrou este ponto de pauta. A seguir, a mesa foi composta para o último ponto do primeiro dia de reunião. **ITEM 6 – APRESENTAÇÃO DA MINUTA DA POLÍTICA NACIONAL DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE** - Apresentação: **Luisa Rayane Silva Bezerra Frazão**, Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar - Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** iniciou o item destinado registrando a presença da coordenadora-geral de Atenção Hospitalar do DAHU/SAES/MS, **Luísa Rayane Silva Bezerra Frazão**, e, em seguida, apresentou seu currículo acadêmico e profissional. Na sequência, a Presidenta do CNS explicou ao Plenário que a apresentação da minuta da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente ocorria em caráter excepcional, em razão de a proposta já ter sido pactuada na Comissão Intergestores Tripartite - CIT antes de sua apreciação pelo CNS. Informou que, durante a organização da pauta, houve equívoco de comunicação quanto ao estágio de tramitação da proposta, levando ao entendimento de que a política ainda seria submetida à pactuação na CIT. Disse que, ao tomar conhecimento de que a pactuação havia ocorrido anteriormente, manifestou ao Ministério da Saúde preocupação com o descumprimento do fluxo institucional tradicionalmente adotado pelo Conselho, segundo o qual as propostas de políticas nacionais devem ser previamente apresentadas ao Plenário e, sempre que pertinente, debatidas pelas respectivas comissões intersetoriais de mérito antes de sua apreciação na CIT. Ressaltou que a observância desse procedimento representa importante instrumento de fortalecimento do controle social, permitindo que o CNS contribua para o aperfeiçoamento das políticas públicas antes de sua pactuação interfederativa. Elucidou, contudo, que, considerando a relevância da matéria e o entendimento construído em diálogo com o Ministério da Saúde, a Mesa Diretora do CNS deliberou pela manutenção da apresentação ao Plenário, sem prejuízo do registro formal da excepcionalidade da situação. Informou, ainda, que o Conselho solicitará reunião com a Secretaria de Gestão Participativa e Estratégica do Ministério da Saúde, com o objetivo de aperfeiçoar os fluxos de tramitação das propostas de políticas públicas entre o Ministério da Saúde, a Comissão Intergestores Tripartite e o controle social, de modo a evitar a repetição de situações semelhantes e assegurar o pleno exercício das competências do CNS. Enfatizou que as considerações apresentadas não representavam qualquer questionamento quanto ao mérito da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente, cuja importância foi reconhecida pela Mesa Diretora, mas tinham por finalidade reafirmar o compromisso institucional com o respeito às instâncias de participação social e aos procedimentos de apreciação das matérias

1316 pelo CNS. Também salientou que, em razão das circunstâncias excepcionais em que a pauta
1317 foi incluída, a mesa foi composta apenas por representantes da Mesa Diretora do CNS e da
1318 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde/MS, não contando, excepcionalmente, com
1319 representação das comissões intersetoriais nem do segmento de usuários. Feitas essas
1320 considerações iniciais, passou a palavra à coordenadora-geral de Atenção Hospitalar do
1321 DAHU/SAES/MS para apresentação da minuta da Política Nacional de Qualidade e Segurança
1322 do Paciente. A coordenadora-geral **Luísa Rayane Silva Bezerra Frazão** iniciou agradecendo a
1323 oportunidade de apresentar a minuta da Política Nacional de Qualidade e Segurança do
1324 Paciente e registrou que o Ministério da Saúde reconhece a importância da apreciação da
1325 matéria pelo Conselho Nacional de Saúde. Inicialmente, elucidou que a proposta foi construída
1326 de forma colaborativa, envolvendo todas as secretarias do Ministério da Saúde, a Agência
1327 Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, o CONASS, o CONASEMS, além de outras
1328 instituições e especialistas convidados. Informou, ainda, que a proposta foi previamente
1329 apresentada ao Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente,
1330 instância da qual o CNS participa. Ao contextualizar a elaboração da Política, destacou que,
1331 desde a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente, em 2013, importantes
1332 avanços foram alcançados, especialmente no âmbito hospitalar. Contudo, observou que
1333 persistia a necessidade de ampliar a abordagem da segurança do paciente para toda a Rede
1334 de Atenção à Saúde, superando a concentração das ações nos serviços hospitalares e
1335 incorporando a temática aos diferentes níveis de atenção e aos diversos pontos da rede
1336 assistencial. Informou que a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente tem
1337 como finalidade promover o cuidado seguro, equitativo, centrado na pessoa e orientado pela
1338 melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde, contemplando os serviços públicos,
1339 privados, filantrópicos, civis e militares integrantes do SUS, bem como as instituições de ensino
1340 e pesquisa vinculadas ao SUS. Ressaltou que a proposta adota abordagem sistêmica,
1341 territorializada e integrada, abrangendo desde a Atenção Primária à Saúde até os serviços de
1342 maior complexidade. Ao apresentar os objetivos da política, destacou que a proposta busca
1343 reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos evitáveis, qualificar a jornada do
1344 paciente ao longo da Rede de Atenção à Saúde, ampliar a participação de usuários, familiares
1345 e cuidadores nos processos de cuidado, fortalecer a produção e utilização de informações para
1346 subsidiar a tomada de decisão e promover comunicação efetiva entre profissionais, pacientes e
1347 serviços de saúde. Acrescentou que esses objetivos são orientados por princípios voltados à
1348 promoção da cultura da qualidade, da segurança do paciente e da melhoria contínua da
1349 assistência. Prosseguindo, explicou que a Política está estruturada em seis dimensões
1350 estratégicas, contemplando práticas assistenciais, governança clínica, monitoramento e
1351 utilização de dados, gestão da qualidade, educação permanente, formação profissional,
1352 pesquisa e desenvolvimento de competências. Ressaltou que a incorporação da temática aos
1353 processos de formação dos trabalhadores da saúde constitui elemento essencial para
1354 consolidação da cultura de segurança em todo o SUS. No que se refere à implementação,
1355 informou que a Política deverá ser desenvolvida em toda a Rede de Atenção à Saúde,
1356 abrangendo, entre outros componentes, a Atenção Primária à Saúde, a Rede de Urgência e
1357 Emergência, a Atenção Domiciliar, os serviços hospitalares e as diferentes linhas de cuidado.
1358 Explicou que, embora a Política indique áreas consideradas prioritárias, sua operacionalização
1359 respeitará as especificidades epidemiológicas, assistenciais e organizacionais de cada
1360 território, permitindo que estados e municípios estabeleçam prioridades conforme suas
1361 necessidades. Ao tratar das responsabilidades institucionais, explicou que a proposta define
1362 competências específicas para o Ministério da Saúde, a ANVISA, os estados, os municípios e
1363 os serviços de saúde, estabelecendo responsabilidades compartilhadas para a implementação
1364 das ações de qualidade e segurança do paciente. Destacou que a ANVISA continuará
1365 exercendo suas atribuições regulatórias no âmbito de suas competências legais, enquanto o
1366 Ministério da Saúde coordenará a implementação da política em articulação com os demais
1367 entes federativos. Informou, ainda, que a política propõe a criação de Instâncias de Gestão
1368 Estratégica da Qualidade e Segurança do Paciente nas esferas estadual e municipal, em
1369 caráter complementar aos Núcleos de Segurança do Paciente já existentes nos serviços de
1370 saúde. Segundo explicou, essas instâncias terão como finalidade fortalecer a governança da
1371 política, subsidiar os gestores na tomada de decisão e promover maior integração entre os
1372 diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. No que se refere ao monitoramento, elucidou
1373 que a implementação ocorrerá por meio de plano operativo nacional, posteriormente
1374 desdobrado em planos estaduais e municipais, contendo objetivos, metas e indicadores que
1375 orientarão o acompanhamento da Política. Ressaltou que o modelo proposto preserva a

1376 autonomia dos entes federativos para definição de prioridades locais, respeitando as
1377 especificidades regionais e territoriais, ao mesmo tempo em que estabelece parâmetros
1378 nacionais mínimos para avaliação dos resultados alcançados. Ao abordar o financiamento,
1379 informou que a Política não estabelece, neste momento, modelo específico de custeio,
1380 prevendo a constituição de grupo de trabalho para elaboração de proposta de financiamento
1381 integrada entre as diferentes áreas do Ministério da Saúde, de modo a contemplar toda a Rede
1382 de Atenção à Saúde e assegurar condições para sua implementação. Por fim, destacou que a
1383 Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente busca consolidar a qualidade e a
1384 segurança como diretrizes estruturantes do SUS, fortalecendo a governança das redes de
1385 atenção, qualificando os processos de monitoramento, ampliando o protagonismo dos usuários
1386 no cuidado e promovendo cultura institucional voltada à prevenção de danos evitáveis, à
1387 melhoria contínua da assistência e ao fortalecimento da tomada de decisão baseada em
1388 evidências. Agradeceu ao Conselho pela oportunidade de apresentar a proposta, pactuada na
1389 CIT e colocou o Ministério da Saúde à disposição para detalhamentos. Concluídas as falas, a
1390 mesa abriu para manifestações. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes**, após elogiar a
1391 Presidenta do CNS pela fala introdutória, parabenizou o Ministério da Saúde pela elaboração
1392 da proposta e destacou que a segurança do paciente constitui tema historicamente pouco
1393 valorizado no âmbito do SUS, apesar da frequência com que eventos adversos e falhas
1394 assistenciais afetam o cotidiano dos serviços de saúde. Ressaltou que a Política representa
1395 importante avanço ao conferir maior visibilidade ao tema e reconhecer a necessidade de
1396 enfrentamento sistemático dos riscos e danos evitáveis associados à atenção à saúde,
1397 registrando o trabalho desenvolvido pelas equipes técnicas envolvidas em sua construção.
1398 Conselheira **Shirley Marshall Morales** reafirmou a importância da Política como instrumento
1399 permanente de Estado, ressaltando que a segurança do paciente também representa proteção
1400 aos trabalhadores da saúde e está diretamente relacionada às condições de trabalho, à
1401 qualificação profissional e à educação permanente em serviço. Manifestou preocupação com o
1402 fato de a proposta não ter sido previamente debatida pelo CNS e por suas comissões
1403 intersetoriais, destacando que a participação social qualifica a formulação das políticas públicas
1404 e contribui para seu aperfeiçoamento. Defendeu, ainda, que o documento seja amplamente
1405 discutido pelo controle social antes da implementação das ações previstas. Conselheiro
1406 **Getúlio Vargas de Moura** ressaltou que o CNS tem buscado fortalecer o diálogo permanente
1407 com o Ministério da Saúde na construção das políticas públicas e observou que a apreciação
1408 prévia das propostas pelas comissões intersetoriais e pelo Plenário possibilita incorporar
1409 contribuições técnicas e sociais capazes de aprimorar seu conteúdo. Ao mesmo tempo,
1410 reconheceu a importância da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente como
1411 política de Estado e sugeriu que sua divulgação seja articulada às atividades preparatórias da
1412 18ª Conferência Nacional de Saúde, ampliando seu conhecimento nos territórios e fortalecendo
1413 a participação social na implementação da estratégia. Conselheira **Marina Andueza Paulelli**
1414 destacou que a segurança do paciente deve contemplar de forma explícita o enfrentamento da
1415 resistência aos antimicrobianos, considerando o crescimento desse problema como importante
1416 ameaça à saúde pública. Defendeu que a Política incorpore estratégias voltadas à prevenção,
1417 monitoramento e resposta a esse fenômeno, bem como ao aprimoramento da produção e
1418 utilização de informações para subsidiar a gestão dos riscos relacionados ao uso de
1419 antimicrobianos. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** ressaltou que a segurança do
1420 paciente deve abranger também o enfrentamento da violência institucional praticada nos
1421 serviços de saúde, incluindo situações decorrentes das condições de atendimento e das
1422 relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Defendeu maior reconhecimento do
1423 papel exercido pelos conselhos de saúde como espaços de acolhimento de denúncias,
1424 fiscalização e defesa dos direitos dos usuários, propondo que o controle social, na sua função
1425 de fiscalizador, seja explicitamente incorporado ao organograma previsto na Política.
1426 Conselheiro **Anselmo Dantas** destacou que a Política Nacional de Qualidade e Segurança do
1427 Paciente representa importante oportunidade para fortalecer a integralidade da atenção à
1428 saúde, ressaltando a necessidade de contemplar todas as redes de atenção, inclusive a Rede
1429 de Atenção à Saúde Bucal, e de ampliar o debate sobre segurança do paciente em
1430 procedimentos odontológicos e demais práticas assistenciais. Defendeu que, mesmo após a
1431 pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, a matéria permaneça em discussão no
1432 Conselho, permitindo o aperfeiçoamento permanente da Política. Conselheiro **José Vanilson**
1433 **Torres** chamou atenção para a necessidade de que a Política considere as especificidades das
1434 populações em situação de maior vulnerabilidade social, especialmente da população em
1435 situação de rua, ressaltando as dificuldades enfrentadas por esse segmento no acesso aos

1436 serviços de saúde, decorrentes, entre outros fatores, da ausência de documentação civil, de
1437 cadastro no SUS e de redes de apoio. Reafirmou que a construção das políticas públicas deve
1438 observar os princípios da participação social, defendendo que os sujeitos diretamente afetados
1439 pelas ações governamentais participem de sua elaboração, implementação e monitoramento.
1440 Concluídas as falas, a mesa franqueou a palavra à Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar
1441 do DAHU/SAES/MS, **Luísa Rayane Silva Bezerra Frazão**, que agradeceu as contribuições
1442 apresentadas pelos conselheiros e conselheiras e reiterou o reconhecimento da importância do
1443 diálogo com o CNS para o aperfeiçoamento da Política Nacional de Qualidade e Segurança do
1444 Paciente. Elucidou que a proposta havia sido previamente encaminhada à Mesa Diretora do
1445 CNS durante sua tramitação institucional e comprometeu-se a disponibilizar novamente o texto
1446 integral da minuta a todos integrantes do Plenário, a fim de ampliar as possibilidades de análise
1447 e contribuição. Ressaltou que a Política foi construída de forma intersetorial, com a participação
1448 das secretarias do Ministério da Saúde, da ANVISA, do CONASS, do CONASEMS e do Comitê
1449 de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, reafirmando que sua
1450 implementação permanecerá aberta ao diálogo e ao aperfeiçoamento contínuo. De todo modo,
1451 desculpou-se novamente por não ter trazido a Política previamente para debate e contribuições
1452 do CNS. Em resposta às manifestações do Plenário, explicou que a Política adota abordagem
1453 transversal, contemplando todas as redes de atenção e linhas de cuidado do SUS, incluindo
1454 ações voltadas às populações em situação de vulnerabilidade, povos indígenas, povos e
1455 comunidades tradicionais, comunidades quilombolas, populações do campo, das águas e das
1456 florestas, bem como outros grupos definidos pelos estados e municípios conforme suas
1457 especificidades territoriais e assistenciais. Ressaltou que a proposta estabelece diretrizes
1458 gerais, cabendo aos planos operativos nacionais, estaduais e municipais detalhar estratégias,
1459 metas e prioridades de implementação. Também informou que o Ministério da Saúde considera
1460 oportuno utilizar o processo preparatório da 18ª Conferência Nacional de Saúde como espaço
1461 de divulgação e debate da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente,
1462 favorecendo sua disseminação nos territórios e estimulando a participação dos diferentes
1463 atores envolvidos na implementação da política. Disse que Política prevê ações de fiscalização,
1464 envolvendo conselhos de saúde. Ao abordar as contribuições relacionadas à resistência aos
1465 antimicrobianos e às infecções relacionadas à assistência à saúde, destacou que essas
1466 temáticas integram o escopo da Política e serão objeto de atualização dos documentos
1467 técnicos atualmente em vigor, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
1468 Informou que o Ministério da Saúde também está revisando as metas nacionais de segurança
1469 do paciente e elaborando documentos orientadores destinados a subsidiar a implementação da
1470 Política em todo o território nacional, reafirmando que sua efetivação ocorrerá de forma
1471 gradual, por meio de instrumentos pactuados com estados e municípios e permanentemente
1472 avaliados quanto aos resultados alcançados. Por fim, agradeceu novamente o espaço e
1473 colocou-se à disposição para aprofundar o debate. Na sequência, a Presidenta do CNS
1474 agradeceu as elucidações feitas pela Coordenadora-Geral de Atenção Hospitalar do
1475 DAHU/SAES/MS e reiterou que as manifestações do Plenário do CNS reconheceram a
1476 importância da Política, mas reiteraram a necessidade do respeito aos fluxos institucionais de
1477 participação e controle social. Destacou que a transformação do Programa Nacional de
1478 Segurança do Paciente em política nacional representa avanço relevante para o SUS e
1479 ressaltou a importância de que as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde sejam
1480 apresentadas de forma explícita e padronizada, distinguindo adequadamente programas,
1481 políticas e demais instrumentos normativos. Ao sistematizar os encaminhamentos, registrou a
1482 necessidade de aprofundar o diálogo entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de
1483 Saúde acerca da estrutura de governança da política, especialmente quanto à incorporação do
1484 controle social como componente permanente dos processos de monitoramento, avaliação e
1485 fiscalização da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente. Observou que essa
1486 discussão extrapola a representação gráfica do organograma apresentado, envolvendo o
1487 reconhecimento do papel institucional dos conselhos de saúde na escuta das demandas da
1488 população, no acompanhamento da implementação da política e na defesa dos direitos dos
1489 usuários do SUS. Além disso, compilou os seguintes encaminhamentos: **1)** inserir no sistema
1490 o documento o texto da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente, aprovado na
1491 Comissão Intergestores Tripartite - CIT, para leitura, análise e avaliação pelas pessoas
1492 conselheiras; **2)** acompanhar os trabalhos do Comitê de Segurança do Paciente, de modo a
1493 assegurar que as alterações e contribuições propostas sejam devidamente analisadas e
1494 incorporadas à minuta da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente (conselheira
1495 Heliana Hemetério foi indicada para compor o Comitê representando o CNS); e **3)** submeter a

1496 minuta da Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente à apreciação no dia
 1497 seguinte. Encerrando, reafirmou que o CNS continuará acompanhando a implementação da
 1498 Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente e fortalecerá sua interlocução com o
 1499 Ministério da Saúde, de modo a assegurar a participação social nas etapas de regulamentação,
 1500 implementação e monitoramento da política. Agradeceu a presença da representante da
 1501 Secretaria de Atenção Especializada à Saúde e registrou reconhecimento ao trabalho
 1502 desenvolvido pela equipe técnica responsável pela elaboração da proposta. Ao final dos
 1503 trabalhos do dia, a Presidenta do CNS agradeceu a presença dos conselheiros e das
 1504 conselheiras e registrou homenagem ao conselheiro **José Vanilson Torres** pela passagem de
 1505 seu aniversário. Em agradecimento, o conselheiro destacou sua trajetória no Conselho
 1506 Nacional de Saúde, ressaltando o papel do colegiado como espaço permanente de
 1507 participação social, formação cidadã, defesa da democracia e fortalecimento do SUS. Após,
 1508 deu-se por encerrado o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes na tarde do primeiro dia
 1509 de reunião as conselheiras e os conselheiros: *Titulares* - **Agnelo Temrité Wadzatsé**,
 1510 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Alex Gomes da**
 1511 **Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos
 1512 Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos
 1513 Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia**
 1514 **Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**,
 1515 Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Débora Raymundo Melecchi**,
 1516 Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de
 1517 Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Fernanda Lou Sans**
 1518 **Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**,
 1519 Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**,
 1520 Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**,
 1521 Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede
 1522 Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do**
 1523 **Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **José Vanilson**
 1524 **Torres da Silva**, Movimento Nacional População de Rua (MNPR); **Marcia Cristina das Dores**
 1525 **Bandini**, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho**
 1526 **Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Almeida Antunes**,
 1527 Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos**
 1528 **Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT
 1529 (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens,
 1530 Serviços e Turismo (CNC); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Ruth Cavalcanti**
 1531 **Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Veridiana Ribeiro da Silva**,
 1532 Conselho Federal de Farmácia – CFF; e **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional
 1533 dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Alciomar Antônio Marin**, Federação Brasileira de
 1534 Hospitais (FBH); **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA);
 1535 **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças
 1536 Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**,
 1537 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila**
 1538 **Francisco de Lima**, Articulação Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIDS); **Carlos Alberto**
 1539 **Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **César Carlos Wanderley Galiza**,
 1540 Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Danieli da Silva dos Santos Moretti**, Central dos
 1541 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Eduardo Maércio Fróes**, Associação
 1542 Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE); **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho
 1543 Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**,
 1544 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino
 1545 Superior Públicas do Brasil; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
 1546 Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical (FS); **Luana Ferreira**
 1547 **Lima**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Lucia Helena Modesto Xavier**,
 1548 Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de
 1549 Odontologia (CFO); **Marina Andueza Pauledli**, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
 1550 (IDEC); **Michele Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Oldack Cezar**
 1551 **Rocha Sucupira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Pérola Nazaré de Souza Ferreira**,
 1552 Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Rede
 1553 Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); e **Shirley**
 1554 **Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE). Iniciando o segundo dia
 1555 de reunião, a mesa foi composta para o item 7. **ITEM 7 – DIA DO TRABALHADOR E DA**

1556 **TRABALHADORA: AGROTÓXICOS – IMPACTOS DECORRENTES DA EXPOSIÇÃO AOS**
1557 **AGROTÓXICOS SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO TRABALHADORA** - *Apresentação:*
1558 **Lucineia Miranda de Freitas**, consultora técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde e
1559 Ambiente - SVSA/MS; **Paulo José Adissi**, Líder do Grupo de Ergonomia Agrícola e Gestão
1560 Ambiental - GEA da Universidade Federal da Paraíba - UFPB; **Wanderlei Pignati**, Pesquisador
1561 e Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de
1562 Mato Grosso - UFMT; e conselheira **Eurídice de Almeida**, coordenadora adjunta da Comissão
1563 Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – CISTT/CNS. *Coordenação:*
1564 conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Rodrigo César**
1565 **Faleiros de Lacerda**, da Mesa Diretora do CNS. Após saudar as pessoas presentes e os
1566 internautas que acompanhavam a reunião de forma remota, a coordenação compôs a mesa,
1567 com leitura do currículo de cada uma das pessoas convidadas. Além disso, informou que o
1568 conselheiro **João Donizeti Scaboli**, na condição de coordenador adjunto da CISTT/CNS,
1569 também acompanharia o debate. A seguir, fraqueou a palavra à conselheira **Eurídice Ferreira**
1570 **de Almeida**, coordenadora adjunta da CISTT/CNS, para considerações iniciais. Contextualizou
1571 a escolha da temática, ressaltando que a exposição aos agrotóxicos constitui uma das
1572 principais preocupações da CISTT/CNS e foi amplamente debatida durante a 5ª Conferência
1573 Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT. Destacou que a inclusão do
1574 tema na pauta do Pleno do Conselho representa uma das primeiras devolutivas das
1575 deliberações aprovadas na Conferência, reafirmando o compromisso do CNS com a
1576 implementação de suas deliberações. Ressaltou que os impactos decorrentes da exposição
1577 aos agrotóxicos extrapolam o ambiente laboral, afetando toda a população por meio da
1578 contaminação dos alimentos, da água, do solo e do ambiente, configurando importante
1579 problema de saúde pública. Defendeu o fortalecimento das ações de vigilância em saúde, da
1580 identificação e notificação dos agravos relacionados à exposição aos agrotóxicos, da
1581 qualificação da atenção integral à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras e da
1582 formulação de políticas públicas capazes de promover ambientes de trabalho mais seguros e
1583 saudáveis. Também enfatizou a importância da articulação permanente entre os diferentes
1584 níveis de gestão do SUS, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CERESTs, os
1585 conselhos de saúde e demais instituições envolvidas na implementação da Política Nacional de
1586 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ressaltou que a construção coletiva e a participação
1587 social constituem elementos fundamentais para o aprimoramento das ações de vigilância,
1588 prevenção e promoção da saúde. Na sequência, conselheiro **João Donizete Scaboli**,
1589 coordenador adjunto da CISTT/CNS, cumprimentou os trabalhadores e trabalhadoras pela
1590 passagem do Dia Internacional do Trabalhador e parabenizou a CISTT/CNS pelo trabalho
1591 desenvolvido na organização da 5ª CNSTT e pela inclusão do tema na pauta da reunião
1592 ordinária do CNS. Em sua manifestação, destacou que o adoecimento relacionado ao trabalho
1593 constitui preocupação crescente do controle social, observando que as condições inadequadas
1594 de organização do trabalho, a insuficiência das ações de prevenção, a fragilidade da gestão
1595 dos ambientes laborais e a exposição a diferentes riscos ocupacionais vêm contribuindo para o
1596 aumento dos agravos à saúde dos trabalhadores. No que se refere especificamente aos
1597 agrotóxicos, ressaltou a necessidade de ampliar a produção de informações e de fortalecer os
1598 sistemas de vigilância e monitoramento dos trabalhadores expostos. Nessa linha, defendeu a
1599 construção de estratégias capazes de prevenir o adoecimento, reduzir os impactos da
1600 exposição ocupacional e subsidiar políticas públicas voltadas à proteção da saúde da
1601 população trabalhadora. Ao concluir a abertura do item, conselheiro **Rodrigo César Faleiros**
1602 **de Lacerda**, da Mesa Diretora do CNS, destacou que o debate sobre os impactos dos
1603 agrotóxicos representa importante oportunidade para refletir sobre os determinantes sociais da
1604 saúde e sobre o fortalecimento das políticas de vigilância e proteção à saúde dos trabalhadores
1605 e das trabalhadoras. De imediato, passou a palavra ao professor **Paulo José Adissi**, líder do
1606 Grupo de Ergonomia Agrícola e Gestão Ambiental da UFPB, para dar início às exposições
1607 sobre o tema. O professor começou destacando que os impactos decorrentes do uso de
1608 agrotóxicos extrapolam o ambiente de trabalho, alcançando trabalhadores, consumidores,
1609 comunidades e o meio ambiente. Informou que sua apresentação teria como objetivo
1610 sistematizar os principais problemas relacionados ao ciclo de utilização dos agrotóxicos, desde
1611 sua comercialização até os efeitos decorrentes da exposição ocupacional e ambiental.
1612 Inicialmente, abordou a contaminação de alimentos por resíduos de agrotóxicos, destacando
1613 estudos realizados pelo Instituto de Defesa de Consumidores - IDEC e os resultados do
1614 Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos - PARA, coordenado pela
1615 ANVISA. Ressaltou que diferentes levantamentos identificam resíduos de agrotóxicos em

1616 alimentos in natura e produtos industrializados, inclusive naqueles destinados ao público
1617 infantil, chamando atenção para a necessidade de fortalecimento das ações de monitoramento
1618 e de maior celeridade na divulgação dos resultados, de modo a favorecer a transparência das
1619 informações e ampliar a participação da sociedade na discussão sobre a qualidade dos
1620 alimentos. Detalhando, destacou os seguintes resultados do monitoramento do PARA/ANVISA
1621 (2024): 3.084 amostras analisadas de 36 vegetais e 338 ingredientes ativos; 2.293 amostras
1622 (74,4%) com resíduos, 791 amostras (25,6%) sem resíduos; 2.448 (79,4%) foram consideradas
1623 satisfatórias; 1.657 (53,7%) apresentaram resíduos com concentrações iguais ou inferiores ao
1624 limite permitido (LMR); 636 (20,6%) amostras consideradas insatisfatórias com resíduos
1625 superiores ao LMR ou sem registro para cultura; e ingrediente ativo mais observado:
1626 organofosforados em 25% das amostras. Em seguida, tratou dos riscos relacionados ao
1627 descarte inadequado das embalagens de agrotóxicos, destacando que, embora a legislação
1628 tenha instituído a obrigatoriedade da devolução das embalagens vazias, persistem dificuldades
1629 para sua efetiva implementação, especialmente em regiões distantes dos centros de
1630 recolhimento. Observou que esses recipientes permanecem como importante fonte de
1631 contaminação ambiental, em razão da elevada concentração dos produtos remanescentes,
1632 ressaltando a necessidade de ampliar a estrutura logística destinada ao recolhimento e à
1633 destinação ambientalmente adequada desses materiais. Ao abordar a exposição ocupacional
1634 dos trabalhadores rurais, destacou que diversas recomendações técnicas constantes dos
1635 receituários agrônômicos mostram-se de difícil ou inviável aplicação na realidade da agricultura
1636 familiar, especialmente quando as pulverizações são realizadas manualmente. Observou que
1637 fatores como o ritmo de trabalho, as características das lavouras e as condições de produção
1638 dificultam o cumprimento das orientações previstas pelos fabricantes, aumentando o risco de
1639 exposição dos trabalhadores aos agrotóxicos. Também chamou atenção para as limitações dos
1640 equipamentos de proteção individual utilizados nas atividades agrícolas, ressaltando que sua
1641 eficácia depende de condições de uso, higienização, conservação e treinamento
1642 frequentemente inexistentes no cotidiano do trabalho rural. Relatou situações observadas em
1643 atividades de campo envolvendo utilização inadequada dos equipamentos, ausência de filtros
1644 de proteção, vazamentos nos pulverizadores e outras condições capazes de ampliar
1645 significativamente a exposição ocupacional aos agrotóxicos. Prosseguindo, diferenciou as
1646 formas de aplicação utilizadas na agricultura familiar e no agronegócio. Destacou que, embora
1647 os sistemas mecanizados permitam maior precisão na aplicação dos produtos, persistem riscos
1648 relevantes associados às pulverizações aéreas, em razão da deriva dos agrotóxicos e da
1649 possibilidade de contaminação de comunidades vizinhas, corpos d'água e áreas
1650 ambientalmente sensíveis. Ressaltou que, independentemente da escala de produção, a
1651 adoção de boas práticas depende da efetiva fiscalização das condições de trabalho e da
1652 observância das normas de segurança. Também abordou o uso de agrotóxicos em atividades
1653 não agrícolas, destacando sua utilização no controle de vetores, em ações de saúde pública e
1654 na manutenção de áreas urbanas, como calçadas, jardins e espaços públicos. Alertou que,
1655 nessas situações, trabalhadores e população em geral também podem estar expostos aos
1656 riscos decorrentes da aplicação inadequada desses produtos, reforçando a necessidade de
1657 qualificação dos processos de trabalho e de observância das medidas de segurança. Ao tratar
1658 da preparação das caldas e da diluição dos produtos, destacou que essa etapa representa um
1659 dos momentos de maior risco para os trabalhadores, em razão da elevada concentração dos
1660 princípios ativos. Ressaltou, ainda, que práticas como a mistura de diferentes produtos ou a
1661 utilização de substâncias não previstas pelos fabricantes podem alterar suas características
1662 químicas e ampliar os riscos à saúde e ao meio ambiente. Em seguida, apresentou avaliação
1663 crítica acerca do processo de comercialização dos agrotóxicos, observando que a exigência
1664 legal de receituário agrônômico nem sempre é efetivamente cumprida na prática. Defendeu
1665 maior rigor na fiscalização da comercialização desses produtos e no acompanhamento técnico
1666 das propriedades rurais, de forma a assegurar que sua utilização ocorra de acordo com
1667 critérios agrônômicos e sanitários. Por fim, abordou alterações trazidas pela Lei nº
1668 14.785/2023, avaliando que o novo marco regulatório concentrou competências de registro no
1669 Ministério da Agricultura e flexibilizou critérios relacionados à avaliação dos riscos toxicológicos
1670 e ambientais dos agrotóxicos. Também destacou as diferenças entre os padrões regulatórios
1671 brasileiros e aqueles adotados pela União Europeia quanto ao registro de produtos e aos
1672 limites máximos de resíduos permitidos em alimentos, observando que essas divergências
1673 repercutem tanto na proteção da saúde quanto nas relações comerciais internacionais. Citou
1674 como exemplo dessas discrepâncias entre os limites máximos de resíduos (LMRs) permitidos
1675 no Glifosato na soja: EUA 20 mg/kg; Brasil 10 mg/kg; e UE 0,05 mg/kg. Ao concluir sua

1676 exposição, reiterou que os impactos decorrentes da utilização de agrotóxicos exigem
1677 abordagem integrada entre saúde, meio ambiente, agricultura e trabalho, defendendo o
1678 fortalecimento das ações de vigilância em saúde, da fiscalização, da produção de
1679 conhecimento científico e das políticas públicas voltadas à proteção da saúde dos
1680 trabalhadores, dos consumidores e da população em geral. Na sequência, o pesquisador e
1681 professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMT, **Wanderlei Pignati**,
1682 apresentou panorama dos impactos do modelo de produção agrícola baseado no uso intensivo
1683 de agrotóxicos sobre a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. Destacou
1684 que a discussão acerca dos agrotóxicos deve ultrapassar a dimensão estritamente
1685 ocupacional, considerando os efeitos decorrentes da contaminação ambiental, da produção de
1686 alimentos e das condições de vida das populações expostas. Inicialmente, contextualizou a
1687 atuação do Núcleo de Estudos Ambientais e Saúde do Trabalhador da UFMT, ressaltando que
1688 suas pesquisas são desenvolvidas por equipe multidisciplinar voltada à investigação das
1689 relações entre ambiente, trabalho, produção agrícola e saúde. Defendeu que a análise dos
1690 impactos dos agrotóxicos deve considerar toda a cadeia produtiva do agronegócio, desde o
1691 desmatamento e a expansão das monoculturas até os processos de produção, transporte,
1692 comercialização e consumo, ressaltando que os trabalhadores constituem o primeiro grupo
1693 exposto aos riscos decorrentes desse modelo produtivo. Detalhou que, no Brasil, 33% do PIB
1694 vem da cadeia produtiva do agronegócio (alimentos, cereais, madeira, fibras, couro, agroind,
1695 transporte) e, na maioria dos municípios do “interior” do Brasil, essa participação pode subir
1696 para 60% do PIB. Disse que esse tipo de desenvolvimento traz desmatamento e monoculturas
1697 químico-dependentes; monopólio de sementes, fertilizantes, agrotóxicos e matrizes animais.
1698 Nesse contexto, é preciso debater se o país produz alimentos, mercadorias ou commodities,
1699 considerando que esse processo traz riscos sanitário-alimentar-ocupacional-ambiental-sociais.
1700 Ao abordar a expansão da produção agrícola nacional, destacou o crescimento expressivo das
1701 áreas destinadas ao cultivo de soja, milho, algodão e cana-de-açúcar, acompanhado do
1702 aumento proporcional do consumo de agrotóxicos. Ressaltou que a pulverização de grandes
1703 volumes desses produtos, realizada por equipamentos terrestres, aeronaves e, mais
1704 recentemente, por drones, amplia o potencial de contaminação do solo, da água, do ar e dos
1705 alimentos, repercutindo diretamente sobre a saúde dos trabalhadores e das comunidades
1706 residentes nas áreas de produção agrícola. Para ilustrar a situação, destacou que, em 2024, o
1707 país utilizou 1,2 bilhão de litro de agrotóxicos. Também citou a situação de Sorriso, MT, em
1708 2025, que possuía 105 mil habitantes, plantou 1,2 milhões de hectares (605 mil de soja, 468 mil
1709 de milho, 41 mil de algodão, 37 mil de feijão, 5 mil de arroz) e pulverizou 15,4 milhões de litros
1710 de agrotóxicos nas suas lavouras, no ambiente de trabalho, em torno dos córregos, criação de
1711 animais e na periferia das vilas e cidade. Em seguida, apresentou estudos desenvolvidos pela
1712 Universidade Federal de Mato Grosso que demonstram associação entre a intensidade do uso
1713 de agrotóxicos e a ocorrência de agravos à saúde em municípios com elevada produção
1714 agrícola. Segundo relatou, as pesquisas identificam maior frequência de intoxicações,
1715 neoplasias, malformações congênitas, doenças renais, doenças neurológicas, distúrbios
1716 endócrinos e outros agravos em regiões caracterizadas pelo uso intensivo de agrotóxicos,
1717 especialmente entre trabalhadores rurais e populações residentes próximas às áreas de
1718 cultivo. Também abordou a contaminação ambiental decorrente da utilização de agrotóxicos,
1719 destacando evidências relacionadas à presença de resíduos em águas destinadas ao consumo
1720 humano, alimentos, leite materno, sangue e urina de trabalhadores e moradores de áreas
1721 agrícolas. Observou que os atuais parâmetros regulatórios brasileiros admitem limites de
1722 resíduos superiores aos adotados por diversos países, especialmente da União Europeia,
1723 defendendo a revisão desses referenciais à luz do princípio da precaução e das evidências
1724 científicas disponíveis. Exemplificou citando que, no Brasil, o VMP do Glifosato na água é
1725 500µg/L e do 2.4.D é 30µg/L, porém na União Europeia, o VMP é 0,1µg/L e pode conter no
1726 máximo 05 agrotx e o VMP total é 0,5µg/L (Diretiva83/98). No Brasil, não há máximo total e se
1727 permite usar nos mananciais e ETAs. Ao tratar da vigilância em saúde, ressaltou a
1728 necessidade de fortalecer os sistemas de monitoramento da qualidade da água para consumo
1729 humano, ampliar o acompanhamento dos resíduos de agrotóxicos em alimentos e acelerar a
1730 divulgação dos resultados produzidos pelos programas oficiais de monitoramento. Defendeu
1731 que a transparência das informações constitui instrumento essencial para subsidiar ações de
1732 vigilância, orientar políticas públicas e ampliar a participação social no enfrentamento dos
1733 impactos decorrentes da exposição aos agrotóxicos. Na sequência, apresentou evidências
1734 científicas relacionadas à exposição ocupacional aos agrotóxicos, destacando que estudos
1735 nacionais e internacionais vêm demonstrando associação entre essa exposição e o aumento

da ocorrência de intoxicações agudas e crônicas, doenças neurológicas, transtornos psiquiátricos, cânceres, doenças renais, alterações hematológicas, doenças respiratórias, distúrbios endócrinos, malformações congênitas e outras condições de saúde. Ressaltou que parcela significativa da produção científica disponível concentra-se na população trabalhadora, evidenciando a estreita relação entre os processos de trabalho e os agravos associados ao uso desses produtos. Ressaltou ainda que morar mais perto das lavouras aumenta os riscos de adoecimentos. Também chamou atenção para o crescimento do uso de drones na pulverização agrícola e para os desafios regulatórios decorrentes da rápida expansão dessa tecnologia, defendendo o fortalecimento das ações de fiscalização e vigilância sobre as diferentes modalidades de aplicação de agrotóxicos. Reiterou, ainda, preocupação com alterações recentes na legislação federal relacionadas ao registro e ao controle desses produtos, avaliando que determinadas mudanças reduziram o protagonismo das áreas da saúde e do meio ambiente nos processos de avaliação dos riscos. Ao final da exposição, apresentou conjunto de propostas voltadas ao fortalecimento das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador e à vigilância em saúde, entre as quais destacou o aprimoramento da vigilância em saúde do trabalhador com participação social; o fortalecimento do monitoramento ambiental e da divulgação dos resultados dos programas oficiais de análise de resíduos de agrotóxicos; a revisão dos parâmetros de qualidade da água destinada ao consumo humano; o monitoramento de resíduos em alimentos e leite materno; a ampliação dos sistemas de informação sobre intoxicações; o fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde; o incentivo à transição para modelos de produção agroecológica; implementação do PRONARA; e a implementação de estratégias destinadas à redução progressiva do uso de agrotóxicos no país. Concluindo sua apresentação, ressaltou que a proteção da saúde da população trabalhadora exige a integração entre as políticas de saúde, meio ambiente, agricultura e desenvolvimento sustentável, defendendo que o enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos seja orientado por evidências científicas, pelo fortalecimento da vigilância em saúde e pela ampliação da participação social na formulação e no acompanhamento das políticas públicas. Na sequência, a consultora técnica da SVSA/MS, **Lucineia Miranda de Freitas**, abordou os impactos da exposição aos agrotóxicos sob a perspectiva da vigilância em saúde, destacando a necessidade de ampliar a compreensão do conceito de trabalhador exposto para além das relações formais de emprego. Ressaltou que os efeitos decorrentes da utilização de agrotóxicos atingem diferentes grupos sociais envolvidos direta ou indiretamente nos processos produtivos, incluindo agricultores familiares, trabalhadores rurais, comunidades vizinhas às áreas de cultivo, trabalhadores da cadeia de produção e comercialização dos agrotóxicos e pessoas expostas em atividades domésticas ou urbanas. Inicialmente, destacou que a exposição aos agrotóxicos deve ser analisada ao longo de toda a cadeia produtiva, compreendendo as etapas de produção, transporte, armazenamento, comercialização, manipulação, aplicação e descarte desses produtos. Observou que o atual modelo de desenvolvimento agrícola caracteriza-se pela intensa dependência de insumos químicos, circunstância que amplia os riscos de exposição ocupacional e ambiental e reforça a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância em saúde. Ao abordar os impactos dos agrotóxicos para a saúde pública, ressaltou que a ampla utilização desses produtos, associada à insuficiente disseminação de informações acessíveis à população, constitui importante desafio para o SUS. Destacou que, além dos efeitos agudos, frequentemente identificados pelos serviços de saúde, a exposição continuada está relacionada ao desenvolvimento de agravos crônicos, incluindo doenças neurológicas, respiratórias, endócrinas, reprodutivas e diferentes tipos de câncer, cujos efeitos tendem a manifestar-se anos após o contato com essas substâncias. Apresentou dados internacionais que situam o Brasil entre os maiores consumidores mundiais de agrotóxicos, tanto em volume total quanto em quantidade utilizada por área cultivada, ressaltando que a dimensão desse consumo reforça a necessidade de consolidar políticas públicas voltadas à vigilância, prevenção e redução dos riscos relacionados à exposição da população e dos trabalhadores. Ressaltou que, em 2024, o Brasil utilizou o volume de 900 mil toneladas de agrotóxicos, diluído em mais de 1 bilhão de calda tóxica. No campo da vigilância epidemiológica, informou que diversas doenças relacionadas à exposição aos agrotóxicos integram a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e os sistemas nacionais de notificação compulsória, contemplando agravos como intoxicações exógenas, dermatoses ocupacionais, determinados tipos de câncer, transtornos mentais e outros agravos associados à exposição química. Ressaltou, contudo, que persistem importantes limitações na qualidade das notificações, especialmente quanto ao adequado registro da relação entre o agravo e o processo de trabalho, circunstância que compromete a produção de informações

capazes de subsidiar o planejamento das ações de vigilância. Em seguida, apresentou panorama da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA), destacando que, embora centenas de municípios tenham sido definidos como prioritários para implantação da estratégia, parcela significativa ainda não implementou integralmente suas ações (dos 658 municípios, apenas 298 implementaram). Avaliou que esse cenário evidencia a necessidade de maior articulação entre União, estados e municípios para fortalecimento da vigilância, da prevenção e da promoção da saúde das populações expostas. Também apresentou dados referentes às notificações de intoxicações exógenas por agrotóxicos registradas no país, observando que os números disponíveis refletem apenas parte da realidade, em razão da subnotificação e do elevado percentual de registros com informações incompletas quanto às circunstâncias da exposição e à relação com o trabalho. Ressaltou que o aprimoramento dos sistemas de informação constitui medida essencial para qualificar o conhecimento sobre a magnitude do problema e orientar políticas públicas mais efetivas. Na sequência, apresentou dados sobre a distribuição do consumo de agrotóxicos no país, destacando que os maiores índices concentram-se em estados como Mato Grosso, Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul, com destaque para o Mato Grosso, maior consumidor nacional. Ressaltou que esse cenário está diretamente relacionado ao modelo produtivo predominante e reforçou a importância da atuação integrada da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPE), voltadas à promoção da saúde, à redução de agravos e ao enfrentamento dos riscos decorrentes da exposição aos agrotóxicos. Destacou que esse debate exige articulação intersetorial e apontou o fortalecimento do Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos - PRONARA como estratégia fundamental para a garantia do direito humano à saúde, à alimentação adequada e ao meio ambiente saudável. Informou que o Programa, construído a partir da participação de organizações e movimentos sociais, foi aprovado em 2025 e ressaltou a necessidade de assegurar sua efetiva implementação. Por fim, informou que a SGTES/MS está desenvolvendo o Pacto pela Vida do Trabalhador e da Trabalhadora, iniciativa que contempla o fortalecimento da vigilância dos óbitos relacionados ao trabalho, com o objetivo de identificar seus determinantes, qualificar as ações de vigilância e prevenção e subsidiar intervenções voltadas à redução da mortalidade de trabalhadores e trabalhadoras. Concluídas as manifestações, a coordenação abriu para debate. Conselheira **Márcia Bandini** começou saudando a mesa e recomendando que o Conselho conheça o dossiê da Abrasco sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde reprodutiva, destacando a contribuição de especialistas da área. Em seguida, abordou a atualização da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho - LDRT, manifestando preocupação com as alterações promovidas na classificação do glifosato entre as versões da norma. Ressaltou que, desde as primeiras propostas de atualização da lista, a publicação tem sido alvo de forte pressão por parte da indústria e questionou as motivações técnicas para a mudança da classificação do glifosato, de organofosforado para glicina substituída. Por fim, alertou para a necessidade de assegurar que a atualização dos instrumentos normativos seja fundamentada em evidências científicas independentes, resguardando a proteção da saúde dos trabalhadores e da população exposta aos agrotóxicos. Conselheiro **Alex Gomes da Mota** ressaltou que a exposição aos agrotóxicos deve ser tratada como questão de saúde pública, saúde do trabalhador, vigilância em saúde, justiça ambiental e proteção da vida. Informou que a Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde - CIVS/CNS acompanha o tema como prioridade estratégica, destacando iniciativas desenvolvidas pelo CNS, entre elas debates sobre os impactos dos agrotóxicos, a tramitação do chamado "PL do Veneno" e a aprovação da Recomendação nº 4/2024, que propõe a inclusão dos agrotóxicos entre os produtos sujeitos ao imposto seletivo. Defendeu que o CNS continue fortalecendo ações voltadas ao reconhecimento, monitoramento, prevenção e enfrentamento dos danos provocados pelos agrotóxicos à saúde da população trabalhadora e ao meio ambiente. Conselheira **Vânia Lúcia Leite** destacou que o Brasil figura entre os maiores consumidores de agrotóxicos do mundo, situação que acarreta graves impactos à saúde humana, ao meio ambiente e às futuras gerações. Ressaltou que a exposição a esses produtos afeta trabalhadores rurais, povos indígenas, comunidades tradicionais e a população em geral, estando associada a intoxicações, doenças respiratórias, alterações neurológicas, câncer, malformações fetais e adoecimento mental. Chamou atenção para a contaminação de plantas medicinais utilizadas nas práticas integrativas e complementares em saúde e na medicina tradicional indígena, comprometendo sua segurança e eficácia. Também solicitou explicações sobre estudos relacionados à presença de agrotóxicos no leite materno armazenado em bancos de leite humano. Conselheiro **Claudemir Moreira Vaz** defendeu que o debate sobre os

1856 impactos dos agrotóxicos contemple também o racismo ambiental e a contaminação dos
1857 territórios indígenas decorrente do modelo produtivo baseado no uso intensivo dessas
1858 substâncias. Propôs o fortalecimento da vigilância em saúde das populações indígenas
1859 expostas; a integração entre SESAI/MS, FUNAI, Ibama e os órgãos de vigilância em saúde das
1860 diferentes esferas de governo; a ampliação do monitoramento da qualidade da água em terras
1861 indígenas; e o fortalecimento da fiscalização ambiental e sanitária. Também defendeu maior
1862 responsabilização das empresas produtoras de agrotóxicos, com aperfeiçoamento da logística
1863 reversa das embalagens e aplicação de penalidades pelo descarte inadequado desses
1864 materiais. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** ressaltou que a proteção da saúde dos
1865 trabalhadores deve prevalecer sobre os interesses econômicos relacionados ao modelo de
1866 produção agrícola. Defendeu que sejam adotadas medidas capazes de reduzir os impactos do
1867 uso de agrotóxicos sobre a saúde e o meio ambiente, chamando atenção para os custos
1868 impostos ao SUS e para a necessidade de reversão de políticas que fragilizaram a proteção
1869 ambiental. Destacou, ainda, que o tema integra as discussões preparatórias da 18ª
1870 Conferência Nacional de Saúde, especialmente no eixo voltado às relações entre saúde, meio
1871 ambiente e enfrentamento do racismo ambiental. Conselheira **Marina Andueza Paulelli**
1872 agradeceu as pessoas convidadas pelas ricas explanações e fez referência aos estudos
1873 desenvolvidos pelo IDEC que identificaram a presença de resíduos de agrotóxicos em
1874 alimentos ultraprocessados, informando que a instituição tem aprofundado pesquisas sobre
1875 sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis. Ressaltou que diversas recomendações
1876 apresentadas pelo Idec na Conferência Regional sobre Resistência Antimicrobiana coincidem
1877 com as propostas apresentadas pelos expositores, especialmente quanto ao fortalecimento de
1878 práticas agroalimentares sustentáveis e à redução do uso de agrotóxicos e antibióticos. Ao
1879 final, questionou a possível associação entre o uso intensivo de agrotóxicos e o emprego de
1880 antibióticos na pecuária extensiva, considerando seus impactos para a saúde pública.
1881 Conselheiro **João Donizeti Scaboli** parabenizou os expositores e ressaltou a importância do
1882 planejamento, da organização, da gestão e da adoção de medidas de proteção coletiva nos
1883 ambientes de trabalho para prevenir o adoecimento dos trabalhadores expostos a agentes
1884 químicos. Citou a experiência de eliminação da exposição ao benzeno nas usinas
1885 sucroalcooleiras como exemplo de que investimentos em tecnologias de proteção podem
1886 beneficiar simultaneamente trabalhadores e empregadores. Defendeu o fortalecimento da Lista
1887 de Doenças Relacionadas ao Trabalho - LDRT e propôs a realização de novo debate no âmbito
1888 do CNS, com a participação dos órgãos responsáveis pela regulamentação e autorização do
1889 uso de agrotóxicos no país. Conselheiro **Antonio Erinaldo Lima** afirmou que o uso de
1890 agrotóxicos constitui um grave problema de saúde pública e manifestou preocupação com o
1891 aumento da autorização de novos produtos no país. Chamou atenção para o uso inadequado
1892 desses produtos em diferentes contextos e para os riscos decorrentes do descarte incorreto de
1893 embalagens, que podem representar importante fonte de contaminação. Defendeu a realização
1894 de debate com representantes do Ministério da Agricultura e Pecuária - MAPA, da ANVISA e
1895 dos demais órgãos responsáveis pela regulamentação e aprovação dos agrotóxicos, bem
1896 como a revisão das políticas de incentivos fiscais concedidos ao setor, propondo que os
1897 recursos correspondentes sejam direcionados ao fortalecimento das ações do SUS.
1898 Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** parabenizou os expositores e solicitou explicações
1899 sobre os conceitos de vigilância participativa e vigilância popular, destacando a relevância do
1900 tema para o controle social. Também defendeu a ampliação da abordagem sobre a formação
1901 dos trabalhadores da saúde prevista no Decreto nº 12.538/2025, propondo que essa formação
1902 contemple de forma mais abrangente a perspectiva da saúde do trabalhador. Conselheira
1903 **Luana Ferreira Lima** ressaltou que a exposição aos agrotóxicos representa importante fator de
1904 adoecimento entre trabalhadores rurais, comunidades tradicionais, povos indígenas,
1905 quilombolas e consumidores, estando associada ao aumento de intoxicações, doenças
1906 crônicas e diferentes tipos de câncer. Manifestou preocupação com iniciativas legislativas
1907 voltadas à flexibilização das normas sobre produção e comercialização de agrotóxicos e
1908 defendeu o fortalecimento de medidas regulatórias, do monitoramento da implementação do
1909 PRONARA e da vigilância participativa. Também questionou o desenvolvimento de alternativas
1910 tecnológicas voltadas à substituição e redução do uso desses produtos. Conselheiro **Agnelo**
1911 **Temrité Wadzatsé** alertou para os impactos do uso de agrotóxicos sobre a saúde dos povos
1912 indígenas, ribeirinhos e trabalhadores rurais, destacando a ocorrência de casos de câncer em
1913 comunidades expostas. Manifestou preocupação com a contaminação dos territórios indígenas
1914 e das práticas tradicionais de cuidado, defendendo que o tema ultrapasse o âmbito do debate e
1915 resulte em medidas efetivas de proteção às populações mais vulnerabilizadas. Conselheira

1916 **Ruth Cavalcanti Guilherme** ressaltou que o debate sobre os agrotóxicos envolve diretamente
1917 a saúde pública, a saúde dos trabalhadores e o direito humano à alimentação adequada e
1918 saudável. Defendeu o fortalecimento da vigilância em saúde de forma participativa e
1919 intersetorial, a ampliação do monitoramento de resíduos de agrotóxicos, a proibição da
1920 pulverização aérea e o incentivo à agroecologia e à produção orgânica. Reafirmou o
1921 compromisso da Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição - CIAN/CNS em atuar de
1922 forma integrada com outras comissões do Conselho para fortalecer as ações de controle social
1923 relacionadas ao tema, em defesa da vida. Conselheira **Carmem Ferreira Santiago** afirmou
1924 que o debate evidencia os impactos do modelo de desenvolvimento orientado pelo lucro sobre
1925 a saúde da população trabalhadora, ressaltando que os custos desse processo recaem sobre o
1926 SUS. Destacou a importância da formação e da qualificação dos trabalhadores como
1927 estratégias para prevenir o adoecimento decorrente da exposição aos agrotóxicos e chamou
1928 atenção para a ampla contaminação de alimentos, da água e do meio ambiente. Também
1929 mencionou a experiência da Lei Zé Maria do Tomé, no Ceará, e manifestou preocupação com
1930 a retomada da pulverização por drones, defendendo o fortalecimento das ações de
1931 enfrentamento ao uso indiscriminado de agrotóxicos. Conselheiro **Anselmo Dantas** avaliou
1932 que as apresentações forneceram importantes subsídios para o fortalecimento das políticas de
1933 vigilância em saúde e ressaltou a necessidade de ampliar a fiscalização e a vigilância,
1934 especialmente nos municípios de pequeno porte e nas regiões produtoras. Defendeu a
1935 valorização da vigilância popular em saúde e propôs que o CNS elabore recomendação para
1936 adoção, no Brasil, de parâmetros regulatórios semelhantes aos utilizados pela União Europeia
1937 quanto ao controle de agrotóxicos, visando ampliar a proteção da saúde da população e das
1938 futuras gerações. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** reconheceu a relevância das
1939 exposições, mas observou que o debate permanece concentrado no diagnóstico da situação,
1940 defendendo maior protagonismo do Ministério da Saúde na formulação e implementação de
1941 ações efetivas para o enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos. Ressaltou que o tema
1942 representa oportunidade para atuação interministerial e destacou o contexto das negociações
1943 entre Mercosul e União Europeia como espaço estratégico para o fortalecimento das políticas
1944 de proteção à saúde e ao meio ambiente. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues**
1945 manifestou preocupação com os impactos da exposição aos agrotóxicos sobre a saúde
1946 reprodutiva, desde a gestação até a amamentação, e questionou a existência de estudos
1947 longitudinais voltados ao acompanhamento desses efeitos. Defendeu que o CNS amplie sua
1948 incidência política sobre o tema, especialmente no contexto eleitoral, contribuindo com
1949 evidências científicas e subsídios técnicos para o debate público e para a formulação de
1950 políticas voltadas à redução do uso de agrotóxicos e à proteção da saúde da população.
1951 Conselheira **Francisca Valda da Silva** destacou que os impactos do modelo de
1952 desenvolvimento baseado na monocultura e no uso intensivo de agrotóxicos comprometem a
1953 saúde da população, o meio ambiente e as condições de trabalho. Manifestou preocupação
1954 com o enfraquecimento dos mecanismos de controle e fiscalização e defendeu que o CNS se
1955 posicione contra nova prorrogação da implementação da Norma Regulamentadora nº 1 NR-1,
1956 considerando sua importância para a proteção da saúde e da segurança dos trabalhadores.
1957 Conselheiro **Rodrigo César Faleiros de Lacerda** avaliou que, embora as apresentações
1958 tenham evidenciado a gravidade da situação, ainda são insuficientes as propostas concretas
1959 para o enfrentamento do problema. Defendeu a construção de um plano de Estado, articulado
1960 entre diferentes ministérios e órgãos governamentais, com ações de curto, médio e longo prazo
1961 voltadas à redução do uso de agrotóxicos, ao investimento em tecnologias alternativas, ao
1962 fortalecimento da fiscalização e à implementação de estratégias integradas de proteção à
1963 saúde da população e dos trabalhadores e das trabalhadoras. Concluídas as manifestações, a
1964 coordenação retornou a palavra à mesa, para considerações. O professor da UFPB, **Paulo**
1965 **José Adissi**, agradeceu as contribuições apresentadas pelos conselheiros e conselheiras e
1966 ressaltou que o enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos exige atuação integrada em três
1967 frentes: o aperfeiçoamento da regulação, o fortalecimento da fiscalização e da utilização dos
1968 produtos e o aprimoramento da atenção à saúde das populações expostas. Defendeu maior
1969 transparência e agilidade na divulgação das informações produzidas pelos sistemas oficiais de
1970 monitoramento, de modo a subsidiar a participação social e fortalecer a pressão da sociedade
1971 pela adoção de medidas regulatórias mais protetivas, inclusive relacionadas à política tributária
1972 e à harmonização dos padrões de controle com referenciais internacionais. Destacou, ainda, a
1973 necessidade de intensificar a fiscalização da comercialização e do uso dos agrotóxicos,
1974 responsabilizando os agentes que descumpram a legislação, especialmente em situações que
1975 provoquem contaminação ambiental e exposição coletiva da população. Também chamou

1976 atenção para a invisibilidade dos agravos relacionados à exposição aos agrotóxicos,
1977 observando que a dificuldade de estabelecer o nexo causal compromete o diagnóstico e a
1978 vigilância em saúde. Nesse contexto, defendeu a implantação de um prontuário eletrônico
1979 único para todos os cidadãos brasileiros, abrangendo atendimentos realizados tanto no SUS
1980 quanto na rede privada, como instrumento para qualificar a produção de informações
1981 epidemiológicas e favorecer o acompanhamento longitudinal dos agravos relacionados ao
1982 trabalho e ao ambiente. Na sequência, o professor da UFMT, **Wanderlei Pignati**, ressaltou que
1983 as dificuldades para implementação das ações de vigilância decorrem, em grande medida, das
1984 disputas existentes entre os interesses econômicos associados ao atual modelo de
1985 desenvolvimento e a proteção da saúde da população trabalhadora. Destacou que a
1986 implementação das ações de vigilância em saúde relacionadas aos agrotóxicos ainda enfrenta
1987 entraves decorrentes das dinâmicas políticas e econômicas nos territórios, o que limita a
1988 estruturação da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Vigilância em Saúde das Populações
1989 Expostas a Agrotóxicos (VSPE), especialmente no âmbito municipal. Observou que a produção
1990 de evidências científicas sobre os impactos dos agrotóxicos é suficiente para subsidiar políticas
1991 públicas mais protetivas, mas que sua implementação depende do fortalecimento da
1992 participação social e da atuação articulada entre as diferentes esferas de governo. Defendeu a
1993 ampliação da vigilância popular e da vigilância participativa como estratégias indispensáveis
1994 para fortalecer o controle social, ampliar a transparência das informações e favorecer a
1995 implementação das ações de vigilância em saúde nos estados e municípios. Também
1996 respondeu aos questionamentos apresentados durante o debate acerca dos estudos
1997 envolvendo gestantes, leite materno e exposição aos agrotóxicos, informando que pesquisas
1998 nacionais e internacionais vêm demonstrando a presença dessas substâncias em amostras
1999 biológicas, inclusive no leite materno, reforçando a necessidade de ampliar as investigações
2000 científicas e o monitoramento sistemático dessas exposições. Inclusive, informou que, em
2001 parceria com pesquisadores da Universidade de Roma, está desenvolvendo estudo para
2002 avaliar a presença de microplásticos, agrotóxicos e metais pesados no leite materno. Relatou
2003 que as análises preliminares de amostras coletadas em diferentes municípios identificaram a
2004 presença de resíduos de glifosato e de seu principal metabólito (AMPA), além de glufosinato de
2005 amônio em parcela significativa das amostras analisadas. Destacou a necessidade de
2006 aprofundar as pesquisas sobre a contaminação do leite materno e seus impactos à saúde,
2007 defendendo o fortalecimento da vigilância participativa e da vigilância popular como estratégias
2008 para ampliar a produção de evidências e subsidiar ações de prevenção e controle. Destacou,
2009 ainda, que a implementação de políticas públicas voltadas à redução do uso de agrotóxicos
2010 exige discussão mais ampla sobre o modelo de desenvolvimento agrícola adotado pelo país,
2011 defendendo a promoção da agroecologia, da produção orgânica e do Programa Nacional de
2012 Redução de Agrotóxicos - PRONARA como estratégias estruturantes para a redução da
2013 exposição da população e dos trabalhadores. A consultora técnica da SVSA/MS, **Lucineia**
2014 **Miranda de Freitas**, ressaltou que o debate evidencia a necessidade de refletir sobre os
2015 modelos de desenvolvimento e seus impactos sobre a saúde da população. Observou que a
2016 implementação das políticas públicas depende da atuação permanente da sociedade e do
2017 fortalecimento das estratégias de vigilância popular, educação, mobilização social e produção
2018 de conhecimento. Destacou experiências desenvolvidas por organizações da sociedade civil e
2019 movimentos sociais voltadas ao enfrentamento dos impactos dos agrotóxicos, ressaltando a
2020 importância de ampliar a articulação entre governo, universidades, movimentos populares e
2021 controle social na implementação do PRONARA e das demais políticas relacionadas à saúde
2022 do trabalhador e da trabalhadora. Em seguida, a coordenadora adjunta da CISTT/CNS,
2023 **Eurídice Ferreira de Almeida**, agradeceu aos expositores e ao Plenário pelas contribuições
2024 apresentadas, ressaltando que a discussão sobre os impactos dos agrotóxicos constitui pauta
2025 prioritária da Comissão e permanecerá sendo acompanhada pelo CNS. Reafirmou o
2026 compromisso da CISTT em aprofundar o debate sobre o tema, fortalecer a articulação com as
2027 demais comissões intersetoriais e transformar as discussões desenvolvidas no âmbito do
2028 Conselho em ações concretas voltadas à proteção da saúde dos trabalhadores, das
2029 trabalhadoras e da população brasileira. Na sistematização dos encaminhamentos, a
2030 coordenação da mesa fez a leitura das propostas do professor Wanderlei Pignati para diminuir
2031 os impactos dos agrotóxicos na saúde e ambiente: **1)** implementar a vigilância à saúde
2032 participativa e integrada (saúde, trabalho, agricultura, educação e ambiente), com vistas à
2033 vigilância popular e vigilância do desenvolvimento; **2)** diminuir os desmatamentos, aumentar as
2034 áreas de proteção das águas, criar zonas livres e zonas de amortecimentos, cumprir Leis e
2035 Decretos e criar leis estaduais e municipais de proteção da vida e limitação do uso de

agrotóxicos; **3)** proibir as pulverizações aéreas de agrotóxicos e proibir no Brasil o uso dos agrotóxicos e transgênicos proibidos na União Europeia; **4)** garantir monitoramento de resíduos de agrotóxicos, fertilizantes, metais, solventes e medicamentos em alimentos, água potável, rios, lagos e subterrâneas em todos os municípios brasileiros e divulgar os dados; **5)** monitorar resíduos de agrotóxicos, metais e medicamentos em bancos de leite humano e em usinas de envase de leite bovino; **6)** implantar, na esfera nacional, um Sistema de Informação Municipal de venda e uso de agrotóxicos, fertilizantes químicos, solventes e metais pesados industriais; **7)** rever a Portaria 888/21 de potabilidade, diminuindo os LMR e número de agrotóxicos por litro de água e rever a RDC 294/20/ANVISA de classificação toxicológica; **8)** implantar fóruns e campanhas contra os agrotóxicos na esfera local e regional e implementar este movimento junto às entidades populares e sindicais de trabalhadores e trabalhadoras; **9)** assegurar transição para a agroecologia – implementar, no Brasil, o Decreto nº. 7.794/2012 da Agroecologia e Produção Orgânica e o PLANAPO, implementar o PRONARA, Decreto nº. 12.538/25 e implementar bioinsumos; **10)** diminuir/eliminar o uso de alimentos ultraprocessados e transgênicos e eliminar uso de agrotóxicos domiciliar e nas instituições públicas; e **11)** tratar o modo de produção “químico-dependente” como problema de saúde pública humana, ocupacional, animal, vegetal e ambiental. A seguir, submeteu à apreciação do Plenário do Conselho o conjunto de propostas oriundas do debate: **1)** fortalecer da vigilância em saúde das populações expostas em terras indígenas; **2)** integração entre SESAI, FUNAI, vigilâncias estaduais, IBAMA para acompanhamento; **3)** fortalecer o monitoramento da qualidade da água nas aldeias; **4)** criar um grupo de trabalho sobre o impacto dos agrotóxicos em terras indígenas; **5)** reafirmar o apoio às novas formas de financiamento para desenvolvimento de novos antibióticos e agrotóxicos; **6)** promover práticas agroalimentares saudáveis para reduzir a necessidade e o uso indevido de antibióticos e agrotóxicos; **7)** revisão do Decreto 2.578/2025 com diálogo amplo na perspectiva da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras; **8)** promover diálogo com o MAPA e ANVISA sobre a política de isenção tributária dos agrotóxicos; **9)** cobrar do Ministério da Saúde ações estratégicas concretas para diminuição do uso e impacto dos agrotóxicos – Plano conjunto entre governo federal e CNS; **10)** garantir Prontuário Único para todos os cidadãos brasileiros, tanto usuários do SUS quanto dos planos de saúde privados; **11)** reforçar os controles de flexibilização do uso e distribuição dos agrotóxicos; **12)** denunciar o desmonte da justiça do trabalho no que tange aos direitos dos trabalhadores e das trabalhadoras; e **13)** apoiar o Ministério do Trabalho no cumprimento e imediata vigência da NR-1/2026, que trata do gerenciamento de riscos ocupacionais e inclui fatores psicossociais. **Os encaminhamentos foram acolhidos pelo Plenário do CNS, sendo estabelecido que as propostas serão analisadas e acompanhadas pelas comissões intersetoriais competentes do Conselho, para posterior desenvolvimento de iniciativas e deliberações relacionadas ao tema.** Com esses encaminhamentos, a mesa agradeceu novamente às pessoas convidadas e encerrou o ponto de pauta. Antes de proceder ao item seguinte, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS, registrou a realização da Conferência Livre do Controle Social, Saúde, Democracia, Participação Social e Agenda 2030, promovida no âmbito da 1ª Conferência Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS, que seria realizada no dia 14 de maio de 2026 e convidou os conselheiros e as conselheiras a participarem da atividade. Informou que as inscrições estavam disponíveis por meio de QR Code e dos canais oficiais do CNS, ressaltando a importância da participação do controle social na construção da agenda nacional relacionada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **ITEM 8 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Informes. Apresentação sobre a execução da Programação Anual de Saúde - PAS 2026 e a Lei Orçamentária Anual - LOA 2026 - Apresentação: Francisco Funcia**, assessor técnico da COFIN/CNS; conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador adjunto da COFIN/CNS; e **Cristiane Munhoz**, Coordenadora Geral de Planejamento/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento - SPO/MS. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, coordenador da COFIN/CNS e da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, o coordenador da COFIN/CNS iniciou saudando todas as pessoas e se desculpando pelo atraso da mesa. Também comunicou que a Comissão realizaria, na semana seguinte, reunião ordinária e seminário regional na Região Sul, em continuidade às atividades de acompanhamento das políticas de financiamento do SUS. Seguindo, informou que a apresentação da Programação Anual de Saúde - PAS 2026 havia sido construída de forma articulada entre a COFIN e a SPO/MS, resultado de sucessivas reuniões técnicas destinadas à elucidação das dúvidas levantadas pela Comissão e pelo Plenário em debates

anteriores. Destacou que o material previamente encaminhado aos conselheiros incorporava a maior parte das contribuições apresentadas durante esse processo de diálogo, refletindo o esforço conjunto para aperfeiçoar as informações disponibilizadas ao Conselho. Em seguida, a Coordenadora-Geral de Planejamento da SPO/MS, **Cristiane Munhoz**, apresentou a proposta de revisão do Plano Plurianual - PPA 2024–2027, do Plano Nacional de Saúde - PNS e da Programação Anual de Saúde - PAS 2026, informando que o material detalhado havia sido previamente encaminhado aos conselheiros. Explicou que a revisão decorre da necessidade de manter o alinhamento entre os instrumentos de planejamento e de adequá-los às atualizações das políticas públicas e dos marcos normativos vigentes. Informou que os instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde compreendem o Plano Plurianual - PPA, o Plano Nacional de Saúde - PNS, a Programação Anual de Saúde - PAS e o Plano Estratégico do Ministério da Saúde. Destacou que o PPA contempla sete programas finalísticos de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde, estruturados em 39 objetivos específicos, 169 entregas e 22 medidas institucionais e normativas, cujas informações são produzidas pelas áreas técnicas e consolidadas pela Coordenação-Geral de Planejamento após análise técnica. Ressaltou que o Ministério da Saúde também participa da execução de programas multisetoriais coordenados por outros órgãos federais, entre eles os voltados à segurança alimentar, à promoção dos direitos da população em situação de rua e ao saneamento básico, contribuindo com ações de sua competência. Explicou que a elaboração e a revisão do PPA são coordenadas pelo Ministério do Planejamento e Orçamento, responsável por definir o cronograma e as orientações técnicas observadas por todos os ministérios. Destacou, ainda, que o Plano Nacional de Saúde mantém alinhamento obrigatório com o PPA, conforme previsto na legislação, tendo como referência as diretrizes aprovadas pelo CNS, o diagnóstico da situação de saúde e os marcos normativos vigentes. Na sequência, apresentou a correspondência entre os programas finalísticos do PPA e os objetivos do Plano Nacional de Saúde, destacando a articulação entre os eixos relacionados à Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde e Ambiente, Pesquisa e Inovação, Assistência Farmacêutica, Saúde Indígena e Gestão, Trabalho, Educação e Transformação Digital na Saúde. Informou que a Programação Anual de Saúde constitui a operacionalização anual das metas do PNS, razão pela qual as alterações promovidas em um instrumento demandam adequações nos demais. Ao apresentar a revisão proposta para 2026, informou que não houve alteração dos programas nem dos objetivos estratégicos, sendo realizadas apenas adequações técnicas destinadas a preservar a aderência às políticas públicas e aos marcos normativos. Explicou que seis metas foram substituídas por outras relacionadas ao mesmo tema, em decorrência da atualização de normas, do aperfeiçoamento de políticas públicas e da revisão de metodologias de cálculo de indicadores, citando como exemplos as alterações decorrentes do Programa Academia da Saúde, do Programa Agora Tem Especialistas e do Programa Mais Médicos Especialistas. Informou que a única exclusão de meta ocorreu no objetivo relacionado à Vigilância em Saúde, em decorrência de reorganização interna da FIOCRUZ, ressaltando que a alteração não implicou descontinuidade das ações desenvolvidas. Acrescentou que também foram realizados ajustes técnicos relacionados ao redimensionamento de metas, atualização de índices de referência, adequação de indicadores às novas bases populacionais e revisão de parâmetros em função dos resultados alcançados e da adesão às ações desenvolvidas. Por fim, informou que, após a revisão, o Plano Nacional de Saúde passará a contar com 111 metas, permanecendo inalterados seus objetivos estratégicos e programas, e colocou a equipe técnica à disposição do Pleno do Conselho para prestar informações complementares sobre a proposta de revisão dos instrumentos de planejamento. Na sequência, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, apresentou a análise realizada pela Comissão acerca da revisão da Programação Anual de Saúde 2026 e do Plano Nacional de Saúde, destacando que esse processo vem sendo acompanhado desde os primeiros meses do ano, por meio de reuniões técnicas entre a COFIN e a SPO/MS. Informou que, após a apresentação preliminar da proposta ao Plenário do Conselho, a Comissão sistematizou os questionamentos formulados pelos conselheiros e pelas conselheiras e encaminhou ao Ministério da Saúde pedido de informações adicionais, posteriormente debatido em reuniões técnicas sucessivas, culminando na reunião extraordinária da COFIN, realizada em 30 de abril. Ressaltou que o processo de diálogo estabelecido entre a Comissão e a equipe técnica da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS resultou em significativo aprimoramento da documentação apresentada ao Conselho. Nessa linha, destacou que o material encaminhado ao Plenário apresentou elevado nível de detalhamento e respondeu à maior parte das inconsistências inicialmente identificadas pela COFIN quanto às metas,

2156 indicadores e justificativas constantes da Programação Anual de Saúde. Registrou
2157 reconhecimento ao trabalho desenvolvido pela equipe técnica do Ministério da Saúde,
2158 ressaltando que a qualidade das informações disponibilizadas representou importante avanço
2159 no processo de acompanhamento dos instrumentos de planejamento do SUS. Em seguida,
2160 observou que parte das alterações promovidas decorre de exigências relacionadas ao
2161 processo de revisão do Plano Plurianual, conduzido pelo Ministério do Planejamento e
2162 Orçamento, cujo cronograma é comum a todos os órgãos da administração pública federal.
2163 Destacou, contudo, que os prazos estabelecidos para a revisão desses instrumentos nem
2164 sempre são compatíveis com o tempo necessário para a apreciação das matérias pelo controle
2165 social, defendendo a construção de mecanismos institucionais que permitam maior integração
2166 entre o planejamento governamental e os processos deliberativos do Conselho Nacional de
2167 Saúde. Avaliou que a participação mais precoce das comissões intersetoriais no
2168 acompanhamento das revisões dos instrumentos de planejamento contribuiria para qualificar o
2169 diálogo técnico e reduzir a necessidade de análises concentradas em curto espaço de tempo.
2170 Ao analisar as alterações propostas para o Plano Nacional de Saúde, informou que a revisão
2171 não promoveu modificações nos objetivos estratégicos nem mudanças estruturais nas políticas
2172 públicas anteriormente aprovadas pelo Conselho. Explicou que a única exclusão de meta
2173 ocorreu no âmbito do objetivo relacionado à vigilância em saúde, em decorrência de
2174 reorganização administrativa da FIOCRUZ, conforme justificativa apresentada pelo Ministério
2175 da Saúde, permanecendo as demais alterações restritas a ajustes técnicos relacionados à
2176 redação das metas, atualização de indicadores, revisão de índices de referência e adequação
2177 metodológica decorrente da evolução das políticas públicas e dos respectivos. Concluídas as
2178 exposições, a mesa abriu para debate. Finalizando, defendeu o aperfeiçoamento do processo
2179 de acompanhamento e revisão dos instrumentos de planejamento, de forma sistemática e
2180 articulada entre o Ministério da Saúde e o Conselho, em conformidade com as atribuições
2181 previstas na Constituição Federal e na Lei Complementar nº 141/2012. Destacou que a adoção
2182 de um fluxo de trabalho contínuo para apreciação das revisões permitirá que os ajustes sejam
2183 analisados de forma gradual, independentemente de sua motivação, evitando a concentração
2184 de alterações em um único momento e qualificando o processo deliberativo do Conselho.
2185 Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** destacou que as elucidações apresentadas pelo
2186 Ministério da Saúde responderam à maior parte dos questionamentos anteriormente
2187 formulados pelo Plenário e pela COFIN. Informou que a análise conclusiva da revisão da PAS
2188 2026 e do PNS seria realizada conjuntamente com o processo de apreciação do Relatório
2189 Anual de Gestão - RAG, durante oficina específica prevista para a reunião ordinária
2190 subsequente, oportunidade em que as comissões intersetoriais poderiam examinar
2191 detalhadamente as alterações relacionadas às respectivas áreas temáticas. Ressaltou,
2192 contudo, a importância de aperfeiçoar o fluxo de diálogo entre o Ministério da Saúde e o
2193 Conselho, de modo que eventuais revisões dos instrumentos de planejamento sejam
2194 compartilhadas com o controle social desde sua construção, evitando que as alterações sejam
2195 apresentadas apenas em sua fase final de consolidação. Conselheira **Shirley Marshal**
2196 **Morales** reafirmou que o CNS não deve apenas ser informado sobre alterações promovidas
2197 nos instrumentos de planejamento, mas participar efetivamente de sua construção e
2198 deliberação, conforme as competências atribuídas ao controle social. Manifestou preocupação
2199 com reduções verificadas em determinadas metas relacionadas à formação de profissionais, às
2200 mesas de negociação permanente, às residências em saúde, à preceptoria e à cobertura de
2201 saúde bucal. Observou que mudanças aparentemente pontuais podem produzir impactos
2202 significativos sobre a organização dos serviços e sobre a qualidade da assistência prestada à
2203 população. Também ressaltou que cada comissão intersetorial deverá analisar as alterações
2204 sob a perspectiva de sua área de atuação, contribuindo para o aperfeiçoamento do
2205 planejamento do SUS. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** também defendeu maior
2206 participação do CNS no processo de revisão das metas e indicadores, destacando
2207 preocupação com alterações verificadas no Objetivo 7 do Plano Nacional de Saúde,
2208 especialmente aquelas relacionadas à força de trabalho, às residências em saúde e à
2209 formação de preceptores. Avaliou que mudanças dessa natureza exigem análise técnica
2210 aprofundada antes de sua consolidação, considerando seus possíveis reflexos sobre a
2211 qualificação da atenção à saúde e sobre a organização do trabalho no SUS. Conselheiro
2212 **Anselmo Dantas** reconheceu que parte das alterações decorre de ajustes metodológicos e
2213 operacionais, mas defendeu que as justificativas apresentadas sejam acompanhadas de
2214 análises complementares, citando as relacionadas aos impactos sobre o tempo de espera
2215 assistencial; a equidade regional; os vazios assistenciais e as populações em situação de

2216 vulnerabilidade, incluindo saúde indígena, saúde mental; e saneamento. Ressaltou, ainda, que
2217 mudanças metodológicas podem comprometer a comparabilidade histórica dos indicadores,
2218 motivo pelo qual devem ser amplamente debatidas com o controle social antes de sua
2219 implementação. Também manifestou preocupação específica com a redução de metas
2220 relacionadas à saúde bucal, tema que deverá ser objeto de análise pela respectiva comissão
2221 intersetorial. Em resposta às manifestações do Plenário, a Coordenadora-Geral de
2222 Planejamento da SPO/MS, **Cristiane Munhoz**, agradeceu as contribuições apresentadas e
2223 reiterou que as alterações promovidas não modificaram o mérito das políticas públicas nem
2224 alteraram os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, restringindo-se a ajustes
2225 metodológicos, operacionais e normativos devidamente detalhados na documentação
2226 encaminhada ao CNS. De todo modo, colocou a equipe técnica da Subsecretaria à disposição
2227 para prestar informações adicionais às comissões intersetoriais durante a continuidade do
2228 processo de análise. Na sequência, o assessor técnico da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**,
2229 reafirmou que o Conselho constitui instância deliberativa do SUS e que, por essa razão, deve
2230 participar continuamente do processo de revisão dos instrumentos de planejamento. Ressaltou
2231 que o caráter dinâmico do planejamento exige diálogo permanente entre gestão e controle
2232 social, defendendo que eventuais necessidades de adequação do Plano Nacional de Saúde
2233 sejam compartilhadas tempestivamente com a COFIN e com o Plenário, permitindo que o
2234 Conselho acompanhe e contribua para a construção das alterações antes de sua consolidação
2235 formal. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** reiterou a necessidade de um fluxo de
2236 trabalho, destacando, inclusive, que a revisão do PNS 2024–2027 decorre de processo
2237 construído conjuntamente entre o Ministério da Saúde e o CNS, tendo como referência as
2238 diretrizes aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde. Ressaltou que, embora o
2239 planejamento seja dinâmico e sujeito a atualizações, é fundamental fortalecer o diálogo entre a
2240 gestão e o controle social durante o processo de revisão dos instrumentos de planejamento, de
2241 modo a assegurar a apreciação das alterações pelo Conselho. Defendeu que as comissões do
2242 CNS acompanhem de forma sistemática as mudanças propostas para os objetivos e metas do
2243 PNS e da PAS, articulando essa análise ao exame do Relatório Anual de Gestão - RAG, o que
2244 contribuirá para qualificar o monitoramento e a avaliação das políticas e ações desenvolvidas
2245 pelo Ministério da Saúde. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura Júnior** sugeriu que a
2246 CIRTES e a COFIN façam análise conjunta das metas relacionadas à força de trabalho, às
2247 residências em saúde, às bolsas e à formação profissional, considerando as preocupações
2248 manifestadas durante o debate. Explicou que as demais comissões também poderão examinar
2249 as alterações referentes aos respectivos eixos temáticos e apresentar contribuições ao CNS.
2250 Encerrando a discussão, conselheira **Francisca Valda da Silva** ressaltou que a avaliação dos
2251 instrumentos de planejamento constitui atividade estratégica para o fortalecimento do SUS,
2252 observando que fatores relacionados ao financiamento, ao novo arcabouço fiscal, à
2253 arrecadação e à execução orçamentária repercutem diretamente sobre o cumprimento das
2254 metas pactuadas. Destacou que as alterações relativas à formação e ao trabalho em saúde,
2255 especialmente no âmbito das residências multiprofissionais e da qualificação dos
2256 trabalhadores, serão acompanhadas com atenção pelas comissões competentes, reafirmando
2257 o compromisso do CNS de contribuir tecnicamente para o aperfeiçoamento permanente do
2258 planejamento do SUS. Ao final, agradeceu a participação da equipe da Subsecretaria de
2259 Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, reconhecendo a importância do diálogo
2260 estabelecido durante o processo de revisão da Programação Anual de Saúde 2026. Definido
2261 este ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do segundo dia de reunião. Estiveram
2262 presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* - **Agnelo Temrité Wadzatsé**,
2263 Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Alex Gomes da**
2264 **Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos
2265 Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos
2266 Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia**
2267 **Ferreira Santiago**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**,
2268 Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cristiane Pereira dos Santos**,
2269 Ministério da Saúde (MS); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das
2270 Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
2271 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de
2272 Enfermagem – ABEN; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das
2273 Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de
2274 Fonoaudiologia (CFFa); **Heliana Neves Hemetério dos Santos**, Rede Nacional de Lésbicas
2275 Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR); **João Alves do Nascimento Júnior**,

2276 Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **José Vanilson Torres da Silva**,
2277 Movimento Nacional População de Rua (MNPR); **Marcia Cristina das Dores Bandini**,
2278 Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**,
2279 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação
2280 Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**,
2281 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Priscila**
2282 **Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de
2283 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação
2284 Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos
2285 Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e
2286 **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* –
2287 **Alciomar Antônio Marin**, Federação Brasileira de Hospitais (FBH); **Allan Nuno Alves de**
2288 **Sousa**, Ministério da Saúde (MS); **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de
2289 Fonoaudiologia (SBFA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde,
2290 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila Francisco de Lima**, Articulação
2291 Nacional de Luta Contra AIDS (ANAIIDS); **César Carlos Wanderley Galiza**, Confederação
2292 Nacional da Indústria (CNI); **Danieli da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e
2293 Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de
2294 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de
2295 Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior
2296 Públicas do Brasil; **Fausto Soriano Estrela Neto**, Ministério da Saúde (MS); **Haroldo Jorge**
2297 **de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João Donizeti**
2298 **Scaboli**, Força Sindical (FS); **Livia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde
2299 (MS); **Luana Ferreira Lima**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Lucia Helena**
2300 **Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Cabral Ferreira**,
2301 Conselho Federal de Odontologia (CFO); **Marina Andueza Pauledli**, Instituto Brasileiro de
2302 Defesa do Consumidor (IDEC); **Michele Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas
2303 (ABL); **Pérola Nazaré de Souza Ferreira**, Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB);
2304 **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e
2305 Direitos Reprodutivos (RFS); e **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos
2306 Enfermeiros (FNE). Retomando, a mesa foi composta para o penúltimo item da pauta. **ITEM 9 –**
2307 **APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA**
2308 **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -**
2309 **PNAISPSR-SUS - Apresentação:** conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**, representante
2310 do Movimento Nacional População de Rua – MNPR; **Lilian Silva Gonçalves**, Coordenadora-
2311 Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde - CGAEQ/DESF/SAPS; e **Taciana**
2312 **Schnornberger**, representante da Rede de Consultórios na Rua e de Rua. *Coordenação:*
2313 conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Cristiane**
2314 **Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Após compor a mesa com as pessoas
2315 convidadas para expor sobre o tema, conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** ressaltou que a
2316 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua representa
2317 importante instrumento para assegurar o direito à saúde de uma população submetida a
2318 condições de extrema vulnerabilidade social e dificuldades de acesso aos serviços públicos.
2319 Destacou que a efetivação dos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade do
2320 SUS exige a implementação de estratégias específicas de cuidado, entre elas os Consultórios
2321 na Rua, a articulação intersetorial e o acolhimento humanizado. Enfatizou que a
2322 implementação da política demanda o compromisso conjunto de gestores, trabalhadores,
2323 prestadores de serviços, controle social e sociedade civil, reafirmando a saúde como direito de
2324 todas as pessoas e a promoção da dignidade humana como responsabilidade coletiva. Na
2325 sequência, conselheira **Michele Seixas de Oliveira**, coordenadora-adjunta da Comissão
2326 Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade - CIPPE/CNS, fez considerações iniciais
2327 sobre a pauta. Destacou que o debate sobre a saúde da população em situação de rua foi
2328 priorizado pela CIPPE/CNS, em razão da relevância e da urgência do tema. Ressaltou que a
2329 comissão promoveu discussão prévia sobre a política em reunião presencial, reconhecendo a
2330 necessidade de fortalecer sua implementação e de ampliar o acesso dessa população a uma
2331 atenção integral, equânime e humanizada. Informou que, a partir desse debate, a CIPPE
2332 propôs a inclusão do tema na pauta do Pleno do CNS, agradecendo à Mesa Diretora pelo
2333 acolhimento da proposta e aos expositores pela participação. A seguir, abriu a palavra ao
2334 conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**, representante do MNPR, para iniciar as
2335 exposições sobre o tema. Destacou que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da

População em Situação de Rua no âmbito do SUS - PNAISPSR-SUS representa uma importante conquista dos movimentos sociais e do controle social, resultado de amplo processo de construção coletiva desenvolvido em todas as regiões do país. Ressaltou que a iniciativa constitui instrumento fundamental para assegurar o acesso aos direitos e promover a inclusão social da população em situação de rua. Informou que as pessoas em situação de rua enfrentam múltiplas barreiras de acesso aos serviços de saúde, de natureza estrutural, institucional, social, emocional e simbólica, destacando o racismo, a LGBTfobia, o conservadorismo, a burocratização dos serviços, a exigência de documentação e comprovante de residência, a inadequação dos protocolos assistenciais, o estigma, a discriminação e a invisibilidade social como fatores que comprometem o acesso ao SUS. Ressaltou que o preconceito permanece como um dos principais obstáculos à garantia do direito à saúde dessa população. Destacou que, embora a legislação assegure o atendimento à população em situação de rua independentemente da apresentação de comprovante de residência, persistem situações de recusa de atendimento e de violação de direitos nos serviços de saúde. Observou ainda que a insuficiência de dados epidemiológicos e o monitoramento ainda limitado das ações voltadas a essa população dificultam a formulação e a implementação de políticas públicas efetivas, contribuindo para a manutenção das desigualdades no acesso ao cuidado. Ressaltou que a Lei nº. 13.714/2018 assegura o atendimento no SUS de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social, mesmo que eles não apresentem comprovante de residência. Apesar dessa garantia legal, apresentou relatos de situações de negligência e violação do direito à saúde envolvendo pessoas em situação de rua em diferentes unidades de saúde do país, incluindo casos de recusa de atendimento, demora na assistência, óbitos, parto sem assistência adequada e separação de mães e recém-nascidos. Ressaltou que essas ocorrências evidenciam a persistência de práticas discriminatórias e a necessidade de qualificar o acolhimento e a assistência prestados pelos serviços de saúde. Afirmou que a efetividade da PNAISPSR-SUS depende da superação de práticas higienistas, medicalizantes e estigmatizantes, bem como da qualificação permanente dos profissionais de saúde para o atendimento das especificidades da população em situação de rua. Defendeu que a Política seja efetivamente implementada em todo o território nacional, garantindo acesso à saúde com dignidade, respeito e equidade. Também manifestou preocupação com a violência sofrida pela população negra, periférica e em situação de rua, destacando a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de proteção da vida e de enfrentamento ao racismo estrutural e à violência institucional. Defendeu que as políticas de segurança pública observem os direitos humanos e contemplem mecanismos de responsabilização por violações cometidas contra populações em situação de vulnerabilidade. Por fim, reiterou que a garantia do direito à saúde deve estar articulada a outras políticas públicas, especialmente de moradia, trabalho, emprego e renda, ressaltando que a superação da situação de rua exige ações intersetoriais capazes de enfrentar as múltiplas vulnerabilidades que levam pessoas e famílias a essa condição. Seguindo, expôs a representante da Rede de Consultórios na Rua e de Rua, **Taciana Schnornberger**, que iniciou destacando a importância do processo participativo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua no âmbito do SUS. Nessa linha, ressaltou que a retomada do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua fortaleceu o diálogo entre gestores, trabalhadores e movimentos sociais e contribuiu para a elaboração de uma política de Estado comprometida com a garantia do direito à saúde dessa população. Enfatizou que a construção coletiva permitiu incorporar diferentes perspectivas e enfrentar desafios relacionados à implementação da Política nos distintos contextos territoriais. Recordou que a Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua surgiu em 2015, a partir da iniciativa de trabalhadores que participaram de curso promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fiocruz, constituindo-se como espaço de articulação, troca de experiências, fortalecimento das equipes e qualificação das práticas de cuidado voltadas à população em situação de rua. Ressaltou que a rede promove encontros periódicos, estimula pesquisas e atua na qualificação das práticas desenvolvidas pelos Consultórios na Rua. Destacou que a publicação da Política representa importante avanço, mas ressaltou que sua efetividade dependerá da implementação das ações previstas nos estados e municípios. Observou que a autonomia dos entes federativos pode resultar em diferentes formas de organização da atenção à população em situação de rua, tornando essencial o fortalecimento do diálogo com CONASS e CONASEMS, de modo a ampliar o compromisso dos gestores com a implementação da Política. Defendeu a ampliação do número de equipes de Consultórios na Rua, o fortalecimento das ações de educação permanente, a expansão da oferta de cursos de qualificação e a destinação de recursos que assegurem a implementação das diretrizes da

2396 política. Ressaltou que a atenção integral à população em situação de rua exige atuação
2397 intersetorial e permanente articulação entre os serviços de saúde, assistência social e demais
2398 políticas públicas, superando práticas centradas exclusivamente na internação compulsória, na
2399 institucionalização ou em ações “higienistas”. Afirmou que as transformações observadas no
2400 perfil da população em situação de rua, agravadas pelos efeitos da pandemia de Covid-19, das
2401 desigualdades sociais e dos eventos climáticos extremos, ampliam a complexidade do cuidado
2402 e reforçam a necessidade de políticas públicas estruturantes. Nesse contexto, defendeu que a
2403 PNAISPSR-SUS seja acompanhada de estratégias permanentes de implementação,
2404 monitoramento e apoio técnico aos gestores e trabalhadores do SUS. Também ressaltou que a
2405 implementação da Política deverá ser acompanhada da elaboração de materiais orientadores,
2406 cursos, publicações técnicas, vídeos educativos e outras estratégias de educação permanente
2407 que auxiliem gestores e trabalhadores na organização do cuidado à população em situação de
2408 rua. Observou que a elevada rotatividade de profissionais, a precarização dos vínculos de
2409 trabalho e o desconhecimento sobre as especificidades dessa população dificultam a
2410 consolidação das práticas assistenciais, tornando indispensável o investimento contínuo na
2411 formação das equipes. Destacou, ainda, que o trabalho desenvolvido pelas equipes de
2412 Consultórios na Rua exige organização diferenciada do processo de trabalho, com
2413 disponibilidade de tempo para construção de vínculo, acompanhamento longitudinal e
2414 articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde. Ressaltou que os indicadores de
2415 monitoramento deverão considerar essas especificidades, evitando avaliações baseadas
2416 exclusivamente em metas quantitativas de produção, e defendeu a qualificação dos processos
2417 de planejamento e avaliação das equipes. Por fim, reafirmou que a efetivação da PNAISPSR-
2418 SUS dependerá do compromisso compartilhado entre Ministério da Saúde, gestores estaduais
2419 e municipais, CNS, CONASS, CONASEMS, trabalhadores e movimentos sociais, destacando a
2420 necessidade de garantir recursos, ampliar as estratégias de educação permanente e fortalecer
2421 a implementação do plano operativo da política em todo o território nacional. A Coordenadora-
2422 Geral/CGAEQ/DESF/SAPS/MS, **Lilian Silva Gonçalves**, seguiu com as exposições,
2423 agradecendo, primeiramente, a oportunidade de debater a Política Nacional de Atenção
2424 Integral à Saúde da População em Situação de Rua no Pleno do Conselho. Destacou que a
2425 proposta da PNAISPSR-SUS resulta de processo participativo coordenado pela Secretaria de
2426 Atenção Primária à Saúde, construído em diálogo permanente com o CNS, movimentos
2427 sociais, trabalhadores, gestores, instituições de ensino, CONASS e CONASEMS. Ressaltou
2428 que a reativação do Comitê Técnico Nacional de Saúde da População em Situação de Rua, em
2429 2024, ampliou a participação dos movimentos sociais na formulação da política, fortalecendo a
2430 gestão participativa e a construção coletiva das propostas. Informou que a elaboração da
2431 Política foi precedida de oficinas regionais realizadas nas cinco regiões do país, voltadas à
2432 identificação dos principais desafios e das possibilidades de fortalecimento da atenção à saúde
2433 da população em situação de rua. Explicou que as contribuições provenientes desses
2434 encontros subsidiaram tanto a elaboração da minuta da política quanto do respectivo plano
2435 operativo, estruturado com indicadores, metas e estratégias para sua implementação.
2436 Acrescentou que, após sucessivas discussões no Comitê Técnico Nacional, o texto foi
2437 submetido à análise do CONASS, do CONASEMS, da Consultoria Jurídica do Ministério da
2438 Saúde e da Comissão CIPPE/CNS, e, naquele momento, apreciação do Pleno do CNS, antes
2439 da pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. Destacou que a PNAISPSR-SUS constitui
2440 política setorial da saúde articulada à Política Nacional para a População em Situação de Rua,
2441 instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, com o objetivo de contemplar as especificidades do
2442 cuidado integral a essa população. Informou que a política está estruturada em fundamentos,
2443 objetivos, princípios, diretrizes, marcadores sociais e sete eixos estratégicos, organizados de
2444 forma a orientar a implementação das ações e facilitar o monitoramento dos resultados.
2445 Apresentou como objetivo geral da política a promoção do acesso integral às ações e aos
2446 serviços de saúde da população em situação de rua, com prioridade para o enfrentamento das
2447 desigualdades étnico-raciais decorrentes do racismo, da aporofobia, da LGBTfobia e de outras
2448 formas de discriminação. Destacou, entre os objetivos específicos, a ampliação do cuidado
2449 integral em todos os ciclos de vida, o fortalecimento da participação social, da educação
2450 permanente, da produção e qualificação das informações em saúde, da comunicação em
2451 saúde, da vigilância, da intersetorialidade e das ações voltadas ao enfrentamento dos
2452 determinantes sociais da saúde. Ressaltou que a Política reafirma os princípios constitucionais
2453 do SUS, incorporando, entre seus fundamentos, o respeito à dignidade humana, à cidadania, à
2454 convivência familiar e comunitária, à equidade, à integralidade, à participação social e à
2455 intersetorialidade. Destacou, ainda, que os marcadores sociais da desigualdade — como raça,

etnia, gênero, orientação sexual, deficiência, faixa etária, nacionalidade e situação socioeconômica — constituem elementos centrais para a organização das ações e serviços destinados à população em situação de rua. Na sequência, apresentou os sete eixos estratégicos da política: atenção integral à saúde; interseccionalidade, determinação social e enfrentamento da extrema vulnerabilidade social; produção, monitoramento e avaliação de dados; participação popular, controle social e gestão participativa; educação permanente, educação popular e comunicação em saúde; vigilância popular e vigilância em saúde; e promoção da saúde, intersetorialidade e cidadania. Destacou que cada eixo contempla objetivos específicos voltados à ampliação do acesso, à desburocratização dos serviços, ao fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial, das estratégias de redução de danos, da saúde mental, da saúde bucal, da saúde da mulher, da vigilância em saúde e da articulação intersetorial. Também informou que a Política prevê ações voltadas ao fortalecimento da produção e qualificação das informações em saúde, incluindo a consolidação de indicadores específicos, o aprimoramento dos sistemas de informação do SUS e a inclusão do campo "população em situação de rua" como informação obrigatória nos principais sistemas nacionais de informação em saúde, permitindo maior capacidade de monitoramento, planejamento e avaliação das ações desenvolvidas. No âmbito da educação permanente, destacou que a proposta contempla a qualificação de trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde, estudantes e movimentos sociais, bem como o fortalecimento da educação popular em saúde, da comunicação em saúde e da valorização dos trabalhadores envolvidos no cuidado à população em situação de rua. Ressaltou, ainda, a importância da vigilância popular e da vigilância em saúde para o enfrentamento dos riscos sanitários, das mudanças climáticas e das condições de trabalho vivenciadas por essa população. Por fim, informou que o plano operativo da política já se encontra em desenvolvimento e destacou algumas ações em execução no âmbito do Programa Ruas Visíveis, entre elas a ampliação do número de equipes de Consultórios na Rua, a aquisição de unidades móveis para essas equipes, a atualização dos sistemas de informação e a implementação do curso de aperfeiçoamento EdPop Rua, destinado à qualificação de mais de cinco mil trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, incluindo equipes de Consultórios na Rua, das equipes multiprofissionais e dos Centros de Atenção Psicossocial, com foco no cuidado integral à população em situação de rua. Ressaltou que essas iniciativas demonstram o compromisso do Ministério da Saúde com a implementação da política e com a ampliação do acesso dessa população às ações e aos serviços do SUS. Concluídas as exposições, a mesa abriu para as conselheiras e os conselheiros inscritos. Conselheira **Carmem Ferreira Santiago** parabenizou a CIPPE/CNS pela inclusão do tema na pauta do Pleno e destacou a atuação do conselheiro José Vanilson Torres na sensibilização da sociedade para a realidade vivenciada pela população em situação de rua. Ressaltou que a aproximação com esse segmento contribuiu para desconstruir estigmas e fortalecer o reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direitos. Também compartilhou experiência desenvolvida no Estado do Ceará por meio da Pastoral da Rua, destacando iniciativas de inclusão social e valorização da dignidade humana, e manifestou reconhecimento à trajetória dos movimentos sociais na defesa dos direitos da população em situação de rua. Conselheira **Helenice Yeme Nakamura** parabenizou os expositores pela construção da PNAISPSR-SUS e ressaltou a necessidade de fortalecer sua articulação com outras políticas públicas, considerando a complexidade das vulnerabilidades que levam pessoas à situação de rua. Defendeu o aprimoramento dos mecanismos de dimensionamento dessa população, sugerindo a inclusão de campos específicos de identificação e pontos de referência nos sistemas de cadastro do SUS, a fim de qualificar o acompanhamento dos usuários. Também propôs que os programas de educação permanente contemplem, de forma explícita, a participação dos residentes em saúde nos processos de formação voltados ao cuidado da população em situação de rua. Conselheira **Shirley Marshall Morales** destacou a relevância da Política apresentada e ressaltou que a efetividade de sua implementação dependerá do fortalecimento da formação dos trabalhadores do SUS para o atendimento da população em situação de rua, especialmente diante das múltiplas vulnerabilidades decorrentes de marcadores sociais como raça, gênero e condição socioeconômica. Manifestou preocupação com a disponibilidade de recursos orçamentários para viabilizar as ações previstas, considerando a redução de investimentos em áreas estratégicas, como saúde bucal, saúde mental, saúde materno-infantil, vacinação e qualificação profissional. Nesse contexto, questionou como o Ministério da Saúde pretende assegurar a implementação da Política e o cumprimento de seus objetivos no período de vigência do Plano Nacional de Saúde 2024-2027. Conselheiro **Madson Ferreira** ressaltou a importância da nova política e defendeu sua

2516 articulação com os mecanismos de financiamento da Atenção Primária à Saúde. Manifestou
2517 preocupação quanto aos critérios atualmente adotados para cadastramento, vinculação e
2518 financiamento das equipes, entendendo que podem limitar a priorização do atendimento à
2519 população em situação de rua pelos gestores municipais. Também destacou a necessidade de
2520 fortalecer a atenção em saúde bucal para esse segmento populacional, observando que a
2521 ampliação do acesso aos serviços dependerá do aperfeiçoamento dos instrumentos de
2522 financiamento e da ampliação da cobertura assistencial. Conselheira **Luana Ferreira Lima**
2523 destacou que a Política representa importante avanço para a garantia do direito à saúde da
2524 população em situação de rua e relembrou sua experiência profissional na defesa dos direitos
2525 desse segmento populacional, ressaltando a permanência de graves violações de direitos ao
2526 longo dos anos. Reconheceu o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde no
2527 atendimento à população em situação de rua e enfatizou que a integralidade do cuidado
2528 depende da articulação entre as políticas de saúde, assistência social e demais políticas
2529 públicas. Manifestou preocupação quanto à efetiva implementação da política, defendendo a
2530 garantia de financiamento, pactuação interfederativa e priorização das ações necessárias para
2531 sua execução. Conselheiro **Anselmo Dantas** parabenizou os expositores pela elaboração da
2532 Política e destacou a importância do eixo relacionado à participação popular, ao controle social
2533 e à gestão participativa como elemento estratégico para sua implementação. Ressaltou que a
2534 complexidade da temática não deve constituir obstáculo à formulação de políticas públicas,
2535 defendendo o fortalecimento dos comitês técnicos, dos conselhos locais de saúde e dos
2536 mecanismos de participação da população em situação de rua nos processos de gestão do
2537 SUS. Observou, contudo, que a efetividade da Política dependerá da disponibilidade de
2538 recursos, da atuação dos profissionais de saúde e do compromisso dos gestores municipais
2539 com sua implementação. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** destacou o caráter
2540 participativo do processo de elaboração da Política, ressaltando que sua construção envolveu
2541 movimentos sociais, trabalhadores, gestores e instâncias de pactuação interfederativa,
2542 constituindo importante referência para a formulação de outras políticas públicas. Defendeu a
2543 implementação imediata da iniciativa como instrumento de enfrentamento às violações de
2544 direitos vivenciadas pela população em situação de rua, especialmente às práticas higienistas,
2545 à institucionalização compulsória e às situações recorrentes de violência e discriminação.
2546 Também enfatizou a necessidade de garantir proteção, formação e apoio institucional aos
2547 trabalhadores que atuam diretamente com essa população, diante das condições adversas
2548 enfrentadas no exercício de suas atividades. Conselheira **Veridiana Ribeiro da Silva**
2549 parabenizou a CIPPE/CNS pela condução do processo de construção da política e reconheceu
2550 a atuação do conselheiro José Vanilson Torres na ampliação da visibilidade das demandas da
2551 população em situação de rua. Destacou dados que evidenciam a magnitude das
2552 desigualdades enfrentadas por esse segmento populacional, especialmente a elevada
2553 mortalidade, a predominância de pessoas negras e a concentração da população em situação
2554 de rua nos grandes centros urbanos. Ressaltou que esses indicadores reforçam a urgência da
2555 implementação da Política e da adoção de medidas voltadas ao enfrentamento das iniquidades
2556 em saúde. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** também parabenizou a Comissão pela
2557 construção da Proposta e o conselheiro José Vanilson Torres pelo protagonismo na defesa dos
2558 direitos da população em situação de rua. Compartilhou relatos que evidenciam as graves
2559 violações de direitos enfrentadas por esse segmento, especialmente por mulheres em situação
2560 de rua, ressaltando a necessidade de garantir a efetiva implementação da Política. Também
2561 manifestou preocupação com a segurança dos trabalhadores da saúde que atuam junto à
2562 população em situação de rua, defendendo a adoção de medidas de proteção e valorização
2563 desses profissionais. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** destacou que a apresentação da
2564 Política representa importante conquista dos movimentos sociais e da população em situação
2565 de rua, resultado de longo processo de mobilização e construção coletiva. Ressaltou que a
2566 instituição da Política constitui etapa fundamental para o fortalecimento da cidadania, da
2567 dignidade humana e do direito à saúde, lembrando a atuação dos movimentos sociais na
2568 defesa do direito à moradia durante a pandemia de Covid-19 e na prevenção de despejos.
2569 Reafirmou o compromisso do controle social com a implementação da Política e com a garantia
2570 dos direitos da população em situação de rua. Conselheira **Camila Francisco de Lima**
2571 destacou a importância de que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População
2572 em Situação de Rua contemple de forma efetiva as especificidades da população LGBTQIA+,
2573 especialmente das pessoas travestis e transexuais em situação de rua, frequentemente
2574 submetidas a graves violações de direitos e à violência institucional. Defendeu que a Política
2575 fortaleça estratégias de cuidado humanizado e de enfrentamento às desigualdades que afetam

2576 esse segmento populacional, garantindo atenção integral, equidade e respeito à diversidade.
2577 Concluídas as manifestações, a coordenação retornou a palavra à mesa, para considerações.
2578 A Coordenadora-Geral CGAEQ/DESF/SAPS, **Lilian Silva Gonçalves** agradeceu as
2579 contribuições apresentadas durante o debate e ressaltou que a construção PNAISPSR-SUS foi
2580 conduzida de forma participativa, em diálogo permanente com os movimentos sociais, por meio
2581 do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. Destacou que a participação
2582 social constitui princípio estruturante do SUS e elemento indispensável para a formulação de
2583 políticas públicas voltadas à promoção da equidade. Informou que a implementação da Política
2584 representa o principal desafio da gestão, ressaltando que sua elaboração foi precedida pela
2585 reativação do Comitê Técnico e pela realização de processo de escuta qualificada junto aos
2586 movimentos sociais e às organizações representativas da população em situação de rua.
2587 Destacou a contribuição histórica do Movimento Nacional da População em Situação de Rua e
2588 do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua na defesa dos direitos dessa população
2589 e na construção das diretrizes da Política. Também ressaltou o fortalecimento institucional da
2590 Coordenação-Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde, com ampliação da
2591 equipe técnica responsável pelas políticas de promoção da equidade, o que tem permitido
2592 ampliar a articulação intersetorial e a capacidade de implementação das políticas públicas.
2593 Reconheceu, contudo, que as restrições orçamentárias permanecem como importante desafio
2594 para a execução das ações previstas, exigindo permanente articulação para garantia de
2595 recursos. Destacou o protagonismo da Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua,
2596 reconhecendo sua contribuição para a qualificação do cuidado e para a organização dos
2597 trabalhadores que atuam junto à população em situação de rua. Ressaltou que a atuação
2598 integrada entre trabalhadores, movimentos sociais e gestores fortalece a implementação das
2599 políticas públicas e amplia a capacidade de resposta do SUS às necessidades dessa
2600 população. Informou que o Ministério da Saúde implementará inovação tecnológica por meio
2601 da estruturação de unidades móveis para os Consultórios na Rua, equipadas para assegurar
2602 melhores condições de atendimento, privacidade aos usuários e condições adequadas de
2603 trabalho às equipes. Acrescentou que esses equipamentos contarão com cofinanciamento
2604 federal destinado à manutenção de suas atividades, garantindo sustentabilidade à estratégia.
2605 Em resposta aos questionamentos sobre financiamento da Atenção Primária à Saúde, explicou
2606 que a Portaria GM/MS nº 3.493 foi alterada pela Portaria GM/MS nº 7.799/2025, estabelecendo
2607 regras específicas para as equipes de Consultórios na Rua, de Atenção Primária Prisional e de
2608 Saúde da Família Ribeirinha. Informou que essas equipes não serão avaliadas pelos
2609 componentes de acompanhamento e vínculo mencionados durante o debate e colocou a
2610 Coordenação-Geral de Acesso e Equidade à disposição do Conselho para aprofundar a
2611 discussão sobre o cofinanciamento das equipes de Consultórios na Rua. A representante da
2612 Rede de Consultórios na Rua e de Rua, **Taciana Schnornberger**, agradeceu o convite para
2613 participar da discussão e ressaltou que a atuação dos trabalhadores dos Consultórios na Rua
2614 somente se concretiza de forma efetiva quando articulada aos movimentos sociais e às
2615 organizações representativas da população em situação de rua. Destacou que o processo de
2616 trabalho das equipes deve estar fundamentado na defesa dos direitos humanos, na promoção
2617 da cidadania e no reconhecimento das pessoas em situação de rua como sujeitos de direitos.
2618 Informou que está em andamento, no âmbito do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e
2619 Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua - CIAMP-Rua, o
2620 processo de construção do Censo Nacional da População em Situação de Rua, iniciativa que
2621 contará com a participação do IBGE e contribuirá para qualificar as informações utilizadas no
2622 planejamento das políticas públicas. Destacou, ainda, a importância da inclusão de campos
2623 específicos para identificação dessa população nos sistemas nacionais de informação em
2624 saúde. Ressaltou que práticas “higienistas” e de exclusão social ainda persistem em diferentes
2625 territórios, reforçando a necessidade de qualificar a formação dos trabalhadores da saúde para
2626 que atuem na defesa dos direitos da população em situação de rua e não reproduzam práticas
2627 discriminatórias ou de criminalização. Também reconheceu a existência de experiências
2628 exitosas de gestão e reafirmou a importância de ampliar sua divulgação como referência para
2629 implementação da política em todo o país. Conselheiro **José Vanilson Torres da Silva**,
2630 representante do MNPR, informou que o IBGE está desenvolvendo metodologia específica
2631 para a realização do Censo Nacional da População em Situação de Rua, após experiências
2632 piloto já realizadas, ressaltando que a produção de dados nacionais constitui condição
2633 indispensável para o planejamento e a efetividade das políticas públicas destinadas a esse
2634 segmento populacional. Observou que os dados atualmente disponíveis, provenientes do
2635 Cadastro Único, ainda são insuficientes para dimensionar a realidade da população em

situação de rua. Manifestou solidariedade à profissional de enfermagem vítima de agressão no Hospital DF Star, no Distrito Federal, e repudiou qualquer forma de violência contra a trabalhadora da saúde, defendendo a responsabilização do autor dessa prática. Também defendeu a realização de caravanas nacionais voltadas à divulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua nos territórios, com o objetivo de fortalecer sua implementação e sensibilizar gestores e profissionais de saúde para sua efetivação. Ressaltou, contudo, que a consolidação da Política dependerá da garantia de dotação orçamentária adequada. Ao encerrar sua participação, relembrou, em forma de poema de sua autoria, o massacre ocorrido na Praça da Sé, em 19 de agosto de 2004, destacando que o episódio impulsionou a organização nacional do Movimento da População em Situação de Rua e reafirmando que a mobilização social continuará enquanto persistirem pessoas vivendo em situação de rua e tendo seus direitos fundamentais violados. Conselheira **Michele Seixas de Oliveira**, coordenadora-adjunta da CIPPE/CNS, reforçou que a efetividade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua dependerá da garantia de recursos orçamentários para sua implementação. Também alertou para a permanência de práticas de violência institucional, racismo estrutural e políticas de exclusão direcionadas à população em situação de rua, defendendo o fortalecimento das ações de proteção dos direitos humanos e da equidade no âmbito das políticas públicas. Na sequência, a coordenação da mesa fez a leitura dos encaminhamentos que surgiram do debate: **1)** fortalecer a construção de políticas intersetoriais e de sistemas integrados que assegurem atenção integral, contínua e humanizada à população em situação de rua; **2)** realizar, no âmbito do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, censo específico voltado à população em situação de rua, com vistas ao dimensionamento real dessa população e ao fortalecimento do planejamento, monitoramento e implementação de políticas públicas; **3)** incluir, no sistema e-SUS, campo específico de ponto de referência para localização, acompanhamento e continuidade do cuidado da população em situação de rua; **4)** fomentar a inserção e a formação de residentes em saúde para atuação no cuidado integral à população em situação de rua, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua no Sistema Único de Saúde - PNAISPSR-SUS; **5)** fortalecer o eixo da participação popular, do controle social e da gestão participativa na implementação da Política, considerando os aspectos financeiros, a pactuação interfederativa, a valorização dos profissionais de saúde e as demais condições estruturantes necessárias à sua efetivação; **6)** promover articulação interinstitucional com o Ministério Público e demais órgãos competentes para o fortalecimento das ações de saúde mental voltadas à população em situação de rua; **7)** desenvolver estratégias de enfrentamento às práticas de higienização social da população em situação de rua, assegurando a defesa dos direitos humanos, da dignidade e do acesso integral à saúde; e **8)** realizar caravanas nacionais voltadas à divulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População em Situação de Rua nos territórios. **Os encaminhamentos foram aprovados.** Ao encerrar o debate, conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** ressaltou que a garantia da atenção integral à população em situação de rua representa compromisso com a defesa da vida, da justiça social e da construção de um país mais solidário e digno. Agradeceu aos expositores pelas contribuições apresentadas, bem como aos conselheiros e conselheiras pela qualificação do debate e pelo fortalecimento das discussões em torno da implementação da Política. **ITEM 10 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersectoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas** - *Composição da mesa:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres**, da Mesa Diretora do CNS. **1)** Minuta de resolução que aprova diretrizes, orientações e recomendações para a formação de trabalhadoras e trabalhadores técnicos de nível médio da área da saúde, no âmbito da ordenação da formação em saúde pelo SUS, e o Parecer Técnico CIRTES/CNS nº xxx/2026. No documento, o CNS aprova as diretrizes e orientações para a formação de trabalhadoras e trabalhadores nos cursos técnicos de nível médio da área da saúde, na forma desta Resolução e de seu Anexo, como referência para a formulação de políticas públicas, a articulação intersectorial e a qualificação dos processos formativos no âmbito do SUS. Além disso, recomenda: a) ao Ministério da Educação – MEC - que considere as diretrizes, orientações, recomendações e parâmetros constantes desta Resolução e de seu Anexo na formulação, implementação, monitoramento e revisão de políticas públicas relacionadas à Educação Profissional Técnica de Nível Médio na área da saúde; ao MEC, especialmente à Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica - SETEC/MEC - que considere, nos processos de atualização do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos e dos demais instrumentos orientadores da Educação

2696 Profissional Técnica de Nível Médio, as especificidades da formação técnica na área da saúde,
2697 em consonância com os princípios do SUS; b) ao Conselho Nacional de Educação – CNE - que
2698 considere as diretrizes, orientações, recomendações e parâmetros constantes desta Resolução
2699 e de seu Anexo nos debates e deliberações relativos às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos
2700 demais marcos normativos da Educação Profissional e Tecnológica, de modo a promover a
2701 adequação da formação técnica de nível médio na área da saúde às necessidades sociais em
2702 saúde e aos princípios do SUS; c) aos Conselhos Estaduais e Distrital de Educação - que
2703 observem as diretrizes, orientações, recomendações e parâmetros constantes desta Resolução
2704 e de seu Anexo na normatização, autorização, acompanhamento e avaliação dos cursos
2705 técnicos de nível médio da área da saúde, no âmbito de seus respectivos sistemas de ensino;
2706 d) ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP - que
2707 considere as especificidades da formação técnica em saúde no desenvolvimento de processos
2708 e instrumentos de avaliação da Educação Profissional e Tecnológica; e e) ao Ministério da
2709 Saúde - que considere as diretrizes, orientações e recomendações e parâmetros constantes
2710 desta Resolução e de seu Anexo na formulação, implementação e fortalecimento de políticas
2711 públicas de formação técnica em saúde voltadas ao SUS. O documento foi enviado
2712 previamente aos conselheiros e às conselheiras, no prazo regimental. Por essa razão, não
2713 houve a leitura integral do texto. **Deliberação: a resolução foi aprovada por unanimidade. 2)**
2714 Minuta de recomendação ao Ministério da Saúde para instituição da Política Nacional de Saúde
2715 Integral da População Quilombola no âmbito do SUS. No documento, o CNS recomenda ao
2716 Ministério da Saúde: **I** – instituir a Política Nacional de Saúde Integral da População Quilombola
2717 no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, com diretrizes específicas para promoção,
2718 prevenção, cuidado e vigilância em saúde nos territórios quilombolas; **II** – estabelecer
2719 mecanismos de monitoramento e avaliação da política, com indicadores específicos para
2720 acompanhamento das condições de saúde da população quilombola; e **III** – promover a
2721 institucionalização da política em âmbito nacional, assegurando sua integração às políticas de
2722 promoção da equidade em saúde e aos instrumentos de planejamento do SUS. O documento,
2723 elaborado pela CIPPE/CNS, foi enviado previamente aos conselheiros e às conselheiras, no
2724 prazo regimental. Por essa razão, não houve a leitura integral do texto. **Deliberação: a**
2725 **recomendação foi aprovada por unanimidade. 3)** Minuta de resolução que altera a
2726 Resolução CNS nº 801, de 29 de janeiro de 2026, para substituir integrante da Comissão
2727 Organizadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde. No documento, o CNS resolve que fica
2728 substituído, na composição da Comissão Organizadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde,
2729 o nome do conselheiro nacional de saúde Eder Pereira da Silva pelo do conselheiro nacional
2730 de saúde Francisco Marcelino Rogério Filho, na representação do segmento de usuários, em
2731 alteração à Resolução CNS nº 801, de 29 de janeiro de 2026. Permanecem inalteradas as
2732 demais disposições da Resolução CNS nº 801, de 29 de janeiro de 2026. O documento foi lido
2733 na íntegra, visto que não foi enviado dentro do prazo regimental. **Deliberação: a resolução foi**
2734 **aprovada por unanimidade. 4)** Nota denuncia ataques ao controle social e manifesta apoio à
2735 presidenta do CNS. O documento, elaborado pela Comissão Intersetorial de Educação
2736 Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS/CNS, foi lido na íntegra, visto que não
2737 foi enviado previamente. O texto é o seguinte: “Nota denuncia ataques ao controle social e
2738 manifesta apoio à presidenta do CNS As medidas adotadas pelo Governo do Estado de São
2739 Paulo contra a presidenta do Conselho Nacional de Saúde - CNS, Fernanda Magano, foram
2740 classificadas como um grave ataque ao controle social, à participação popular e à autonomia
2741 institucional do SUS. A negativa de liberação integral da presidenta de suas funções no serviço
2742 de origem para dedicação às atividades institucionais do CNS tem sido apontada como uma
2743 tentativa de enfraquecer a atuação da principal instância de deliberação e participação social
2744 da saúde pública brasileira. Além do impacto institucional, a medida também é vista como uma
2745 violência política direcionada a uma mulher eleita democraticamente para ocupar um espaço
2746 de representação nacional. Em um cenário marcado pelos desafios enfrentados pelas
2747 mulheres nos espaços de decisão e liderança, o cerceamento ao exercício do mandato da
2748 presidenta do CNS é interpretado como uma afronta à participação das mulheres na
2749 construção das políticas públicas e nos processos democráticos. As críticas também se
2750 estendem aos impactos sobre a articulação social construída historicamente por movimentos
2751 populares, entidades e conselhos de saúde em defesa do SUS. Limitar a atuação da
2752 presidência do CNS significa atingir diretamente os mecanismos de participação popular
2753 garantidos pela Constituição Federal e pela Lei nº 8.142/1990. O episódio ocorre em meio à
2754 mobilização nacional da 18ª Conferência Nacional de Saúde, que reúne milhares de pessoas
2755 nas etapas municipais e estaduais em defesa do SUS, da democracia e da participação social.

2756 Manifestamos total e irrestrito apoio ao Conselho Nacional de Saúde - CNS e à sua presidenta,
2757 Fernanda Magano, reafirmando a legitimidade de sua atuação à frente da maior instância de
2758 deliberação das políticas públicas de saúde do país e na condução do processo de articulação
2759 da 18ª Conferência Nacional de Saúde. Repudiamos, de forma veemente, quaisquer ações de
2760 intimidação, perseguição política ou entraves institucionais e administrativos que tenham como
2761 objetivo fragilizar o exercício do controle social e limitar a atuação de representantes
2762 democraticamente eleitos. Cobramos que o Governo do Estado de São Paulo respeite a
2763 legislação que rege o controle social no SUS, especialmente a Lei nº 8.142/1990, garantindo as
2764 condições necessárias para o pleno exercício das funções públicas desempenhadas pela
2765 presidência do CNS, sem constrangimentos, retaliações ou impedimentos burocráticos. Ao
2766 reafirmar a defesa do Conselho Nacional de Saúde, destacamos que proteger o CNS significa
2767 defender o SUS, a democracia participativa e o direito constitucional da população brasileira
2768 de participar da construção das políticas públicas de saúde. **Deliberação: a nota foi aprovada
2769 por unanimidade. ENCERRAMENTO** – Nada mais a tratar, a Presidenta do CNS encerrou a
2770 378ª Reunião Ordinária do CNS, agradecendo a presença das conselheiras e dos conselheiros
2771 do CNS e demais participantes. Estiveram presentes as seguintes conselheiras e conselheiros
2772 na tarde do segundo dia de reunião: *Titulares* - **Agnelo Temrité Wadzatsé**, Coordenação das
2773 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da
2774 Saúde Nacional; **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO;
2775 **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais
2776 Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Carmem Silvia Ferreira Santiago**, Central
2777 Única dos Trabalhadores – CUT; **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas
2778 Região Sul (ARPIN-SUL); **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Elenilson
2779 Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase -
2780 MORHAN); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;
2781 **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de
2782 Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice
2783 Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **João Alves do Nascimento
2784 Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **José Vanilson Torres da Silva**,
2785 Movimento Nacional População de Rua (MNPR); **Marcia Cristina das Dores Bandini**,
2786 Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**,
2787 Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Maria Thereza Almeida Antunes**, Federação
2788 Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**,
2789 Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Priscila
2790 Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de
2791 Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação
2792 Brasileira de Nutrição (ASBRAN); **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos
2793 Bispos do Brasil (CNBB); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; e
2794 **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* –
2795 **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais,
2796 Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Camila Francisco de Lima**, Articulação Nacional de
2797 Luta Contra AIDS (ANAIDS); **César Carlos Wanderley Galiza**, Confederação Nacional da
2798 Indústria (CNI); **Danieli da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e
2799 Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e
2800 Leucemia (ABRALE); **Elidio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias
2801 Municipais de Saúde (CONASEMS); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos
2802 de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do
2803 Brasil; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde
2804 (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical (FS); **Luana Ferreira Lima**, Associação
2805 Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Lucia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes
2806 Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Cabral Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia (CFO);
2807 **Marina Andueza Pauledli**, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); **Michele
2808 Seixas de Oliveira**, Articulação Brasileira de Lésbicas (ABL); **Odete Messa Torres**,
2809 Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM); **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Rede
2810 Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); e **Shirley
2811 Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE).