MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos oito e nove dias do mês de julho de 2026, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde "Omilton Visconde", Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília/DF, realizou-se a Tricentésima Octogésima Reunião Ordinária do CNS. Os objetivos da 380ª Reunião Ordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Apreciar e debater a apresentação da atualização da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas - PNSIPCFA. **3)** Apreciar os informes sobre a 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). **5)** Promover o debate sobre o Mestrado Profissional em Participação e Controle Social em Saúde. **6)** Apreciar e debater o papel do CNS na 79ª Assembleia Mundial da Saúde na Reforma da saúde global. **7)** Promover o debate sobre o cenário da saúde suplementar no Brasil e o protagonismo do controle social. **8)** Apreciar e debater sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (COFIN). **9)** Promover o debate sobre o Panorama Atual da Situação das Hepatites Virais no Brasil. **10)** 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 **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. No início da reunião, foram apresentadas aos conselheiros e às conselheiras nacionais orientações para a condução das reuniões ordinárias do CNS durante o período eleitoral de 2026. A Presidência deste Conselho registra que, em razão do período eleitoral, encontram-se em vigor as vedações previstas na Lei nº 9.504, de 1997, e nas normas do Tribunal Superior Eleitoral e da Secretaria-Geral da Presidência da República, que reforçam o dever de neutralidade dos órgãos públicos. Informo que o CNS continuará exercendo normalmente suas competências constitucionais, legais e regimentais, assegurando o amplo debate das políticas públicas de saúde e o pleno exercício do controle social do SUS. Todavia, este espaço institucional não poderá ser utilizado, por meio das falas ou manifestações, para propaganda político-eleitoral, promoção ou oposição a candidaturas, partidos políticos ou coligações, nem para pedidos de voto ou de não voto, em observância à legislação eleitoral vigente. Caso alguma manifestação se afaste dessa finalidade, a Presidência poderá intervir para reconduzir os trabalhos, nos termos do Regimento Interno e da legislação aplicável, preservando o bom andamento da reunião, a igualdade entre os participantes e a neutralidade do CNS. Para fins da legislação eleitoral, o conceito de agente público é amplo. Nos termos do art. 73, § 1º, da Lei nº 9.504, de 1997, considera-se agente público quem exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, mandato, cargo, emprego ou função em órgãos ou entidades da Administração Pública. Por essa razão, conforme orientação do Manual de Condutas para Conselhos e Conselheiros, as pessoas conselheiras nacionais de saúde, como agentes públicos e no exercício de suas atribuições, estão sujeitas às cautelas e às vedações previstas na legislação eleitoral. No mesmo sentido, a Recomendação nº 1/2026/SNPS/SG/PR, da Secretaria-Geral da Presidência da República, orienta que as pessoas conselheiras que pretendam concorrer às eleições de 2026 apresentem pedido de desincompatibilização até três meses antes do pleito. Por fim, registra-se que foram encaminhados, por e-mail, a todas as conselheiras e a todos os conselheiros nacionais de saúde, a Cartilha Eleitoral de Condutas Vedadas aos Agentes Públicos Federais nas Eleições de 2026, o Manual de Condutas para Conselhos e Conselheiros e a Recomendação nº 1/2026/SNPS/SG/PR, para conhecimento e observância das orientações aplicáveis durante o período compreendido entre 4 de julho de 2026 e o encerramento do pleito eleitoral. Agradeço a colaboração de todas e todos e declaro abertos os trabalhos da reunião. **ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências. Apresentação das novas nomeações de Pessoas Conselheiras Nacionais de**

Saúde e Pessoas Coordenadoras Nacionais de Plenárias dos Conselhos de Saúde presentes na Reunião. Datas representativas para a saúde no mês de julho. Indicações. Relatório de atividades da Mesa Diretora - *Composição da mesa:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e **Jannayna Salles**, Secretária Executiva do CNS. **INFORMES -** Ao dar início ao expediente, conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, iniciou franqueando a palavra para informes, reiterando as orientações apresentadas na abertura da reunião quanto à observância da legislação eleitoral vigente. Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS, **Jannayna Salles**, comunicou a reabertura do prazo para apresentação de propostas ao edital destinado ao fortalecimento dos Conselhos Locais de Saúde. Informou que, após o encerramento do prazo inicialmente previsto em 2 de julho, foi estabelecido novo período para submissão de projetos até 3 de agosto, visando ampliar a participação das entidades interessadas e fortalecer a iniciativa. Destacou que as propostas recebidas seriam posteriormente analisadas em conjunto pela Secretaria-Executiva do CNS e pelo Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa do Ministério da Saúde - DGIP/MS. A Presidenta do CNS ressaltou que a prorrogação do prazo já havia contribuído para o aumento do número de manifestações e projetos apresentados. Conselheiro **Anselmo Dantas**, representante da Federação Interestadual dos Odontologistas - FIO, informou sua participação, em representação do CNS e da Comissão Intersetorial de Saúde Bucal - CISB/CNS, na 61ª Reunião Anual da Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO, realizada em Fortaleza. Destacou que, durante o evento, foi lançado o segundo volume da publicação “Demografia das Profissões – Odontologia”, voltado à formação de profissionais de nível superior e técnico na área odontológica, enfatizando a relevância do estudo para a compreensão dos desafios relacionados à formação e à distribuição da força de trabalho em saúde bucal. Em seguida, manifestou preocupação com iniciativas voltadas à interrupção da fluoretação da água de abastecimento público em municípios cujos serviços de saneamento foram privatizados, alertando para os impactos dessa medida sobre a saúde coletiva e defendendo a manutenção da fluoretação como importante estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças. Conselheira **Elgiane Machado Lago**, representante da Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB e coordenadora adjunta da Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - CIPICS/CNS, informou que a Comissão participou da 1ª Conferência dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, realizada em Brasília, coordenando o espaço dedicado às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Destacou que, apesar do curto prazo para organização da atividade, foi possível estruturar a participação da Comissão com apoio da Mesa Diretora e da Secretaria-Executiva do CNS, realizando atendimentos no espaço denominado "Espaço do Cuidado e Bem-Estar Simone Bispo", que acolheu aproximadamente 335 participantes entre os cerca de mil delegados presentes no evento. Ressaltou a importância da experiência para ampliar a inserção das práticas integrativas em espaços de debate sobre políticas públicas e agradeceu o apoio institucional recebido para viabilizar a atividade. Conselheira **Lucimary Santos Pinto**, representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS, manifestou preocupação com a situação envolvendo a Associação Sou Cannabis de Goiás e seu presidente, **Derick Rezende**, relatando que, embora amparado por salvo-conduto judicial para o cultivo e o transporte de plantas de cannabis destinadas exclusivamente ao uso medicinal, o dirigente teria sido alvo de ações policiais incompatíveis com a decisão judicial vigente. Defendeu o respeito às decisões do Poder Judiciário, a garantia do acesso aos tratamentos com cannabis medicinal e o fortalecimento da formação dos agentes públicos, de forma a evitar violações de direitos e assegurar a proteção de pacientes e associações regularmente autorizados. Conselheiro **Derivan Brito**, representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, informou sua participação, em representação do CNS, nos Fóruns Regionais e Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, realizados, respectivamente, em Vitória/ES e em Brasília/DF. Destacou a retomada desses espaços de debate e propôs que o Conselho avaliasse mecanismos para assegurar a participação de crianças e adolescentes na 18ª Conferência Nacional de Saúde, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e protagonistas das discussões sobre políticas públicas voltadas à infância, à adolescência e, especialmente, à saúde mental. Conselheira **Lúcia Modesto Xavier**, representante da Associação de Diabetes Juvenil - ADJ Brasil, informou sua participação na abertura da Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, ocasião em que representou o CNS. Em seguida, destacou a publicação da Portaria que instituiu o Programa Nacional de Inovação Radical em Saúde, enfatizando sua importância para o fortalecimento da pesquisa, do desenvolvimento tecnológico, da soberania sanitária e do

Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Ressaltou, ainda, a necessidade de acompanhamento da implementação da iniciativa pelo Conselho. Também registrou a realização das campanhas Julho Neon, voltada à promoção da saúde bucal, e Julho Amarelo, dedicada à conscientização sobre as hepatites virais, destacando a importância dessas mobilizações para a promoção da saúde e o cuidado integral das pessoas com condições crônicas. Conselheira **Sueli Barrios**, representante da Rede Unida, agradeceu a participação da Mesa Diretora do Conselho e das conselheiras e dos conselheiros nacionais no 17º Congresso Internacional da Rede Unida, realizado em São Luís/MA, ressaltando que a presença do Conselho fortaleceu a aproximação entre a entidade e o controle social. Também convidou as Comissões Intersetoriais do CNS a participarem das rodas de conversa promovidas pelo projeto Participa Mais, destinado à formação de conselheiras, conselheiros e lideranças sociais, como estratégia para ampliar a divulgação das agendas e dos debates desenvolvidos pelas comissões em âmbito nacional. Conselheira **Rosa Maria Anacleto**, representante da União de Negros pela Igualdade - UNEGRO, apresentou informe sobre o Julho das Pretas, destacando sua importância como movimento histórico e político de organização e mobilização das mulheres negras. Recordou que, em 1992, o I Encontro de Mulheres Negras da América Latina e do Caribe, realizado em Santo Domingo, consagrou o dia 25 de julho como o Dia Internacional da Mulher Negra Latino-Americana e Caribenha. No Brasil, ressaltou a referência a Tereza de Benguela, liderança quilombola cujo legado simbolizou a capacidade das mulheres negras de governar, formular e liderar. Relembrou a Marcha das Mulheres Negras de 2015, realizada em Brasília contra o racismo e a violência e pelo bem viver, que reuniu mais de 50 mil mulheres e reafirmou a necessidade da participação das mulheres negras nos espaços de decisão. Destacou que, em 2025, dez anos após a primeira mobilização, foi realizada a 2ª Marcha Nacional das Mulheres Negras, também com dimensão internacional, representando um momento de balanço das conquistas e de cobrança dos compromissos assumidos ao longo da década. Ao tratar das perspectivas para 2026, defendeu a transformação da força das mobilizações em conquistas institucionais concretas, com a consolidação dos espaços conquistados, a garantia de orçamento público para as pautas das mulheres negras e sua efetiva participação nos espaços de decisão. Por fim, reafirmou a continuidade da mobilização das mulheres negras pelo bem viver. Conselheiro **Thiago Soares,** Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFRO, apresentou informe sobre as ações desenvolvidas pela entidade no âmbito do Julho das Pretas, destacando a realização, em diferentes regiões do País, de atividades como marchas, caminhadas, palestras e ações formativas. Ressaltou a responsabilidade dos homens na luta pelos direitos das mulheres e afirmou que não poderiam se abster desse processo, especialmente no enfrentamento ao feminicídio e às violências que atingem as mulheres negras. Na sequência, abordou as feiras de saúde, realizadas em diferentes localidades do País pelo Ministério da Saúde, por meio da área responsável pela saúde da população negra, destacando a importância da valorização das religiões de matriz africana e do reconhecimento dos terreiros como espaços de promoção da saúde e de acesso ao SUS. Parabenizou o Ministério da Saúde pela iniciativa e ressaltou que as feiras constituíram uma proposta originalmente concebida e desenvolvida pela RENAFRO, posteriormente ampliada para diferentes regiões do Brasil. Por fim, destacou que a realização das atividades nos terreiros fortaleceu o reconhecimento desses espaços como locais de promoção da saúde, da igualdade e do enfrentamento ao racismo religioso. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte,** Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR, informou que, nos dias 29 e 30 de junho, participou, juntamente com o conselheiro Alex Mota, coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde - CIVS, da oficina de construção da Cartilha Popular da Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS, realizada em Brasília. Destacou que a atividade reuniu movimentos populares de saúde, representantes da academia e da gestão para discutir a elaboração de um material acessível, capaz de ampliar a compreensão sobre a PNVS e a vigilância em saúde, especialmente entre os movimentos populares e as comunidades que já desenvolviam práticas de vigilância em seus territórios. Avaliou positivamente o processo de construção da cartilha, que ainda passaria por outras etapas de elaboração. Informou, ainda, que, na ocasião, foi lançado o Guia de Vigilância Popular em Saúde e Emergências Climáticas, material que apresentou, de forma didática, conceitos relacionados à vigilância em saúde e experiências desenvolvidas em diferentes territórios. Sugeriu que o Conselho convidasse a Fiocruz Ceará para realizar o lançamento do Guia no âmbito do CNS, considerando sua importância para subsidiar as discussões sobre vigilância popular em saúde. Em seguida, relatou a realização de audiência pública na Assembleia

Legislativa do Rio Grande do Sul para apresentação dos dados preliminares de um inquérito nacional relacionado à tuberculose entre a população em situação de rua e a população privada de liberdade. Destacou que os resultados preliminares apontaram avanços no controle da tuberculose entre a população privada de liberdade, enquanto situação semelhante não foi observada entre a população em situação de rua, aspecto que relacionou às diferentes formas de violência do Estado enfrentadas por esse segmento. Por fim, defendeu que as discussões sobre doenças de determinação social, como a tuberculose, considerassem prioritariamente as populações em situação de maior vulnerabilidade, com especial atenção à população em situação de rua. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos,** Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT – CNTSS, informou sobre sua participação, representando o CNS, no I Encontro Regional de Conselheiros Municipais de Saúde da Região de Campinas, realizado no dia 27 de junho, em Paulínia/SP. Informou que a atividade contou com a participação de representantes de doze conselhos municipais de saúde e possibilitou o debate sobre o funcionamento e a atualização dos regimentos internos dos conselhos, a organização da 18ª Conferência Nacional de Saúde e as novas atribuições relacionadas aos prazos para deliberação dos instrumentos de planejamento. Avaliou positivamente a atividade e destacou sua representatividade para os municípios da região. Em seu segundo informe, abordou a instalação, em abril daquele ano, da Mesa Nacional de Negociação Permanente da AgSUS, considerando a necessidade de representação e negociação das demandas dos trabalhadores da Agência. Ressaltou a relevância da AgSUS, especialmente por sua atuação relacionada ao Programa Mais Médicos e à gestão da saúde indígena, envolvendo mais de 20 mil trabalhadores distribuídos pelo País. Informou que, durante o mês de maio, foi estruturado o regimento interno da Mesa e que, em junho, a bancada dos trabalhadores apresentou sua pauta de reivindicações à gestão. Por fim, mencionou as entidades que integraram a representação dos trabalhadores na Mesa e elucidou que as entidades médicas participaram de espaço de negociação específico. Conselheira **Rosângela Dorneles,** da Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos às Vítimas da Covid-19 – Associação Vida e Justiça, registrou a promulgação da legislação que instituiu o Dia Nacional das Vítimas da Covid-19, destacando a conquista como resultado de uma construção coletiva que também envolveu o CNS. Ressaltou a importância da preservação da memória das vítimas e das consequências da pandemia e informou sobre a inauguração do Centro Cultural do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, que recebeu exposição dedicada à memória da pandemia. Defendeu que o controle social também participasse da construção e preservação dessa memória. Na sequência, convidou as conselheiras e os conselheiros para participarem de conferência livre preparatória, organizada pela rede de entidades de vítimas da Covid-19, para a 2ª Conferência Livre do Grupo Frente pela Vida, como parte do processo de preparação para a Conferência Nacional de Saúde. Destacou a importância da atividade para recuperar debates e conquistas relacionados à democracia e à defesa do SUS. Por fim, relatou dificuldades relacionadas à participação do controle social no congresso nacional dos secretários de saúde, a ser realizado em Porto Alegre. Manifestou preocupação com a ausência do controle social na construção do evento, considerando sua participação histórica na consolidação e ampliação do SUS, e questionou se haveria representação do CNS no Congresso. Por fim, conselheira **Eurídice Ferreira de Almeida**, representando a coordenação do Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS, informou que o Fórum aprovou, por unanimidade, Carta de Apoio à presidenta do CNS, Fernanda Magano, em defesa do controle social, da participação democrática e da autonomia do CNS. Na leitura do documento, destacou-se a preocupação com as condições para o pleno exercício das atribuições institucionais da presidenta do CNS, diante da cassação de sua licença sindical pelo Estado de São Paulo e da consequente necessidade de conciliar sua jornada de trabalho com as responsabilidades inerentes à Presidência do Conselho. A Carta ressaltou o caráter permanente e deliberativo do CNS e a relevância pública das funções exercidas pelas conselheiras e pelos conselheiros de saúde. O documento também ressaltou que as normas que disciplinam o funcionamento dos conselhos de saúde garantiram a dispensa do trabalho, sem prejuízo e sem necessidade de compensação de carga horária, para o exercício das atividades próprias do controle social. Nesse sentido, afirmou-se que as dificuldades impostas ao exercício da Presidência extrapolaram a situação individual da presidenta e alcançaram a autonomia e o adequado funcionamento do próprio Conselho Nacional de Saúde. Por fim, o FENTAS manifestou solidariedade à presidenta **Fernanda Magano** e conclamou o Estado de São Paulo a adotar as medidas necessárias para assegurar o cumprimento das normas relativas ao exercício das funções das conselheiras e dos conselheiros de saúde, garantindo as condições institucionais

necessárias ao desempenho do mandato. A Carta reafirmou que a defesa da Presidência e da autonomia do CNS representou também a defesa do controle social, do SUS e da democracia. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** – Titular: Abrahão Nunes da Silva, Central de Movimentos Populares (CMP), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. 1º Suplente: Carlos Alberto Ebeling Duarte, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR, usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Carmem Silvia Ferreira Santiago, Central Única dos Trabalhadores (CUT), Usuário, motivo: agenda de trabalho. Titular: Cleide Cilene Farias Tavares, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde), Prestadores de Serviços de Saúde, motivo: agenda de trabalho. Titular: Elenilson Silva de Souza, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Fernando Marcello Nunes Pereira, Conselho Federal de Nutrição (CFN), Profissional de Saúde, motivo: agenda de trabalho. Titular: Heliana Neves Hemetério dos Santos, Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: João Donizete Scaboli, Força Sindical (FS), usuário, motivo: rodízio de titularidade. 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. 1º Suplente: Marcelo Fernandes de Queiroz, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC), Prestadores de Serviços de Saúde, motivo: agenda de trabalho. Titular: Marcia Cristina das Dores Bandini, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Profissional de Saúde, motivo: razões pessoais. Titular: Maria Thereza Almeida Antunes, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (FBASD), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. 1º Suplente: Marina Andueza Paullelli, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. 1º Suplente: Melissa do Amaral Ribeiro de Medeiros, Associação Brasileira de Câncer de Cabeça e Pescoço (ACBG Brasil), Usuário. motivo: razões pessoais. 1º Suplente: Odete Messa Torres, Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Profissional de Saúde, motivo: férias. Titular: Raimundo Carlos Moreira Costa, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT), 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: Ruth Cavalcanti Guilherme, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN), Profissional de Saúde, motivo: férias. 1º Suplente: Silvana Nair Leite Contezini, Instituto Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos (ENFAR), Profissional de Saúde, motivo: razões pessoais. Titular: Sylvia Elizabeth de Andrade Peixoto, Retina Brasil, Usuário, motivo: rodízio de titularidade. Titular: Vânia Lúcia Ferreira Leite, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Usuário, motivo: férias. Titular: Vanja Andréa Reis dos Santos, União Brasileira de Mulheres (UBM), Usuário, motivo: rodízio de titularidade. **APRESENTAÇÃO DAS NOVAS NOMEAÇÕES DE CONSELHEIROS(AS) NACIONAIS DE SAÚDE E DOS(AS) COORDENADORES(AS) NACIONAIS DE PLENÁRIAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE PRESENTES NA REUNIÃO - I - ENTIDADES E MOVIMENTOS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO SUS -** 1º Suplente: Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPINSUL) - Jonathan Toto Jacinto. (substituindo Wallace Justino de Araújo Silva Apurinã). Publicado em: 16/06/2026 | Edição: 110 | Seção: 2 | Página: 57. A substituição foi apresentada na 379ª Reunião Ordinária, mas o conselheiro não estava presente. **I - ENTIDADES E MOVIMENTOS NACIONAIS DE USUÁRIOS DO SUS.** 1º Suplente: Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP) - Obede Muniz Teodoro - (substituindo Alealdo Hilário dos Santos). **DATAS REPRESENTATIVAS PARA A SAÚDE NO MÊS DE JULHO -** Foram apresentadas as datas representativas da saúde referentes ao mês de julho de 2026, compreendendo: 1º a 31/7 – Julho Amarelo – Luta contra as hepatites virais; 1º a 31/7 – Julho Verde – Conscientização e combate ao câncer de cabeça e pescoço; 1º/7 – Dia da Vacina BCG e Dia do Enfermeiro de Saneamento; 2/7 – Dia do Hospital e Dia do Bombeiro Brasileiro; 3/7 – Dia Nacional de Combate à Discriminação Racial; 6/7 – Dia Mundial das Zoonoses; 8/7 – Dia Nacional da Ciência, Dia Mundial da Alergia e Dia Nacional do Pesquisador Científico; 9/7 – Dia Nacional de Alerta à Insuficiência Cardíaca e Dia do Médico Oncologista; 10/7 – Dia Mundial da Saúde Ocular; 11/7 – Dia Nacional do Socorrista e Dia Mundial da População; 13/7 – Dia do Estatuto da Criança e do Adolescente; 14/7 – Dia do Administrador Hospitalar; 15/7 – Dia Nacional do Homem; 17/7 – Dia de Proteção às Florestas e Dia do Cirurgião Oncológico; 20/7 – Dia do Amigo e Internacional da Amizade; 22/7 – Dia Mundial do Cérebro; 24/7 – Dia Internacional do

Autocuidado; 25/7 – Aniversário de criação do Ministério da Saúde, Dia Internacional da Mulher Negra Latino-Americana e Caribenha, Dia Mundial de Prevenção do Afogamento, Dia do Motorista e Dia da Agricultura Familiar; 26/7 – Dia dos Avós e Dia Mundial de Proteção aos Manguezais; 27/7 – Dia Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, Dia Mundial de Conscientização e Enfrentamento ao Câncer de Cabeça e Pescoço e Dia do Pediatra; 28/7 – Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais; e 30/7 – Dia do Cirurgião Geral, Dia Mundial do Bordado e Dia Mundial contra o Tráfico de Pessoas. *Solicitações de inclusão*: 2/7 – Dia Mundial da Conscientização sobre o Autismo; 18/7 – Dia do Orgulho Autista; julho laranja – campanha nacional, instituída pela Lei nº 15.424/2026, dedicada à conscientização sobre a saúde ortodôntica infantil. A legislação orienta que crianças de 6 a 12 anos realizem pelo menos um exame ortodôntico anual para identificar precocemente alterações no crescimento da face, na mordida e na respiração; 25/7 – dia de Thereza de Benguela **e da Mulher Negra** no Brasil e o Dia Internacional da Mulher Negra Latino-Americana e Caribenha; e 6/7 – Lei Brasileira de Inclusão. **INDICAÇÕES – 1)** Convite da Coordenação de Articulação de Redes de Saúde e a Coordenação de Evidências em Saúde (SAPS e SCTIE) para participar do Diálogo Deliberativo sobre Coordenação do Cuidado e Ordenação da Rede pela Atenção Primária à Saúde, no dia 12 de junho de 2026, em formato virtual. *Indicação (referendar):* Conselheira, coordenadora da CIABS e integrante da MD Heliana Hemetério – Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR) (Virtual). **2)** Convite da Fundação Ecarta e o Coletivo de Ligas Acadêmicas de Doação e Transplante para participar do “Seminário Nacional pela Curricularização dos Conteúdos sobre Doação e Transplante de Órgãos e Tecidos nos cursos de Saúde – Desafios e Possibilidades”, no dia 19 de junho de 2026, em Porto Alegre. Indicação *(referendar):* conselheira Rosângela Dornelles - Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça (Reside em POA). **3)** Convite do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, por meio da Coordenação-Geral de Vigilância das Hepatites Virais, para participar da mesa de abertura da terceira edição do Seminário Diálogos para a Eliminação das Hepatites Virais, no intuito de realizar um amplo debate acerca do panorama atual da resposta às hepatites virais no país, no dia 24 de junho de 2026, em Brasília. Indicação (Referendar): Conselheira Neide Barros da Silva - Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV) (custeio do evento). **4)** Convite da Subcomissão de Avaliação dos Cursos de Medicina/SGTES para participar da reunião da Subcomissão de Avaliação dos Cursos de Medicina, com a pauta sobre o "Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica - ENAMED", no dia 25 de junho de 2026, de forma remota. *Indicação (referendar):* conselheira Odete Messa Torres – da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) (virtual). **5)** Convite do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, para participar das agendas a serem realizadas no Estado do Rio Grande do Sul, no dia 26 de junho de 2026, a partir das 14h30, em Porto Alegre. *Indicação (referendar):* conselheira Rosângela Dornelles, Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça (Reside em POA). **6)** Convite da Coordenação-Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis (CGIST), do Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI) para participar da Audiência Pública sobre a Agenda Nacional Prioritária para o Enfrentamento do HIV/aids, Tuberculose, Hepatites Virais, HTLV, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Vulnerabilizadas, a ser realizada no dia 30 de junho de 2026, acesso remoto. *Indicação (referendar):* conselheira Renata Soares de Souza, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP) (Virtual). **7)** Convite do Vice-diretor de Escola de Governo em Saúde e Coordenador do Observatório do SUS, organizado pelo Observatório do SUS da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz, para participar dos grupos de trabalho do seminário O SUS em perspectiva nacional e estadual no contexto das eleições de 2026, com o objetivo de promover debates sobre a situação atual e elaborar proposições para a atuação do Executivo federal e estadual no SUS, no dia 03 de julho de 2026, no Rio de Janeiro. *Indicação (referendar):* conselheiro Paulo Henrique Scrivano Garrido – Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN) (Reside noRio de Janeiro). **8)** Convite do Conselho Diretor da IAS e do Comitê Organizador da AIDS 2026 – 26ª Conferência Internacional sobre Aids para participar da cerimônia de abertura da conferência, no dia 27 de julho de 2026, Rio de Janeiro. *Indicação (referendar):* conselheira Renata Soares de Souza, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP) (Custeio Evento). **9)** Convite do Ministério das Mulheres para participar do Encontro Nacional de Parlamentares Municipais e Estaduais do Brasil – Mais Mulheres, Mais Direitos, nos dias 29 e 30 de junho de 2026, em

Brasília/DF. *Indicação (referendar):* conselheira Vanja Andrea, União Brasileira de Mulheres (UBM) (Reside em Brasília). **10)** Convite do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para participar do **Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**, nos dias **29 e 30 de junho**, **em Brasília/DF**. *Indicação (referendar):* conselheiro Derivan Brito da Silva, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), coordenador da CISM (custeio do COFFITO). **11)** Convite da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) para compor a Mesa de Abertura da cerimônia de lançamento do Volume 2 da Série Demografia da Odontologia no Brasil 2026, intitulado "Formação de Cirurgiões-Dentistas, Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal e em Prótese Dentária no Brasil", no dia 1 de julho de 2026, e também o Convite da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), para participar da solenidade de abertura oficial da 61ª Reunião Anual da ABENO, cujo tema central: "Memórias, Transformações e Futuro do Ensino Odontológico", no dia 01 de julho de 2026, na UFC, Fortaleza – CE. *Indicação (referendar):* conselheiro Anselmo Dantas Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO) (Custeio SGTES). **12)** Convite do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para participar da 15ª Conferência Municipal de Saúde, dia 01 de julho de 2026, na cidade Nova/Rio de Janeiro. *Indicação (referendar):* conselheiro Paulo Henrique Scrivano Garrido – Sindicato dos Servidores de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública (ASFOC-SN) (Reside no Rio de Janeiro). **13)** Convite do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo e a Secretaria Municipal da Saúde para compor a Mesa de Abertura da 23ª Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, etapa preparatória da 10ª Conferência Estadual de Saúde de São Paulo e da 18ª Conferência Nacional de Saúde, no dia 2 de julho de 2026, em São Paulo. *Indicação (referendar):* conselheira Lucia Helena Modesto Xavier – Associação de Diabetes Juvenil (ADJ) (Reside em São Paulo). **14)** Convite da Assessoria de Participação Social e Diversidade – APSD para participar do lançamento do Fórum Nacional pelo Protagonismo e Mobilização das Mulheres Idosas, no dia 3 de julho de 2026, no formato virtual. *Indicação (referendar):* conselheira Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa - Associação Brasileira de Alzheimer e condições Relacionadas (ABRAZ) (Virtual). **15)** Convite da Comissão Local do Seminário Nacional de Lésbicas - SENALE para participar do Seminário Nacional de Lésbicas 30 Anos do SENALE RJ 2026, nos dias 02 a 04 de julho de 2026, no Rio de Janeiro. *Indicação (referendar):* conselheira Heliana Hemetério – Rede Nacional de Lésbicas Bissexuais Negras Feministas (REDE CANDACES BR), coordenadora da CIABS e integrante da MD (Custeio CNS). **16)** Convite do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS para participar, na qualidade de palestrante, do Debate Temático "Saúde Mental", com o tema Cuidado em Liberdade para Pessoas que fazem Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas: um panorama da Rede de Atenção Psicossocial e os desafios da gestão municipal no SUS, no dia 14 de julho de 2026, no Rio Grande do Sul (FIERGS). *Indicação (referendar):* conselheiro José Vanilson Torres – Movimento Nacional de População de Rua (MNPR) (Custeio do CONASEMS). **17)** Convite do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS para participar, na qualidade de Palestrante do Painel Gestão em Saúde, com o tema Responsabilidades da Participação e Controle Social no SUS quanto aos Instrumentos de Planejamento e Gestão, no dia 14 de julho de 2026, Rio Grande do Sul (FIERGS). *Indicação (referendar):* Conselheira Francisca Valda da Silva - Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) (Custeio CNS). **18)** Convite do HU Brasil, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), para compor a Mesa de Abertura da Conferência Internacional de Hospitais Públicos Universitários nas Américas 2026, no dia 30 de julho de 2026, em Brasília/DF. *Indicação (referendar):* conselheira Eurídice Ferreira de Almeida, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil (FAZUBRA) (custeio CNS). **19)** Convite da Pastoral da Saúde Nacional (PSN) para participar, acompanhar e realizar uma palestra, no dia 1º de agosto de 2026, no 17º Congresso Regional de Humanização e Pastoral da Saúde cujo tema da palestra é: "a falta de moradia e a moradia inadequada são fatores de riscos à saúde pública", em Recife. *Indicação (referendar):* conselheiro Alex Gomes da Mota, Pastoral da Saúde Nacional (PSN)) (Custeio CNS). **20)** Convite do Colegiado Gestor e Comissão Organizadora dos Consultórios de Rua para participar do 9º Encontro Nacional de Consultórios na Rua e de Rua, nos dias 10, 11 e 12 de agosto de 2026, em Foz do Iguaçu/PR. *Indicação (referendar):* conselheiro José Vanilson Torres, Movimento Nacional de População de Rua (MNPR) (Custeio CNS). **21)** Convite da frente Nacional Contra a Privatização da Saúde para compor a Mesa de Abertura, dia 12 de agosto de 2026, e também participar na Mesa de debate intitulada: Quarenta Anos da 8ª CNS e os projetos em disputa na saúde: Democracia, controle social e reforma sanitária, durante o 11º

Seminário Nacional e 2º Seminário Internacional da frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, em Maceió/Alagoas. *Indicação (referendar):* conselheira Rafaela Bezerra Fernandes, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) (Já estava na atividade). **22)** *Core Group Meeting and Study Visit in Slovenia.* **Reunião do Grupo Central e Visita de Estudos à Eslovênia**, que ocorrerão no período de **21 a 25 de setembro de 2026**. O **Ministério da Saúde da República da Eslovênia** aguarda com satisfação a participação da delegação brasileira e reafirma seu compromisso com a continuidade da colaboração no âmbito do **Grupo Central.** *Indicação (referendar):* conselheira Fernanda Lou Sans Magano e assessor/CNS, Luiz Felipe, Assessoria internacional. *Comissões externas* - **23)** Convite do Departamento de Cooperação Técnica, Inovação e Desenvolvimento em Saúde DECOOP para anuência e indicação de representante para a participação do Grupo de Trabalho - GT responsável pela estruturação e implantação do Observatório de Políticas e Sistemas de Saúde, com duração inicial de doze meses, prorrogável por igual período, com a finalidade de promover a articulação entre órgãos governamentais, organismos nacionais e internacionais, instituições acadêmicas e entidades da sociedade civil, com vistas ao fortalecimento da inovação, da produção e sistematização de evidências, da inteligência estratégica e da qualificação das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS. *Indicação (referendar):* conselheiro Carlos Fidelis da Ponte, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). **24)** Convite do Ministério do Trabalho e Emprego, referente as atualizações dos representantes indicados pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CISTT, para compor a Comissão Nacional dos Trabalhadores Rurais Empregados com a finalidade de gerir a PNATRE. Indicação *(referendar):* titular - Jacildo de Siqueira Pinho - Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar do Brasil (CONTRAF); e suplente - Carmem Silvia Ferreira Santiago - Central Única dos Trabalhadores (CUT). **Deliberação: as indicações foram aprovadas por unanimidade. RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA MESA DIRETORA DO CNS –** Neste item, a Presidenta do CNS fez um informe sobre as atividades e representações institucionais realizadas ao longo do mês de junho de 2026, destacando a sua participação, a de integrantes da Mesa Diretora, a de conselheiras e conselheiros nacionais de saúde e a da Secretaria-Executiva em agendas relacionadas ao controle social, à saúde do trabalhador e da trabalhadora, à participação social, à formação em saúde, ao financiamento do SUS, à atenção primária, à assistência farmacêutica, aos direitos das mulheres e aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Entre os dias 9 e 11 de junho, a presidenta do CNS, conselheira Fernanda Magano, participou do 13º Encontro da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 13º Renasttão, em Brasília, compondo a mesa de abertura do evento, realizado sob o tema “Cuidar da Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador é Cuidar do Brasil”. Nos dias 12 e 13 de junho, conselheira Priscila Torres da Silva, integrante da Mesa Diretora, representou a Presidência do CNS na XV Conferência Municipal de Saúde de São José dos Campos/SP, participando da cerimônia de abertura e da palestra magna, cujo tema foi “Saúde, Democracia, Soberania e SUS: Cuidar do Povo é cuidar do Brasil”. Em 15 de junho, conselheira Fernanda Magano participou, em Brasília, da 100ª Reunião Ordinária da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS - MNNP-SUS. Em 16 de junho, a presidenta do CNS participou, de forma virtual, do Seminário Nacional do Protagonismo Juvenil do Programa Saúde na Escola - PSE, promovido no âmbito das ações intersetoriais da Atenção Primária à Saúde. Nos dias 16 e 17 de junho, conselheira Priscila Torres da Silva representou o CNS na VIII Jornada de Direito da Saúde, promovida pelo Fórum Nacional do Judiciário para a Saúde - FONAJUS, do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, em Brasília. Em 18 de junho, conselheira Fernanda Magano, Presidenta do CNS, participou, em Florianópolis/SC, da mesa de abertura do 17º Farmapolis – “A Saúde como Direito em um Mundo em Transformação”. Ainda no âmbito do 17º Congresso Farmapolis, em 19 de junho, conselheiro Getúlio Vargas de Moura Júnior, da Mesa Diretora do CNS, participou da atividade “Financiamento da Saúde: Quem paga o quê?”, enquanto a conselheira Francisca Valda da Silva participou do seminário “Trabalho na Saúde – Jornada, Salário, Carreira e Ambiente”, ambos realizados em Florianópolis/SC. Entre os dias 22 e 26 de junho, o CNS participou do 17º Congresso Internacional da Rede Unida, realizado na Universidade Estadual do Maranhão - UEMA, em São Luís/MA, com representação da Mesa Diretora do CNS - Fernanda Magano, Francisca Valda da Silva, Getúlio Vargas de Moura Júnior, Heliana Hemetério, Priscila Torres da Silva, Rodrigo Cesar de Lacerda e Vânia Lúcia Ferreira Leite. No dia 22 de junho, foram realizadas, no contexto do Congresso, a 224ª Reunião Ordinária da Mesa Diretora do CNS – 1º dia, o Fórum das Mulheres – Edição Maranhão e a abertura do 17º Congresso Internacional da Rede Unida, esta última com participação da

presidenta Fernanda Magano. Em 23 de junho, representantes do CNS participaram do Encontro Estadual de Saúde do Maranhão. Na mesma data, Fernanda Magano participou da abertura da Tenda Paulo Freire e do VIII Fórum Internacional de Participação em Saúde, Políticas Públicas e Educação Cidadã, ambos integrantes da programação do 17º Congresso Internacional da Rede Unida. Ainda naquele dia, conselheira Fernanda Magano, Presidenta o CNS e Heliana Hemetério atuaram na mediação da atividade "RES-PÚBLICA: Soberania e Democracia – A Participação Social e o Exercício da Cidadania". Também em 23 de junho, o Secretário-Executivo Substituto do CNS, Gustavo Cabral, representou o Conselho no seminário "Assistência Farmacêutica Forte para a Integralidade do Cuidado no SUS: Desafios e Propostas", realizado no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, em Brasília, a convite do IPEA, do CONASEMS e do CONASS. Em 24 de junho, ocorreu o segundo dia da 224ª Reunião Ordinária da Mesa Diretora do CNS, em São Luís, e a Presidenta do CNS participou da atividade "10 anos do Participa+: desafios para a educação permanente para o controle social no SUS", também integrante da programação do Congresso da Rede Unida. Em 25 de junho, conselheira Fernanda Magano, Presidenta do CNS e conselheira Francisca Valda da Silva participaram da atividade "40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde"; Heliana Hemetério participou do VIII Fórum Internacional de Atenção Básica/Primária em Saúde; e Getúlio Vargas de Moura Júnior participou da atividade "Mais recursos para o SUS – financiamento e justiça social", todas inseridas na programação do 17º Congresso Internacional da Rede Unida. Na mesma data, o Secretário Executivo Adjunto, Gustavo Cabral, participou, de forma virtual, da Reunião Plenária Ordinária do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul - CES/RS, na qual apresentou informações sobre a Portaria GM/MS referente aos incentivos financeiros destinados à formação e à estruturação dos Conselhos Locais de Saúde. Em 27 de junho, a Presidenta do CNS participou, virtualmente, do Ato Político do 12º Congresso Nacional da União Brasileira de Mulheres - UBM, realizado em São Paulo/SP, e da Conferência Municipal de Saúde de Mauá/SP, a convite do respectivo Conselho Municipal de Saúde. Entre 29 de junho e 2 de julho, a Presidenta do CNS participou, em Brasília, da 1ª Conferência Nacional dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, após ter sido indicada pelo Conselho para integrar a delegação de representantes do Fórum Interconselhos. A participação ocorreu a convite da Secretaria Nacional de Participação Social, vinculada à Secretaria-Geral da Presidência da República. Por fim, em 30 de junho, a Presidenta do CNS participou do 2º Encontro Nacional de Conselheiros(as) Representantes dos(as) Trabalhadores(as) dos Conselhos Regionais e do Conselho Nacional do SESI, realizado em Brasília, no qual atuou como palestrante no painel "CNST – Balanço e Perspectivas de diálogo e ações conjuntas das Conferências de Saúde do Trabalhador". **Para conhecimento. Não houve deliberação. ITEM 3 – APRESENTAÇÃO DA ATUALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS – PNSIPCFA –** *Apresentação:* **Irânia Maria da Silva Ferreira Marques,** Assessora Técnica da Coordenação-Geral de Participação e Articulação com os Movimentos Sociais - CGPAMS/DGIP; conselheiro **José Oliveira da Silva**, representante da Comissão Pastoral da Terra - CPT no Grupo da Terra; e **Noemi Margarida Krefta,** Representante do Movimento de Mulheres Camponesas - MMC no Grupo da Terra. *Coordenação:* conselheiro **Getúlio Vargas Júnior**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando este ponto de pauta, a coordenação convidou as pessoas convidadas e frisou a relevância da pauta para o fortalecimento da equidade no SUS, ressaltando que a política constitui importante instrumento para promover o acesso integral à saúde das populações que vivem nos territórios rurais, florestais e ribeirinhos, considerando suas especificidades sociais, culturais, econômicas e territoriais. Enfatizou, ainda, que a interiorização das ações e serviços de saúde representa elemento fundamental para a consolidação dos princípios do SUS e para a redução das desigualdades em saúde. Antes de iniciar as exposições, concedeu a palavra ao conselheiro **Thiago Soares**, coordenador da Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE/CNS, para considerações iniciais sobre o tema. Em sua manifestação, ressaltou a importância da atualização da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, destacando sua estreita relação com a atuação da CIPPE/CNS. Observou que as comunidades tradicionais, entre elas as comunidades de terreiro, compartilham desafios comuns às populações do campo, da floresta e das águas, especialmente no que se refere à proteção dos territórios, à preservação ambiental e ao acesso às políticas públicas de saúde. Ressaltou que a Comissão assumiu como compromisso acompanhar e fortalecer essa política, considerando sua relevância para a promoção da equidade e para a garantia do direito à saúde

dessas populações. Destacou, ainda, que a apresentação ao Plenário possibilitaria conhecer os avanços alcançados, os impactos produzidos e os desafios ainda existentes para sua implementação. Ao concluir, desejou que o debate contribuísse para o fortalecimento da política e do controle social no âmbito do SUS. Após essas considerações iniciais, expôs a representante do Movimento de Mulheres Camponesas - MMC no Grupo da Terra, **Noemi Margarida Krefta**, que iniciou saudando todas as pessoas presentes e apresentando sua trajetória como camponesa residente no município de Palma Sola, em Santa Catarina, destacando sua atuação no Movimento de Mulheres Camponesas e sua experiência na produção agrícola e na educação popular em saúde. Ressaltou que sua participação no debate decorria da vivência cotidiana nos territórios do campo, conferindo à sua fala a perspectiva das populações diretamente abrangidas pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas - PNSIPCFA. Na sequência, apresentou um resgate histórico da constituição do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. Relatou que, desde 2004, diversos movimentos sociais ligados às populações do campo passaram a dialogar com o Ministério da Saúde acerca das dificuldades de acesso às políticas públicas e da necessidade de construção de uma política específica para esses territórios. Informou que o Grupo da Terra foi institucionalizado em 12 de dezembro de 2005, tornando-se espaço permanente de articulação entre os movimentos sociais e o Ministério da Saúde para discutir as condições de vida, os determinantes sociais da saúde e as especificidades das populações do campo, da floresta e das águas. Destacou que esse processo possibilitou a construção coletiva da política, incorporando a visão e as demandas dos próprios sujeitos que vivem nesses territórios. Prosseguindo, explicou que a elaboração da política exigiu amplo debate sobre os conceitos que orientam sua formulação. Destacou que o Grupo da Terra buscou diferenciar a agricultura camponesa da agricultura familiar convencional, ressaltando que o modo de vida camponês está associado à produção diversificada de alimentos saudáveis, ao autoconsumo, à geração de renda e à preservação da relação sustentável com o território. Da mesma forma, destacou que foram discutidos os significados da florestania e das populações das águas, compreendendo povos que vivem da floresta, do extrativismo, da pesca artesanal, da mariscagem e outras formas tradicionais de organização social vinculadas aos recursos hídricos. Ressaltou que esses conceitos permitiram ampliar o alcance da política e reconhecer a diversidade de modos de vida existentes nesses territórios. A expositora enfatizou que a política parte do reconhecimento de que as populações do campo, da floresta e das águas possuem necessidades distintas daquelas observadas nos centros urbanos. Defendeu que o acesso às políticas públicas de saúde deve considerar as especificidades culturais, sociais, econômicas e territoriais desses grupos, respeitando suas formas próprias de organização comunitária e de produção da vida. Nesse contexto, destacou as desigualdades históricas enfrentadas, especialmente pelas mulheres camponesas, mencionando as dificuldades de acesso à educação formal, à formação superior e às oportunidades de qualificação profissional. Compartilhou sua própria trajetória educacional como exemplo dessas barreiras e ressaltou a importância de iniciativas voltadas à educação popular em saúde e à ampliação do acesso ao ensino superior para as populações rurais. Ressaltou que a efetivação do direito à saúde dessas populações depende da garantia de um conjunto de direitos sociais, entre eles o acesso à terra, às águas, às florestas, à educação, ao transporte, ao lazer e às demais políticas públicas necessárias à reprodução da vida nos territórios. Destacou que a promoção da saúde deve reconhecer e valorizar as práticas populares de cuidado, os saberes tradicionais, os benzimentos, as celebrações comunitárias e outras formas de produção do cuidado desenvolvidas pelas comunidades, entendendo-as como componentes legítimos da promoção da saúde e da identidade cultural dessas populações. Ao abordar a organização dos serviços de saúde, enfatizou a necessidade de qualificar a formação dos profissionais para que compreendam as especificidades culturais e linguísticas das populações do campo, da floresta e das águas. Observou que dificuldades de comunicação entre profissionais e usuários frequentemente comprometem a qualidade do cuidado, defendendo que os processos formativos incorporem conhecimentos relacionados aos modos de vida, às formas de expressão e às práticas tradicionais de saúde presentes nesses territórios. Também ressaltou a importância de reconhecer e valorizar as práticas integrativas e populares no âmbito do SUS. Em seguida, destacou o saneamento rural como um dos eixos estratégicos da política. Informou que o Grupo da Terra vem desenvolvendo, em parceria com a Fiocruz, estudos voltados à construção de um Plano Nacional de Saneamento Rural Ecológico, ressaltando que as soluções destinadas aos territórios rurais não podem reproduzir os modelos urbanos de abastecimento de água e esgotamento sanitário. Defendeu que as ações de saneamento

considerem as características ambientais dos territórios, a proteção das nascentes, o manejo adequado dos resíduos e a preservação dos ecossistemas, reafirmando que a sustentabilidade ambiental constitui elemento inseparável da promoção da saúde dessas populações. Também reiterou a defesa de um SUS integralmente público, capaz de responder às necessidades específicas dos povos do campo, da floresta e das águas. Por fim, alertou que, embora a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas atribua aos estados e municípios a responsabilidade por sua implementação, sua efetivação ainda permanece limitada em grande parte do país. Defendeu que a política seja efetivamente incorporada às ações desenvolvidas nos territórios e reivindicou maior participação dos movimentos sociais nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, argumentando que as atuais exigências formais de institucionalização dificultam a representação dos movimentos populares nesses espaços. Ressaltou que a presença dessas organizações é fundamental para que as iniquidades em saúde sejam visibilizadas e para que suas propostas contribuam para o aperfeiçoamento das políticas públicas. Ao concluir, enfatizou que a promoção da saúde deve ser compreendida como investimento estratégico, antecedendo o adoecimento e contribuindo para a redução das desigualdades e para a melhoria das condições de vida das populações do campo, da floresta e das águas. Na sequência, a assessora técnica da CGPAMS/DGIP/MS, **Irânia Maria da Silva Ferreira Marques**, iniciou sua apresentação agradecendo a exposição anterior e ressaltando a importância da experiência compartilhada pelos movimentos sociais para a construção das políticas públicas de saúde. Em seguida, apresentou sua trajetória profissional como enfermeira, sanitarista e epidemiologista, destacando sua atuação histórica na saúde indígena, tanto no Ministério da Saúde quanto na Fundação Nacional dos Povos Indígenas - FUNAI. Em tom de homenagem, reconheceu a contribuição dos povos indígenas para sua formação profissional, afirmando que foi no convívio com os territórios e com os diferentes povos que aprendeu os fundamentos da saúde pública voltada às populações tradicionais. Também homenageou lideranças indígenas presentes e antigos conselheiros que participaram da construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ressaltando que o aprendizado construído nos territórios supera o conhecimento adquirido exclusivamente nos espaços acadêmicos. Destacou que o momento vivenciado pelo Ministério da Saúde representa um processo de reconstrução e fortalecimento da PNSIPCFA, uma importante oportunidade para o SUS ampliar a atenção integral às populações historicamente invisibilizadas, promovendo o acesso equitativo às ações e aos serviços de saúde em todos os territórios do país. Informou que representava, na ocasião, a Coordenação-Geral de Participação e Articulação com os Movimentos Sociais, transmitindo os cumprimentos do coordenador-geral Rodrigo Leite, impossibilitado de participar em razão de problemas de saúde, bem como do diretor André Bonifácio, do secretário-executivo Adriano Massuda e do Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha. Destacou que a publicação da Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que instituiu a PNSIPCFA, representou um marco para a consolidação da equidade no SUS e para o reconhecimento do direito à saúde dessas populações. Prosseguindo, apresentou uma síntese da trajetória da política, enfatizando que seu principal fundamento é o princípio da equidade. Explicou que a implementação da política exige o reconhecimento das especificidades territoriais, sociais e culturais dos diversos povos e comunidades tradicionais existentes no Brasil, ressaltando que trabalhadores, gestores e profissionais de saúde precisam compreender os modos de vida, as formas de organização social e as práticas culturais dessas populações para desenvolver políticas e ações de cuidado efetivamente adequadas às suas realidades. Nesse contexto, destacou que a formulação, implementação, monitoramento e avaliação da política dependem do conhecimento das características próprias das populações do campo, da floresta e das águas, bem como da incorporação desses elementos ao planejamento das ações do SUS. Em seguida, apresentou os conceitos institucionais utilizados pela política para caracterizar as populações do campo, da floresta e das águas, definindo-as como povos e comunidades cujos modos de vida, produção e reprodução social estão diretamente relacionados ao campo, aos ambientes florestais, às águas, à agropecuária e ao extrativismo. Destacou que esse conjunto abrange agricultores familiares, camponeses, trabalhadores rurais, extrativistas, ribeirinhos, pescadores artesanais, populações atingidas por barragens e outras comunidades tradicionais. Ressaltou, ainda, a definição de povos e comunidades tradicionais como grupos culturalmente diferenciados, que possuem formas próprias de organização social, ocupam territórios específicos e utilizam os recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, econômica e religiosa, preservando conhecimentos e práticas transmitidos ao longo das gerações. Também apresentou os conceitos referentes às comunidades quilombolas e ao

território como espaço fundamental para a reprodução da vida e da identidade desses povos. Na continuidade da apresentação, informou que atualmente o governo federal reconhece oficialmente 28 povos e comunidades tradicionais, cujas definições foram consolidadas por decreto presidencial e referendadas pelo Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais. Explicou que, além dos povos indígenas e quilombolas, esse conjunto contempla povos de terreiro, comunidades de matriz africana, povos ciganos, pescadores artesanais, extrativistas, caiçaras, quebradeiras de coco, marisqueiras, entre outros segmentos tradicionais. Ressaltou que esse reconhecimento é essencial para subsidiar a elaboração, a implementação, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas voltadas à promoção da equidade em saúde. Ao abordar os desafios para a implementação da política, destacou que a invisibilidade dessas populações nos sistemas de informação em saúde constitui um dos principais obstáculos para o planejamento das ações governamentais. Explicou que, sem a identificação dessas populações nos cadastros oficiais, torna-se impossível produzir indicadores específicos sobre mortalidade, morbidade e demais condições de saúde, comprometendo a formulação de políticas públicas direcionadas. Nesse sentido, anunciou como importante avanço a inclusão, em março de 2026, das 28 categorias de povos e comunidades tradicionais no Cadastro Nacional de Usuários do SUS - CadSUS, medida considerada uma conquista histórica do Grupo da Terra e do Ministério da Saúde. Destacou que a nova classificação permitirá produzir informações epidemiológicas qualificadas, ampliar a visibilidade dessas populações e orientar a implementação de ações mais efetivas de promoção da equidade em saúde. Também conclamou o Conselho a apoiar a alimentação adequada desse campo cadastral, de modo a possibilitar a construção de indicadores confiáveis para subsidiar a formulação das políticas públicas. Na parte final da exposição, apresentou alguns avanços recentes relacionados à Atenção Primária à Saúde, destacando a ampliação do financiamento destinado às equipes de saúde ribeirinhas. Ressaltou, contudo, que persistem importantes desafios, especialmente em relação aos elevados indicadores de mortalidade materna e infantil observados em diversas regiões do país. Reiterou que a inclusão das categorias de povos e comunidades tradicionais no CadSUS representa etapa fundamental para orientar futuras ações do Ministério da Saúde, permitindo ampliar o acesso dessas populações às políticas públicas e superar sua histórica invisibilidade. Encerrou reafirmando o compromisso institucional do Ministério da Saúde com a implementação efetiva da Política, destacando que o objetivo central é assegurar o acesso integral à saúde, fortalecer o SUS nos territórios e reduzir as desigualdades que ainda afetam essas populações. Por fim, agradeceu ao Conselho pela inclusão do tema na pauta, ressaltando que o controle social sempre foi espaço fundamental para a construção das principais políticas públicas voltadas aos povos e comunidades tradicionais. Em seguida, conselheiro **José Oliveira da Silva**, representante da Comissão Pastoral da Terra - CPT no Grupo da Terra, informando que abordaria o processo de institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas - PNSIPCFA, complementando as exposições anteriores. Explicou que sua apresentação buscaria destacar o significado político e institucional da política, bem como seus principais eixos de atuação, enfatizando que a iniciativa contempla uma diversidade de povos e comunidades muito maior do que a tradicional divisão entre populações do campo, da floresta e das águas. Inicialmente, apresentou um panorama das populações abrangidas pela política, ressaltando que as populações do campo compreendem, entre outros segmentos, agricultores familiares, assentados da reforma agrária, trabalhadores rurais assalariados e demais grupos responsáveis por parcela significativa da produção de alimentos do país. Destacou que as populações da floresta incluem ribeirinhos, extrativistas e outros povos tradicionais cuja sobrevivência está diretamente vinculada aos ecossistemas florestais, enquanto as populações das águas abrangem pescadores artesanais, marisqueiras, caiçaras e diversas comunidades que dependem dos recursos hídricos para sua reprodução social e econômica. Ressaltou que todas essas populações compartilham condições de vulnerabilidade decorrentes das barreiras geográficas, sociais e econômicas que dificultam o acesso aos serviços públicos de saúde, realidade que motivou a construção da política nacional. Na sequência, apresentou o histórico de institucionalização da PNSIPCFA, destacando que sua elaboração resultou do intenso diálogo entre a então Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e os movimentos sociais representativos das populações do campo, da floresta e das águas. Informou que a política foi instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, sendo posteriormente consolidada na Portaria de Consolidação nº 2, de 2017, o que conferiu maior estabilidade institucional à iniciativa. Ressaltou que o processo de formulação buscou refletir as realidades vivenciadas nos territórios e assegurar

respostas às necessidades específicas dessas populações, atribuindo ao controle social papel central no monitoramento, fiscalização e aperfeiçoamento permanente da política. Prosseguindo, destacou que a política está fundamentada nos princípios da universalidade, da equidade e do respeito à diversidade territorial e cultural. Enfatizou que sua implementação pressupõe reconhecer que as necessidades de saúde variam conforme as características de cada território, não sendo possível adotar soluções uniformes para realidades distintas. Nesse sentido, explicou que a construção da política contou com representantes de todas as regiões do país, possibilitando incorporar diferentes experiências e especificidades locais, de modo a assegurar que sua implementação respeite as características próprias de cada comunidade. Ao apresentar os principais eixos de atuação da política, destacou a organização do cuidado integral, contemplando a adaptação da infraestrutura das unidades de saúde e das equipes às condições geográficas e culturais dos territórios, incluindo a ampliação das equipes fluviais e de outras estratégias específicas para populações de difícil acesso. Ressaltou que a política também prioriza ações de vigilância em saúde e promoção da saúde, entendidas como instrumentos essenciais para prevenir agravos e reduzir desigualdades. Acrescentou que outro eixo estratégico consiste na educação permanente dos profissionais de saúde, voltada ao desenvolvimento de competências técnicas e culturais para o atendimento dessas populações, bem como no fortalecimento da participação comunitária, por meio da valorização dos conselhos locais de saúde e das lideranças comunitárias na definição das prioridades dos territórios. Em seguida, abordou os principais desafios enfrentados para a efetivação da política, destacando o isolamento geográfico de inúmeras comunidades, as dificuldades logísticas de acesso aos serviços de saúde, a contaminação decorrente da exposição a agrotóxicos, a insuficiência do saneamento rural e a elevada rotatividade de profissionais de saúde nas regiões mais remotas. Ressaltou que a exposição a substâncias químicas representa grave problema de saúde pública, afirmando que, em diversas localidades, ainda existem dificuldades para o adequado registro das doenças relacionadas ao trabalho e à contaminação por agrotóxicos nos sistemas de saúde. Também enfatizou que a dificuldade de fixação de profissionais compromete a continuidade do cuidado e a consolidação de vínculos entre as equipes de saúde e as comunidades. Na continuidade da apresentação, destacou algumas estratégias implementadas para ampliar o acesso das populações do campo, da floresta e das águas aos serviços de saúde, mencionando a expansão das equipes de saúde ribeirinhas, das unidades básicas de saúde fluviais e das equipes itinerantes como importantes avanços decorrentes da política nacional. Ressaltou que essas iniciativas representam conquistas históricas dos movimentos sociais e contribuem para adaptar a organização da atenção básica às características territoriais das comunidades mais isoladas. Ao tratar da participação social, enfatizou o papel do Conselho no acompanhamento da implementação da política, destacando a importância da fiscalização das metas, do monitoramento do financiamento destinado à saúde das populações rurais e tradicionais e da garantia da sustentabilidade financeira das ações previstas. Defendeu, ainda, o fortalecimento da presença dos movimentos sociais nas conferências e nos conselhos de saúde, observando que muitos municípios ainda exigem personalidade jurídica das entidades para participação nesses espaços, requisito que acaba excluindo movimentos populares organizados de forma não institucionalizada. Argumentou que a democracia participativa exige o reconhecimento dessas organizações como legítimas representantes das populações que vivem nos territórios, independentemente da formalização jurídica. Concluindo sua exposição, afirmou que a saúde constitui direito fundamental e deve ser assegurada com o mesmo padrão de qualidade às populações do campo, da floresta e das águas, independentemente da localização geográfica. Defendeu a incorporação dos saberes tradicionais e das práticas populares de cuidado ao modelo assistencial do SUS, respeitando as especificidades culturais de cada território. Ressaltou que a efetivação da equidade depende da superação das barreiras geográficas, estruturais e sociais que ainda dificultam o acesso dessas populações às políticas públicas. Nessa linha, enfatizou que defender o SUS significa também defender os povos do campo, da floresta e das águas, cuja sobrevivência e qualidade de vida dependem diretamente da consolidação de um sistema público de saúde universal, equânime e territorialmente acessível. Ao encerrar, agradeceu ao Conselho pela oportunidade de apresentar a trajetória e os desafios da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Concluídas as exposições, a coordenação abriu a palavra para manifestação das pessoas conselheiras inscritas. Conselheira **Rosa Maria Anacleto** destacou a relevância e a riqueza do debate e parabenizou especialmente a representante do MMC por sua trajetória, ressaltando sua representatividade como mulher camponesa. Reafirmou a necessidade da participação da

sociedade civil nos conselhos locais, municipais e estaduais de saúde e avaliou que as dificuldades impostas à sua inserção nesses espaços configuraram uma questão política. Nesse sentido, ressaltou a importância da educação permanente para a formação dos conselheiros de saúde, de modo a fortalecer sua capacidade de monitoramento e de defesa da saúde como bem público. Chamou atenção para a necessidade de produção e apresentação de dados específicos sobre a população negra residente no campo, considerando que essa população não se restringe às comunidades quilombolas. Por fim, relacionou o fortalecimento dos conselhos de saúde à defesa dos territórios, ao enfrentamento dos agrotóxicos e à contaminação do solo. Conselheiro **Thiago Soares** informou que a RENAFRO já havia solicitado anteriormente sua participação no Grupo da Terra, inclusive com novo pedido encaminhado em 2023. Avaliou a composição do Grupo e apontou a existência de organizações com mais de uma representação, ao mesmo tempo em que identificou a ausência de segmentos importantes, especialmente dos povos de terreiro. Considerou que essa ausência evidenciou aspectos relacionados ao racismo religioso, uma vez que esses povos foram mencionados nas discussões, mas não participaram adequadamente dos espaços de escuta e decisão. Ressaltou também a presença da população negra e dos povos de terreiro nos campos, florestas e águas e mencionou iniciativa da RENAFRO para elaboração de material sobre a defesa das águas e dos territórios. Informou que passaria a integrar o Grupo da Terra em representação do CNS, o que possibilitaria ampliar a presença dos movimentos de terreiro naquele espaço. Destacou, ainda, a necessidade de contemplar as especificidades das comunidades ciganas e defendeu uma avaliação da composição do Grupo da Terra, com vistas a assegurar maior diversidade e representatividade dos segmentos envolvidos. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano,** Presidenta do CNS, agradeceu à CIPPE/CNS e às pessoas responsáveis pela condução dos trabalhos, bem como às exposições realizadas pelas pessoas convidadas, e desejou recuperação a Rodrigo Leite. Destacou especialmente a contribuição de representante da representante do Movimento de Mulheres Camponesas, por trazer a experiência de uma mulher agricultora rural e evidenciar a necessidade de incorporar o recorte de gênero à discussão sobre equidade. Ressaltou também a importância da ampliação do debate para os povos e comunidades tradicionais, mencionando especificamente os povos Romani, tradicionalmente denominados ciganos, e recordou a demanda apresentada por seus representantes por maior visibilidade e atenção. Mencionou o trabalho desenvolvido em relação às comunidades quilombolas e a recomendação da CIPPE que reafirmou a necessidade de, para além da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, discutir uma política específica para a saúde da população quilombola. Por fim, defendeu a valorização dos territórios tradicionais, dos saberes ancestrais e da equidade real, inclusive na perspectiva de gênero, ressaltando a necessidade de reconhecer adequadamente a diversidade dos povos e comunidades contemplados pela política. Conselheira **Lúcia Modesto Xavier** parabenizou o Ministério da Saúde, a equipe técnica e os movimentos sociais pela atualização da política, que considerou fundamental para a redução das desigualdades e para a reafirmação dos princípios da equidade e da integralidade no SUS. Chamou atenção para o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis entre essas populações, mencionando diabetes, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares e doença renal crônica. Defendeu que a implementação da política fortalecesse a atenção primária à saúde, o diagnóstico precoce, o acompanhamento contínuo, a assistência farmacêutica, a telessaúde e o acesso às tecnologias em saúde, respeitadas as especificidades territoriais. Ressaltou também a necessidade de estabelecer indicadores para monitorar o acesso aos serviços e medicamentos e os resultados da política, com participação do controle social. Como encaminhamento, propôs o acompanhamento periódico da política pelo CNS, por intermédio da comissão intersetorial competente, com apreciação de relatórios de implementação e indicadores capazes de avaliar acesso, equidade e resultados alcançados, inclusive no cuidado às doenças crônicas. Conselheira **Shirley Marshall Morales** ressaltou sua ancestralidade e reafirmou a relevância da pauta, destacando a centralidade da atenção primária à saúde. Ao mencionar a análise das metas de 2025, apontou o não cumprimento de objetivos relacionados à ampliação das equipes de Saúde da Família destinadas às populações ribeirinhas e das unidades básicas de saúde fluviais, defendendo maior compromisso com a superação dos vazios assistenciais. Ressaltou que as dificuldades de acesso se agravaram quando consideradas outras dimensões de vulnerabilidade e defendeu a valorização das ações de promoção e prevenção da saúde e das práticas integrativas, em respeito às tradições e à ancestralidade dos povos. Destacou, ainda, a necessidade de formação dos profissionais de saúde orientada pela educação democrática e popular e

preparada para reconhecer as especificidades culturais e territoriais dessas populações. Também chamou atenção para as condições precarizadas enfrentadas pelos trabalhadores que atuaram em regiões remotas e reforçou a importância da participação social e da escuta das pessoas que vivenciaram cotidianamente as adversidades dos territórios. Conselheira **Suely Corrêa de Oliveira** parabenizou a mesa pelo debate e reforçou a importância das práticas tradicionais de cuidado desenvolvidas nos territórios, destacando que constituíram importante referência para o cuidado em saúde das populações locais. Defendeu o fortalecimento da educação popular em saúde e ressaltou a importância do diálogo, da amorosidade, da compreensão e da escuta qualificada como elementos capazes de potencializar o conhecimento e a atenção à saúde. Salientou que essa perspectiva deveria perpassar os diferentes níveis de atenção e garantir às populações dos territórios condições efetivas de participação, expressão de suas necessidades e contribuição para a organização do cuidado. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** destacou a importância de reconhecer as desigualdades que permaneceram mesmo em territórios com bons indicadores gerais, mencionando a realidade de Santa Catarina e questionando para quais grupos os resultados positivos efetivamente se concretizaram. Ressaltou a necessidade de considerar os diferentes recortes de equidade e chamou atenção para a mortalidade materna e infantil, por se tratar de eventos sensíveis e evitáveis. Nesse contexto, mencionou a defesa da reforma obstétrica pela Rede Feminista e destacou a importância de dialogar com os territórios sobre parto e pré-natal, evitando a imposição de referências urbanas e culturais alheias às realidades locais. Também ponderou que a efetivação do SUS variou conforme a atuação da gestão nos territórios e defendeu a ampliação das possibilidades de participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde, inclusive sem condicioná-la à constituição formal de pessoa jurídica, de modo a fortalecer sua presença nos conselhos municipais, estaduais e nacional. Conselheira **Rosângela Dornelles** ressaltou a distância ainda existente entre os processos de formação profissional e as necessidades do SUS, destacando a necessidade de maior aproximação entre a educação e os territórios. Defendeu a regionalização da saúde como elemento fundamental para identificar os territórios, seus atores, suas populações e as necessidades específicas de equidade, de forma a orientar também a formação dos profissionais. Avaliou que os atuais campos de formação e estágio ainda apresentaram limitações para incorporar integralmente essas dimensões. Ressaltou, ainda, a importância da participação nos conselhos locais de saúde para assegurar a territorialidade necessária à construção das políticas e afirmou que o avanço da regionalização constituiu uma necessidade urgente para o SUS. Conselheiro **Anselmo Dantas** resgatou marcos históricos da construção da saúde pública e da promoção da saúde, mencionando a Conferência de Alma-Ata, a Conferência de Ottawa e a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ressaltou que a existência efetiva do SUS pressupôs a inclusão das pessoas e relacionou o debate ao princípio constitucional da saúde como resultado das políticas sociais e econômicas. Destacou que as populações em situação de vulnerabilidade enfrentaram barreiras geográficas, sociais e econômicas e defendeu o enfrentamento do sofrimento, do abandono e da invisibilização dessas pessoas. Na perspectiva da saúde bucal, chamou atenção para as dificuldades enfrentadas pelas populações que residiram em áreas mais distantes e reafirmou que os povos do campo, das florestas e das comunidades tradicionais também deveriam ter assegurado o direito à saúde bucal e a condições dignas de cuidado. Conselheira **Eliane Cruz** recuperou a trajetória do Grupo da Terra, criado em 2005, destacando que sua atuação partiu de uma perspectiva territorial voltada à garantia do acesso à saúde das populações do campo, das florestas e das águas. Observou que essa perspectiva foi progressivamente ampliada e questionou como deveriam ser compreendidas as diferentes dimensões territoriais e as desigualdades existentes entre regiões do País, inclusive em relação à mortalidade materna e às transformações demográficas ocorridas no campo. Concordou com a relevância da regionalização dos serviços para responder às diferentes necessidades territoriais, mas manifestou dúvida quanto à ampliação conceitual apresentada no debate, que passou a incorporar, além da dimensão territorial, uma perspectiva cultural e diferentes grupos, como populações indígenas e quilombolas. Questionou, nesse sentido, qual seria exatamente o escopo da política e se a proposta apresentada corresponderia à articulação e ao encontro entre políticas já existentes no Ministério da Saúde. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** considerou pertinente a reflexão apresentada e relacionou o debate aos processos históricos de formação e urbanização do País. Recordou que o Brasil passou, de forma abrupta e sem adequada preparação das cidades, de uma realidade predominantemente rural para uma população majoritariamente urbana, embora tenha mantido extensos territórios e contingentes

populacionais rurais. Avaliou que se iniciou um novo processo de valorização da permanência e da qualidade de vida das populações no campo e ressaltou que o SUS deveria contribuir para tornar possível essa permanência, considerando que a falta de acesso à saúde, às oportunidades e a outras políticas públicas esteve historicamente relacionada à migração. Defendeu a estruturação do SUS no campo e junto às comunidades tradicionais, povos indígenas e quilombolas, garantindo acesso às tecnologias em saúde e preservando vínculos, raízes e tradições. Por fim, solicitou maior aprofundamento de dados sobre imunização e outras políticas direcionadas a essas populações e ressaltou a necessidade de articulação transversal da pauta com financiamento, saúde bucal, patologias, saúde das mulheres e demais áreas e comissões do Conselho. Concluídas as falas, a mesa abriu a palavra à mesa para considerações sobre os destaques apresentados no debate. A representante do MMC no Grupo da Terra, **Noemi Margarida Krefta,** agradeceu as contribuições e questionamentos apresentados e reconheceu que várias das questões levantadas também integraram as preocupações do Grupo da Terra. Destacou, especialmente, a necessidade de ampliar pesquisas e produzir informações que permitissem identificar quem compunha efetivamente as populações do campo, da floresta e das águas, incluindo dados específicos sobre a população negra nesses territórios. Ressaltou a importância de conhecer indicadores relativos à mortalidade, às endemias e às doenças crônicas, como o diabetes, de modo a orientar ações de promoção da saúde e educação alimentar adequadas às realidades dessas populações. Defendeu que a política não poderia ficar restrita ao Ministério da Saúde e deveria recuperar seu caráter interministerial, com a participação de órgãos e setores relacionados à agricultura, educação, ciência e tecnologia, entre outros. Nesse contexto, mencionou a necessidade de articulação entre diferentes políticas governamentais e chamou atenção para os impactos dos agrotóxicos, defendendo a produção de dados sobre intoxicações entre as populações do campo, da floresta e das águas, inclusive aquelas decorrentes da exposição indireta e da alimentação. Também destacou a necessidade de fortalecer ações de prevenção de acidentes de trabalho e de acidentes envolvendo animais peçonhentos. Ressaltou que a política permanece em processo de construção e atualização e que ainda seria necessário dar maior visibilidade aos povos e comunidades compreendidos na denominação “populações do campo, da floresta e das águas”. Defendeu maior aproximação das políticas públicas, não apenas de saúde, com essas populações e o avanço das pesquisas e das tecnologias sociais capazes de reduzir as dificuldades enfrentadas nos territórios. Abordou, ainda, as barreiras enfrentadas por jovens mulheres que deixaram o campo para estudar ou trabalhar e posteriormente encontraram dificuldades para retornar, inclusive em razão dos critérios de acesso à reforma agrária, defendendo a revisão dessas políticas. Solicitou ao CNS que, na próxima Conferência Nacional de Saúde, fossem assegurados espaços nos eixos para a formulação de propostas específicas voltadas às populações do campo, da floresta e das águas. Avaliou que a organização das conferências em poucos eixos poderia limitar a participação dos usuários e dificultar a apresentação de propostas relacionadas às necessidades dessas populações. Reforçou, ainda, a necessidade de garantir a participação dos movimentos sociais nos conselhos e de fortalecer a educação permanente e a formação de conselheiros e gestores. Nesse sentido, destacou a experiência de formação de agentes educadores populares em saúde, cuja segunda edição estava sendo iniciada, e defendeu sua consolidação como política permanente, com ampliação do número de turmas e do alcance junto aos movimentos sociais. Ressaltou que essa formação contribuiu para qualificar conselheiros locais e ampliar a capacidade de identificação das necessidades dos territórios e de incidência sobre as políticas públicas. Na sequência, a Assessora Técnica da CGPAMS/DGIP, **Irânia Maria da Silva Ferreira Marques,** respondeu às questões apresentadas, inicialmente sobre a composição do Grupo da Terra, salientando que o colegiado se encontrava em processo de atualização, concomitantemente à atualização da própria política. Explicou que o Grupo contou com representantes das secretarias do Ministério da Saúde, de entidades vinculadas, como Anvisa e Fiocruz, e de 24 movimentos sociais organizados, conforme estabelecido pela Portaria nº 1.121/2023. Ressaltou, contudo, a necessidade de rever e ampliar essa composição, inclusive com o retorno e a incorporação de instituições relevantes para áreas relacionadas à política, a exemplo da FUNASA, mencionando a atuação no saneamento rural. Explicou que a política teve origem em uma perspectiva territorial, inicialmente voltada às populações residentes no campo e nas florestas e, posteriormente, ampliada para contemplar também as populações das águas. Ressaltou que o avanço do debate levou à necessidade de identificar não apenas os territórios, mas também quem eram as pessoas e os grupos que neles viviam**,** incorporando, portanto, a diversidade existente no interior desses espaços. Destacou o papel da educação

permanente e da educação popular na mobilização dos territórios e na expressão das necessidades das próprias populações. Nesse sentido, ressaltou a importância de ampliar a identificação e a visibilidade dos segmentos pertencentes aos povos e comunidades tradicionais, reconhecendo que outros grupos poderiam emergir a partir da dinâmica participativa. Ao abordar os indicadores de mortalidade materna e infantil, ressaltou que, apesar de evidenciarem mortes por causas evitáveis, esses dados não poderiam ser ocultados, pois seu conhecimento permitiria identificar quem eram as pessoas afetadas, onde estavam e quais eram suas necessidades. Informou que o Ministério da Saúde e o Grupo da Terra buscaram aprofundar pesquisas relacionadas às condições de saúde e de cuidado dessas populações e mencionou o terceiro Plano Operativo da política, aprovado no ano anterior, destacando o compromisso dos gestores com sua implementação nos territórios. Reforçou que a transformação dos indicadores dependeria da superação da invisibilidade dessas populações e do conhecimento sobre seus processos de adoecimento e morte. Acrescentou que o Ministério da Saúde desenvolveu iniciativa voltada ao fortalecimento da equidade em saúde, com a perspectiva de articular a implementação das políticas de equidade nos níveis federal, estadual, municipal e territorial. Destacou também o trabalho desenvolvido conjuntamente com o CNS para o fortalecimento dos conselhos locais de saúde e problematizou a necessidade de adequar esses espaços de participação às características dos territórios mais extensos e remotos, de forma a alcançar populações como extrativistas, marisqueiras e outros trabalhadores e trabalhadoras tradicionais. Por fim, reafirmou que o aprofundamento das pesquisas constituiu prioridade do Grupo da Terra, uma vez que a formulação de ações de saúde exigiu conhecimento efetivo sobre as populações e seus territórios. Ressaltou o caráter intersetorial e participativo do Grupo, composto pelo Ministério da Saúde, movimentos sociais e representantes de outros ministérios, e defendeu uma abordagem orientada pelos determinantes sociais da saúde. Reforçou, como objetivo central, a efetivação do terceiro Plano Operativo nos territórios, garantindo acesso universal e qualificado às populações abrangidas pela política. Conselheiro **José Oliveira da Silva**, representante da CPT no Grupo da Terra, agradeceu as contribuições apresentadas e retomou a questão levantada sobre a composição do Grupo da Terra. Reconheceu a necessidade de atualização da portaria e considerou pertinente incorporar à discussão segmentos ainda insuficientemente representados, mencionando os povos ciganos e os povos e comunidades de matriz africana. Sugeriu que o CNS encaminhasse ao Grupo da Terra uma relação de movimentos e populações cuja inclusão fosse considerada necessária, para discussão na reunião prevista para os dias 4 a 6 de agosto, de modo que as propostas pudessem ser consideradas no processo de atualização da portaria. Também reiterou que a política não poderia ser compreendida exclusivamente sob uma perspectiva territorial. Exemplificou que um mesmo assentamento poderia reunir populações do campo, das águas e das florestas e, simultaneamente, pessoas com diferentes características e necessidades. Assim, uma ação formulada genericamente para determinado território poderia não responder adequadamente às necessidades específicas de uma mulher negra, de uma população ribeirinha ou de outros grupos presentes naquele mesmo espaço. Defendeu, portanto, que a política considerasse simultaneamente a dimensão territorial e a diversidade das populações existentes em cada localidade. Por fim, ressaltou a importância da participação do CONASS e do CONASEMS para que a política fosse efetivamente implementada, considerando o papel das secretarias estaduais e, especialmente, municipais de saúde na execução das ações nos territórios. Reconheceu a existência de possibilidades de financiamento para determinadas ações, como aquelas relacionadas às populações ribeirinhas e quilombolas, mas destacou a necessidade de compromisso dos gestores com a implementação da política. Convidou a Presidência do CNS, o CONASS e o CONASEMS a participarem da próxima reunião do Grupo da Terra e reiterou que tanto a política quanto o próprio Grupo permaneceram em processo contínuo de construção e atualização, demandando participação conjunta para responder às transformações e necessidades das populações. Na sequência, a coordenação da mesa sistematizou os encaminhamentos decorrentes do debate. Conselheira **Francisca Valda da Silva** avaliou que o debate reafirmou fundamentos históricos do SUS, especialmente a solidariedade, a defesa da vida e o reconhecimento das necessidades das pessoas nos diferentes territórios. Ressaltou que a PNSIPCFA deveria consolidar-se como política pública de Estado, protegida de mudanças conjunturais de governo, e destacou o papel do controle social na identificação das dificuldades estruturais relacionadas à sua efetivação. Enfatizou, ainda, a necessidade de fortalecer os movimentos sociais e incorporar grupos ainda invisibilizados ao Grupo da Terra, às políticas públicas, ao controle social, às conferências e aos conselhos locais de saúde. Feitas essas considerações

gerais, compilou os seguintes encaminhamentos como resultado do debate: **a)** monitorar os indicadores de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, com o fortalecimento dos sistemas de informação, de modo a subsidiar o planejamento, o acompanhamento e a avaliação da PNSIPCFA; **b)** incentivar a participação social das populações do campo, da floresta e das águas, estimulando sua representação nos conselhos de saúde, nas conferências de saúde e em outras instâncias de controle social, com fortalecimento do protagonismo nos territórios; **c)** acompanhar, de forma permanente, a implementação da PNSIPCFA nos territórios, exercendo o monitoramento e o controle social sobre sua execução, com atenção aos indicadores de acesso, qualidade da atenção e doenças crônicas não transmissíveis; **d)** fortalecer a produção e a sistematização de dados com recortes específicos para populações negras, povos e comunidades tradicionais, povos ciganos e demais grupos que compõem as populações do campo, da floresta e das águas; **e)** reforçar a promoção da saúde e a Atenção Primária à Saúde como eixos estruturantes da política, considerando seu caráter intersetorial e interministerial; **f)** incorporar, na 18ª Conferência Nacional de Saúde, propostas voltadas às populações do campo, da floresta e das águas, incentivando sua construção desde os conselhos locais, conferências municipais, estaduais e conferências livres (o tema pode ser contemplado no eixo 3); **g)** ampliar o debate sobre a regionalização da saúde, com vistas à garantia da atenção integral às populações do campo, da floresta e das águas; **h)** apresentar, na próxima reunião do Grupo da Terra, prevista para os dias 4 a 6 de agosto, sugestões de movimentos sociais que possam integrar e fortalecer a composição desse Grupo; e **i)** definir que a Comissão Intersetorial de Promoção, Proteção e Práticas Integrativas em Saúde (CIPIC/SUS) promova articulação com as demais comissões intersetoriais do CNS e com o Ministério da Saúde, de forma a acompanhar o processo de atualização da PNSIPCFA e submeter periodicamente os avanços à Mesa Diretora e ao Pleno do CNS. Finalizando, observou que a atualização da política deveria ser compreendida como processo permanente e informou que, naquele momento, não havia matéria a ser submetida à deliberação do Pleno. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** manifestou concordância com a sistematização e reforçou, particularmente, a necessidade de a CIPPE estabelecer interlocução com as demais comissões do CNS e com o Ministério da Saúde, considerando o caráter transversal da política e sua interface com diferentes áreas. Em relação à 18ª Conferência Nacional de Saúde, destacou que parte das questões apresentadas poderia ser contemplada no Eixo 3 e ressaltou a possibilidade de organização de conferências livres pelas populações e territórios, a partir do início desse processo, para que demandas eventualmente não priorizadas nas etapas municipais pudessem chegar diretamente ao relatório da etapa nacional. Defendeu que essas contribuições fossem acolhidas e incorporadas ao processo da 18ª CNS, de forma a evitar que as especificidades dessas populações fossem negligenciadas. Finalizando agradeceu novamente a presença das pessoas convidadas e encerrou os trabalhos do período da manhã, informando a retomada da reunião no período da tarde. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na manhã do primeiro: *Titulares* - **Agnelo Temrité Wadzatsé,** Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Anselmo Dantas,** Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Claudemir Moreira Vaz,** Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Cristiane Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde (MS); **Derivan Brito da Silva,** Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Elenilson Silva de Souza,** Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase - MORHAN); **Elgiane de Fátima Machado Lago,** Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano,** Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior,** Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura,** Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto,** Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro,** Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola,** Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto Mussolini,** Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda,** Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Sueli Terezinha Goi Barrios,** Associação Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE); e

Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). *Suplentes* – **Alessandra Regina Brito,** Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); **Andrea Cristina Pavei Soares,** Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Ana Carolina Freire Lopes**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **André Luiz de Oliveira,** Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Carlos Alberto Ebeling Duarte,** Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert,** Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Daniele da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); Eli**ane Aparecida da Cruz,** Ministério da Saúde – MS; **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; **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Gilson Silva,** Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes,** Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **Lívia Milena Barbosa de Deus e Mello**, Ministério da Saúde (MS); **Lucia Helena Modesto Xavier,** Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde (MS); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Neide Barros da Silva**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Obede Muniz Teodoro,** Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP); **Oldack Cezar Rocha Sucupira,** Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosângela Dornelles,** Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça; **Rosaura de Oliveira Rodrigues,** Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); **Shirley Marshal Díaz Morales,** Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Silvia Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT; **Suely Corrêa de Oliveira**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Thiago Soares Leitão,** Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFRO. Retomando, a mesa foi composta para o item 4 da pauta. **ITEM 4 – 18ª Conferência Nacional de Saúde – Informes –** *Composição da mesa:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano,** Presidenta do CNS e coordenadora da 18ª Conferência Nacional de Saúde; e conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, da Mesa Diretora do CNS e coordenador-adjunto da 18ª Conferência Nacional de Saúde. A Presidenta do CNS e coordenadora da 18ª Conferência iniciou o ponto de pauta e retomou a informação apresentada na abertura da reunião sobre as orientações para a condução das reuniões ordinárias durante o período eleitoral de 2026. Informou que o documento com as orientações seria disponibilizado no sítio eletrônico do CNS, observados os limites impostos pelo defeso eleitoral, e que também poderia ser incluído na descrição da transmissão pelo YouTube. Explicou que, em razão das regras institucionais aplicáveis ao período eleitoral, o espaço destinado aos comentários na transmissão permaneceu indisponível e ressaltou que as redes sociais do CNS também passaram por adequações. Na sequência, passou a palavra ao conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, coordenador-adjunto da 18ª Conferência, que apresentou a atualização das normativas aprovadas pelo Pleno do CNS relativas à organização da 18ª CNS. Informou que a Resolução CNS nº 805/2026, que dispôs sobre o Regimento Interno e as diretrizes metodológicas da Conferência, fora homologada e constituiu a principal referência normativa para a organização do processo, com definição de regras, procedimentos, metodologia, composição, etapas e diretrizes. Informou também que a Resolução CNS nº 810/2026, referente à composição das comissões temáticas da Comissão Organizadora, encontrava-se também homologada. Acrescentou que também fora homologada a Resolução CNS nº 811/2026, que alterou a Resolução CNS nº 801, de 29 de janeiro de 2026, para substituição de integrante da Comissão Organizadora. Informou, ainda, que a Resolução CNS nº 813, de 11 de junho de 2026, que alterou as Resoluções CNS nº 797 e nº 805 para redefinir o calendário da 18ª CNS, incluir atividade preparatória de âmbito nacional e revogar a Resolução CNS nº 800/2026, encontrava-se em processo de homologação. Ressaltou que as normativas estavam disponíveis no sítio eletrônico do CNS. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, apresentou o panorama da realização das etapas municipais e explicou a alteração do calendário da 18ª CNS. Recordou que, no Pleno anterior, menos de 1% dos municípios haviam realizado suas conferências e informou que o percentual havia alcançado 2,76%,

correspondente a 152 municípios, em um universo de 5.570, o que, em sua avaliação, confirmou a necessidade da mudança do calendário. Explicou que, na primeira fase, compreendida entre 16 de março e 4 de julho, ocorreram as conferências anteriores ao período de defeso eleitoral e ressaltou que não seriam validadas conferências realizadas durante o período em que as restrições eleitorais estivessem vigentes. Informou que os municípios que ainda não haviam convocado suas conferências ou que haviam previsto sua realização no período do defeso deveriam reorganizar seus calendários e comunicar as novas datas para a segunda fase. Indicou que essa segunda fase ocorreria após o encerramento do processo eleitoral, a partir de 1º de novembro, com realização das etapas municipais até fevereiro de 2027. Informou, ainda, que as etapas estaduais seriam realizadas de março a maio, enquanto a etapa nacional permaneceria prevista para a segunda quinzena de julho de 2027. Solicitou aos municípios que informassem as datas de realização de suas conferências por meio do canal disponibilizado no sítio eletrônico específico da 18ª Conferência, de modo a favorecer o monitoramento nacional e a consolidação das informações. Informou que algumas etapas já haviam sido transferidas para a segunda fase e destacou Acre, Rio Grande do Sul e Goiás entre as unidades da Federação que apresentaram quantitativos expressivos de conferências realizadas, ressaltando a necessidade de validação e atualização permanente desses dados. Continuando, conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** apresentou informações sobre as atividades preparatórias da 18ª CNS. Inicialmente, destacou a participação do CNS no Farmápolis 2026, realizado de 18 a 20 de junho de 2026, em Florianópolis, como atividade preparatória da Conferência. Informou que o evento reuniu profissionais da Farmácia, pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores da saúde e representantes do controle social, constituindo espaço de mobilização, diálogo e reflexão sobre os desafios da saúde pública e de formulação de debates e propostas relacionados ao processo conferencial. Destacou a aprovação da Carta de Florianópolis, alinhada ao documento orientador da 18ª CNS, com debates sobre financiamento, soberania sanitária, cuidado integral, valorização do trabalho, equidade e participação, bem como o registro de moção em defesa da autonomia do CNS, do controle social e das condições institucionais necessárias ao funcionamento de suas instâncias. Na sequência, apresentou informações sobre a participação do CNS no 17º Congresso Internacional da Rede Unida, realizado de 22 a 26 de junho, em São Luís. Informou que a participação institucional teve como objetivo sistematizar a memória das atividades, os principais conteúdos debatidos, as contribuições dos conselheiros nacionais, as recorrências temáticas e os possíveis encaminhamentos decorrentes das agendas realizadas. Ressaltou que a atuação do CNS foi orientada pela defesa do SUS público, universal, integral e equânime; pelo fortalecimento do controle social e da participação dos povos; pela formação e pelo trabalho em saúde; pelo financiamento público; pela educação popular; pela soberania e equidade; e pelo enfrentamento aos racismos, às violências e às desigualdades, em diálogo com o processo preparatório da 18ª CNS. Informou que a participação institucional compreendeu cinco dias de programação, 25 atividades organizadas pelo CNS, estande institucional permanente e participação de representantes dos três segmentos do Conselho, da Secretaria-Executiva e de convidados vinculados a temas estratégicos. Entre as atividades, mencionou reuniões da Mesa Diretora, fóruns internacionais, mesas temáticas, o encontro estadual de saúde do Maranhão, que encerrou o ciclo de encontros estaduais, ações de mobilização para a 18ª CNS, atividades no estande institucional e o lançamento do relatório da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Destacou que os debates abrangeram saúde, democracia e soberania; controle social e participação popular; educação popular e saberes territoriais; formação e ordenação do SUS; atenção primária; valorização do trabalho e enfrentamento à precarização; financiamento público e resistência à mercantilização da saúde; equidade e antirracismo; enfrentamento às violências; comunicação; juventudes; e desinformação. Ressaltou que essas temáticas apareceram transversalmente nas atividades e constituíram subsídios relevantes para as agendas estratégicas do CNS e para a preparação da 18ª Conferência. Informou, ainda, que o Congresso funcionou como espaço ampliado de escuta, mobilização e articulação institucional e, embora não substituísse as etapas formais da Conferência, produziu subsídios para a mobilização territorial, a atuação das comissões do CNS e a formulação de propostas no processo conferencial. Acrescentou que a sistematização da participação do CNS no Congresso continuaria sendo qualificada pela equipe técnica, com vistas à consolidação dos registros, identificação de encaminhamentos institucionais e organização dos subsídios produzidos. Ao final, registrou agradecimento à Rede Unida e às pessoas envolvidas na organização e condução das atividades, destacando a parceria histórica da entidade com o CNS e sua contribuição para a estruturação e

consolidação da 18ª CNS. A Presidenta do CNS associou-se aos agradecimentos e, em relação ao Farmápolis 2026, destacou a contribuição da Escola Nacional dos Farmacêuticos e dos representantes envolvidos na construção da atividade, ressaltando a importância do evento para a consolidação da etapa preparatória da 18ª CNS. Na continuidade, informou que, nos dias 16 e 17 de julho, seria realizada reunião relacionada à organização da Conferência. Explicou que, no dia 16, ocorreria reunião ampliada da Comissão Organizadora com os grupos de trabalho e comissões temáticas responsáveis por áreas como infraestrutura, comunicação, acessibilidade, arte e cultura. O encontro teria como objetivos estruturar e validar os planos de trabalho, definir responsabilidades e estabelecer cronograma das atividades até julho de 2027. Informou que já estavam em andamento diálogos relativos ao espaço físico da etapa nacional, com indicação preliminar do Centro Internacional de Convenções do Brasil - CICB, diante das necessidades de acomodação do público da Conferência. Explicou que, no dia 17, a reunião seria restrita aos integrantes da Comissão Organizadora e teria como objetivos apreciar a produção do dia anterior, definir encaminhamentos, consolidar o relatório dos encontros estaduais e revisar os instrumentos normativos. Informou que também seriam iniciadas as orientações para as conferências livres e para as atividades autogestionadas, incluindo a revisão dos critérios de organização, participação e eleição de delegados. Ressaltou que a definição prévia desses critérios buscaria evitar dificuldades verificadas em processos conferenciais anteriores, quando o número de delegados eleitos ultrapassou a capacidade prevista e exigiu posterior redução do quantitativo. Ressaltou que seriam estudados os limites institucionais e critérios de participação para compatibilizar a eleição de delegados nas etapas municipais, estaduais e nacional com a ampliação democrática da participação proporcionada pelas conferências livres. Informou, ainda, que a Comissão Organizadora começaria a discutir o desenho preliminar da programação e dos convidados da etapa nacional. Acrescentou que as informações decorrentes dessa reunião seriam apresentadas ao Pleno de agosto e que o acompanhamento da organização da 18ª CNS permaneceria como ponto de pauta permanente. Informou também a intenção de apresentar e debater, nos próximos Plenos do CNS, um eixo temático da Conferência por reunião, de modo que os quatro eixos fossem discutidos previamente à realização da etapa nacional. Na sequência, abriu espaço para manifestações e dúvidas do Pleno do Conselho. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** agradeceu as informações apresentadas e manifestou preocupação com as alterações realizadas no sítio eletrônico do CNS em razão do defeso eleitoral. Avaliou que a retirada das informações sobre a 18ª CNS poderia trazer prejuízos ao processo e defendeu a manutenção de um banner específico da Conferência que reunisse as resoluções, orientações e informações sobre suas etapas, especialmente diante da alteração do calendário das conferências municipais. Reconheceu a necessidade de observância das regras eleitorais, mas ressaltou que a disponibilização das informações relativas ao processo conferencial era relevante para sua organização e mobilização. A Presidenta do CNS respondeu que a preocupação apresentada era pertinente e informou que a assessoria havia verificado a situação. Explicou que o banner fora temporariamente retirado por conter a logomarca do Governo Federal e outros elementos que necessitavam de adequação às regras do período eleitoral. Informou que, após os ajustes pela área de comunicação, o conteúdo retornaria ao sítio eletrônico. Diferenciou essa situação das restrições aplicáveis às redes sociais, nas quais as limitações decorrentes do defeso eram mais rigorosas, e reafirmou o compromisso do CNS de observar as normas eleitorais sem deixar de exercer suas atribuições de controle social e fiscalização das ações de saúde. Não havendo outras manifestações, encerrou o Item 4 e a mesa foi composta para a pauta 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 -** *Apresentação:* conselheira **Francisca Valda**, coordenadora da CIRTES e integrante da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Thiago Soares,** coordenador adjunto da CIRTES/CNS. *Coordenação:* conselheira **Cristiane Pereira dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva,** coordenadora da CIRTES e integrante da Mesa Diretora do CNS, agradeceu à coordenação da mesa, saudou os demais integrantes da mesa e justificou a ausência do conselheiro João Pedro, também coordenador adjunto da Comissão. Informou que seria iniciada a pauta permanente de acompanhamento dos trabalhos da CIRTES pelo Pleno e ressaltou que esse processo também constituiu espaço de educação permanente dos conselheiros e conselheiras. Nesse contexto, recordou que a Lei nº 8.080/1990, ao regulamentar o direito à saúde e estruturar o SUS, estabeleceu comissões permanentes

relacionadas a eixos estratégicos do SUS, entre as quais se inseriu a atuação desenvolvida pela CIRTES. Destacou a intensidade do trabalho realizado pelos integrantes da Comissão e pelas assessorias técnicas e passou à apresentação da situação dos processos encaminhados pelo Ministério da Educação. Informou que houve período de redução significativa no envio de processos relacionados ao Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, seguido de expressivo aumento da demanda. Relatou que, naquele momento, a Comissão havia identificado 139 processos pendentes de avaliação, ressaltando a complexidade e o volume documental envolvidos na análise de cada processo. Explicou que a elaboração dos relatórios e pareceres exigiu análise de extensa documentação, incluindo o Plano de Desenvolvimento Institucional - PDI, o Projeto Pedagógico do Curso - PPC, o relatório do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep, documentos relativos aos campos de estágio, contratos organizativos de ação pública e convênios, além de avaliações institucionais e processos de autoavaliação. Ressaltou, portanto, que o aumento do número de processos representaria elevada carga de trabalho para a Comissão nos dias subsequentes e informou que o Pleno continuaria sendo atualizado sobre o andamento dessas análises. Na sequência, passou a palavra ao conselheiro **Thiago Soares**, para apresentação dos pareceres produzidos no período. O coordenador-adjunto da CIRTES/CNS ressaltou o aumento expressivo do número de processos encaminhados à Comissão e avaliou positivamente a retomada desse fluxo pelo Ministério da Educação. Considerou que esse movimento também demonstrou o reconhecimento da relevância das avaliações realizadas pelo CNS e afirmou que posicionamentos anteriormente apresentados pelo Conselho em relação aos cursos da área da saúde mostraram-se pertinentes. Ao apresentar os resultados do trabalho desenvolvido pela CIRTES no período de 12 de junho a 1º de julho, informou que foram analisados 23 processos, todos referentes a atos de autorização de cursos. Do total, 21 receberam parecer insatisfatório e dois receberam parecer satisfatório com recomendações, não tendo sido registrado parecer integralmente satisfatório. Em relação à distribuição dos processos por curso, informou que foram avaliados oito cursos de Enfermagem, cinco de Odontologia e dez de Psicologia, não tendo sido analisado, no período, nenhum processo relativo a curso de Medicina. Reiterou que todos os 23 processos corresponderam a pedidos de autorização. Salientou que foram 21 pareceres insatisfatórios e dois satisfatórios com recomendação. Ressaltou que o elevado número de pareceres insatisfatórios evidenciou a preocupação da Comissão com a qualidade da formação na área da saúde e reafirmou a importância da análise criteriosa dos processos, da formulação de questionamentos e da apresentação de recomendações. Destacou também a dedicação exigida dos integrantes da CIRTES para a avaliação da documentação e elaboração dos respectivos pareceres. A coordenadora da CIRTES e integrante da Mesa Diretora do CNS retomou a palavra e informou que os processos apresentados já se encontravam concluídos no sistema e-MEC. Reforçou que, embora naquele período tivessem sido analisados 23 processos relativos aos cursos de Enfermagem, Odontologia e Psicologia, sem processos de Medicina, a Comissão passava a enfrentar novo aumento expressivo da demanda encaminhada para avaliação. Não havendo inscrições para manifestações naquele momento, informou que daria continuidade ao ponto de pauta com a apresentação dos demais informes da CIRTES. Informou que a Comissão vivenciou uma agenda intensa, com diversas iniciativas relacionadas à educação e ao trabalho em saúde, incluindo projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional. Contextualizou que a educação de qualidade constituiu responsabilidade do Estado brasileiro, conforme estabelecido pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, e ressaltou que o investimento na educação, na ciência e na tecnologia e na qualificação dos trabalhadores representou elemento estratégico para o desenvolvimento dos países. Destacou que essa perspectiva abrangeu a educação profissional técnica de nível médio, a formação tecnológica e a educação superior, sendo esta última objeto de atuação intensa da CIRTES naquele momento. Recuperou a trajetória da construção do sistema de avaliação da educação superior no País e lembrou que, a partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000, avançou-se na definição de mecanismos voltados à garantia da qualidade dos cursos. Mencionou as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas inicialmente, em 2001, para cursos como Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem e ressaltou que a expansão acelerada da oferta de cursos e vagas, especialmente no setor privado, evidenciou a necessidade de associar às diretrizes curriculares mecanismos permanentes de monitoramento e avaliação. Recordou que a implantação de processos avaliativos enfrentou resistências, inclusive pelo receio das instituições quanto a possíveis restrições à ampliação de vagas ou à continuidade dos cursos. Explicou que, em 2004, foi instituído o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - Sinaes, estruturado em três grandes dimensões: a avaliação

institucional, incluindo a autoavaliação; a avaliação externa dos cursos; e a avaliação do desempenho dos estudantes. Ressaltou que o CNS passou a integrar formalmente o processo de avaliação externa dos cursos da área da saúde a partir de decreto publicado em 2006. Destacou que, enquanto a Ordem dos Advogados do Brasil participou da avaliação dos cursos de Direito, coube ao CNS participar da avaliação dos cursos de Medicina, Odontologia, Psicologia e Enfermagem. Mencionou também o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes - ENADE como componente da avaliação e ressaltou a relevância da consolidação de uma política nacional de qualidade da educação superior. Ressaltou que a participação do CNS nesse processo esteve diretamente relacionada à responsabilidade do SUS com a qualidade da formação dos trabalhadores da saúde e à necessidade de ampliar o acesso da população a serviços e cuidados resolutivos e qualificados. Destacou que a promoção da saúde constituiu referência das diretrizes curriculares avaliadas e defendeu que a qualificação dos trabalhadores deveria ser compreendida também como indicador do desenvolvimento do País, uma vez que a formação inadequada poderia repercutir na desvalorização profissional, na redução salarial e na fragilização da proteção previdenciária. Nesse contexto, reafirmou a importância da contribuição do CNS para a avaliação da qualidade da formação oferecida pelos cursos da área da saúde e abordou o aprimoramento da avaliação de desempenho dos estudantes de Medicina por meio do ENAMED. Informou que estavam avançados os diálogos entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o CNS para discutir a possibilidade de extensão dessa proposta aos demais cursos da área da saúde. Ao mencionar os resultados da primeira experiência realizada em dezembro de 2025, destacou que os dados divulgados suscitaram preocupação em relação ao desempenho de parte dos cursos avaliados. Defendeu o permanente aprimoramento dos mecanismos de avaliação e ressaltou que políticas públicas de Estado, como a LDB e o SINAES, deveriam ser continuamente aperfeiçoadas, preservando-se de impactos meramente conjunturais. Recordou, ainda, a prerrogativa constitucional atribuída ao SUS de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e informou que o CNS, em articulação com os Ministérios da Saúde e da Educação, buscou avançar na construção de maior maturidade institucional para a avaliação dos cursos, com um sistema consistente e capaz de reduzir questionamentos sobre seus critérios e resultados. Informou que a avaliação externa dos cursos passava por processo de reestruturação, com revisão de seus instrumentos. Explicou que, além das dimensões relacionadas à infraestrutura, ao projeto pedagógico e ao corpo docente, estava sendo incorporado um quarto eixo específico, denominado “saúde e bem-estar”, cuja construção contou com importante contribuição do CNS. Registrou que foi realizada consulta pública sobre essa reformulação, com participação do Conselho, de entidades e de representantes do controle social, e informou que a Comissão aguardava a sistematização dos resultados para avaliar de que forma as contribuições seriam incorporadas ao novo sistema. Ressaltou também a defesa de que a manifestação do CNS nos processos de avaliação dos cursos da saúde deixasse de possuir caráter meramente opinativo e passasse a produzir efeitos concretos no processo regulatório. Informou que, na última reunião da CIRTES, realizada nos dias 30 de junho e 1º de julho, quatro grupos de trabalho atuaram sobre diferentes temas e que um deles elaborou proposta, a ser posteriormente submetida ao Pleno, para estabelecer indicadores derivados do sistema de avaliação do CNS que pudessem compor a avaliação realizada pelo INEP. Explicou que a intenção foi fazer com que a avaliação do Conselho tivesse pontuação efetiva no processo de autorização e abertura dos cursos. Destacou a receptividade do Ministério da Educação à proposta e informou que estava prevista reunião entre o MEC e o CNS para aprofundar o diálogo. Na sequência, abordou as discussões relacionadas ao Enamed e informou sobre a existência de medida provisória, com vigência de 120 dias, que tratava do resultado do exame como requisito relacionado ao exercício profissional. Mencionou, paralelamente, a tramitação no Congresso Nacional de propostas relativas a exames de proficiência para diferentes profissões da saúde. Ressaltou a preocupação da CIRTES com a possibilidade de uma avaliação concebida para aferir a qualidade da formação e dos cursos passar também a produzir consequências individuais para os estudantes no acesso ao exercício profissional. Explicou que a proposta do Enamed contemplou avaliação progressiva ao longo da formação, e não exclusivamente ao final do curso, e previu período para adaptação das instituições caso as novas regras fossem definitivamente aprovadas. Informou que um grupo de trabalho da CIRTES já havia produzido documento com posicionamento sobre a matéria, o qual seria encaminhado à Mesa Diretora do CNS e, posteriormente, submetido ao Pleno do CNS para manifestação. Ao tratar da relação entre formação e trabalho em saúde, ressaltou que a qualidade dos cursos interessou a toda a sociedade, uma vez que a adequada formação dos estudantes repercutiu diretamente na

segurança e na qualidade da assistência prestada à população. Defendeu que o ingresso dos profissionais no SUS ocorresse por processos públicos de seleção, associados à estruturação de carreiras, e afirmou que a valorização do trabalho no SUS, defendida historicamente pelo controle social, esteve vinculada à qualidade da formação, à educação permanente e à oferta de residências e demais oportunidades de qualificação ao longo da trajetória profissional. Na sequência, abordou a situação dos vínculos de trabalho no SUS e informou que a CIRTES realizou análise do panorama da força de trabalho, identificando situação preocupante de precarização. Mencionou a pejotização, o trabalho por cooperativas, os contratos informais e a utilização de bolsistas entre as formas de inserção laboral observadas. Ressaltou que essa precarização repercutiu diretamente na qualidade da atenção e do cuidado em saúde e afirmou que a superação das relações precárias de trabalho constituiu questão de interesse público e preocupação compartilhada também pelos gestores do SUS. Relacionou essa discussão à necessidade de estruturação de carreiras no SUS e recordou o compromisso do CNS com a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, cuja reinstalação foi aprovada pelo Conselho no início de 2023, após período de desativação. Destacou que, desde então, foram construídos protocolos importantes, inclusive relacionados à saúde indígena e à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Mencionou também o avanço do Protocolo nº 12, relacionado à Resolução CNS nº 799, de 29 de janeiro de 2026, e informou que a CIRTES e a Cofin desenvolveram trabalhos articulados sobre aspectos relacionados ao tema, inclusive por meio de reuniões conjuntas e grupo temático específico. Ressaltou que o panorama da precarização do trabalho revelou impactos relevantes sobre a saúde dos trabalhadores e sobre a qualidade dos serviços prestados. Chamou atenção para jornadas prolongadas na área da saúde, mencionando regimes de 12 por 36 horas, plantões de 24 horas e situações ainda mais extensas. Informou que estava em elaboração uma carta aberta à sociedade, aos gestores, às autoridades, aos formadores de opinião e aos tomadores de decisão sobre a precarização do trabalho em saúde, com a perspectiva de ampliar o debate público sobre seus impactos e reafirmar que a questão extrapolava interesses corporativos. Informou, ainda, que estava em elaboração outro documento contendo uma agenda para viabilização da carreira no SUS, considerando o caráter estrutural da precarização. Alertou para a progressiva normalização de vínculos precários e para suas repercussões sociais, previdenciárias e sanitárias, especialmente diante do envelhecimento da população. Ressaltou que a fragilização dos vínculos e da proteção social poderia produzir consequências de longo prazo para os trabalhadores e para a sustentabilidade das políticas de proteção social. Ao concluir, destacou a intensa atuação da CIRTES e do grupo, com renovação da composição, com a incorporação de novos integrantes que já participavam ativamente dos trabalhos. Em seguida, a mesa abriu para o debate. Conselheira **Shirley Marshal Morales** parabenizou a CIRTES pelo trabalho desenvolvido na avaliação dos cursos da área da saúde e concordou com a necessidade de que os pareceres do CNS produzissem efeitos concretos, em vez de constituírem manifestações meramente opinativas. Relatou que entidades da Enfermagem haviam se reunido com o respectivo conselho profissional para discutir projeto de lei referente à instituição de exame de proficiência e questionou a capacidade de uma prova aplicada ao estudante de solucionar problemas estruturais relacionados à precarização e à mercantilização da educação superior. Também mencionou as preocupações relativas à educação a distância na área da saúde e ponderou que falhas na assistência não decorreram exclusivamente da formação, mas também das condições e da precarização do trabalho. Defendeu processos de avaliação e reavaliação ao longo da graduação, capazes de identificar e corrigir problemas formativos antes da conclusão do curso, em vez de responsabilizar exclusivamente o egresso. Acrescentou que a precarização e a terceirização do trabalho também expuseram profissionais recém-formados a situações de risco. Ressaltou a importância da atuação da CIRTES e defendeu o fortalecimento da participação do CNS na avaliação da formação em saúde, inclusive com sua ampliação para outros cursos. Ao final**,** propôs ampliar a agenda política com os Ministérios da Educação e da Saúde para discutir, conjuntamente, os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional relacionados aos exames de proficiência nas profissões da saúde. Conselheira **Victoria Matos das Chagas Silva,** integrante da CIRTES**,** parabenizou o trabalho da Comissão na defesa da qualidade da educação em saúde e destacou a complexidade e as contradições envolvidas na discussão sobre exames de proficiência. Ressaltou que o movimento estudantil e a própria CIRTES vinham denunciando a deterioração da qualidade da formação decorrente da expansão mercantil da educação superior e afirmou que parte dos profissionais formados em condições educacionais precárias acabava sendo absorvida pelo SUS. Avaliou que a adoção do exame de proficiência poderia transferir

individualmente ao estudante a responsabilidade por problemas estruturais das instituições formadoras. Argumentou que mesmo estudantes dedicados enfrentariam limitações quando submetidos a cursos sem estrutura adequada, atividades práticas insuficientes, aulas exclusivamente virtuais ou outros problemas institucionais. Defendeu, portanto, a criação de mecanismos que responsabilizassem as instituições pela qualidade da formação e ressaltou as dificuldades enfrentadas especialmente pelos estudantes trabalhadores das instituições privadas, que muitas vezes não dispunham de políticas de permanência, bolsas, apoio ao transporte ou oportunidades de pesquisa. Defendeu que o CNS se posicionasse em proteção aos estudantes, sem afastar sua responsabilidade de proteger a população usuária dos serviços de saúde. Ressaltou que o estudante também integrou a sociedade e deveria ter assegurado o direito à educação de qualidade e à formação comprometida com o SUS. Nesse sentido, defendeu posição contrária à responsabilização individual do estudante e favorável à responsabilização das instituições formadoras, bem como a construção de medidas que permitissem aos estudantes eventualmente reprovados superar as lacunas formativas e alcançar condições para o exercício profissional. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** parabenizou a CIRTES e ressaltou a centralidade dos trabalhadores para o funcionamento do SUS, considerando que o cuidado em saúde incidiu diretamente sobre a vida das pessoas. Avaliou que tanto usuários quanto profissionais poderiam ser fragilizados por interesses alheios aos princípios defendidos pelo controle social e destacou a importância de o CNS participar efetivamente das discussões sobre qualidade, equidade, território e determinantes sociais relacionados à formação e ao trabalho em saúde. Nesse contexto, posicionou-se contrariamente ao exame de proficiência como mecanismo de solução dos problemas da formação, por considerar inadequado reduzir a avaliação da qualidade profissional a uma prova objetiva individual. Também relacionou a discussão à precarização do mercado de trabalho e defendeu a ampliação dos concursos públicos nos municípios. Criticou a predominância de vínculos por meio de pessoa jurídica, cooperativas e outras formas de contratação precária, destacando seus impactos sobre a continuidade das equipes, a construção de vínculos com os territórios e a responsabilização dos profissionais. Defendeu a reversão dessa lógica mediante vínculos estáveis, concursos públicos e garantia de educação permanente aos trabalhadores após a formação. Conselheiro **Anselmo Dantas**, ao abordar a expansão do mercado privado de formação dos profissionais da saúde, avaliou que o País optou historicamente pela ampliação da educação superior predominantemente por meio do setor privado, inclusive com utilização de recursos públicos. Comparou esse modelo à experiência de países com sistemas universais de saúde, nos quais a formação dos profissionais ocorreu majoritariamente em instituições públicas, e recordou que a reforma sanitária já defendia a formação pública como elemento estruturante do SUS. Avaliou que, diante da expansão e consolidação do mercado educacional privado, buscava-se posteriormente transferir aos estudantes e às famílias o ônus decorrente da formação inadequada. Ao tratar especificamente da Odontologia, ressaltou que a elevada quantidade de profissionais não significou, necessariamente, ampliação do acesso ou garantia de assistência de qualidade à população. Defendeu reflexão sobre o perfil e o quantitativo da formação necessária ao País e destacou a retomada, pela área de gestão do trabalho do Ministério da Saúde, de pesquisas sobre dimensionamento da força de trabalho. Mencionou estudo sobre a formação em Odontologia e a equipe de saúde bucal e avaliou que os dados apontaram maior necessidade de investimento na formação de profissionais técnicos, em vez da expansão contínua do número de cirurgiões-dentistas, como estratégia para enfrentar as iniquidades de acesso à saúde. Conselheira **Daniele dos Santos Moretti** manifestou concordância com as intervenções anteriores e concentrou sua fala na precarização das relações de trabalho. Recordou que a Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde havia evidenciado a demanda dos trabalhadores pela desprecarização e relatou que, nos territórios, os vínculos precários e a atuação de organizações sociais restringiram inclusive a possibilidade de manifestação dos trabalhadores. Relatou situação ocorrida durante conferência municipal de saúde no estado do Rio de Janeiro, na qual manifestação de gestor público em relação aos trabalhadores insatisfeitos com seus salários evidenciou, em sua avaliação, a necessidade de fortalecer a valorização profissional. Destacou a importância das mesas de negociação e informou que, após mobilização no âmbito estadual, havia sido viabilizada a realização de concurso público no estado do Rio de Janeiro depois de longo período sem certame, além da retomada da discussão sobre dimensionamento da força de trabalho. Propôs que o CNS recomendasse aos Conselhos Estaduais de Saúde a retomada ou instituição de mesas de negociação, como estratégia de fortalecimento do controle social e de enfrentamento à precarização nos territórios. Conselheiro **Derivan Brito da**

Silva, docente da Universidade Federal do Paraná, alertou para que não fosse naturalizada a compreensão de que o exame de proficiência solucionaria os problemas decorrentes da educação a distância na área da saúde. Avaliou que essa associação vinha sendo apresentada à sociedade como resposta às lacunas da formação, embora não enfrentasse suas causas estruturais. Ressaltou também a insuficiência da oferta pública de educação superior, especialmente no interior do País, circunstância que levou estudantes a recorrerem ao ensino privado e à educação a distância. Defendeu que o controle social se posicionasse contrariamente à utilização do exame de proficiência como estratégia para legitimar ou compensar formações inadequadas em modalidade a distância. Conselheiro **Madson Ferreira** retomou discussão anterior realizada com representante do INEP sobre a possibilidade de avaliação dos estudantes em diferentes ciclos da formação e ressaltou a complexidade do debate sobre proficiência. Chamou atenção para a expansão do número de cursos e para a incompatibilidade entre a oferta crescente de vagas e a capacidade de absorção dos profissionais pelo SUS e pelo mercado de trabalho em determinadas localidades. Manifestou preocupação com **a** judicialização dos processos de abertura de cursos, observando que decisões judiciais poderiam reverter negativas administrativas à autorização de novas graduações. Questionou a capacidade do MEC de enfrentar isoladamente esse fenômeno e sugeriu que a CIRTES discutisse com o Ministério da Educação quais mecanismos poderiam ser adotados para enfrentar a judicialização das autorizações de cursos, inclusive mediante instrumentos normativos ou legislativos. Após essas falas, a coordenação da CIRTES fez considerações gerais sbre os pontos levantados. O coordenador adjunto da CIRTES avaliou que as manifestações apresentadas convergiram com discussões já desenvolvidas internamente pela Comissão, especialmente quanto à necessidade de evitar a responsabilização individual do estudante e fortalecer a avaliação das instituições e da expansão dos cursos. Informou que o diálogo com o Ministério da Educação vinha sendo retomado após período de menor participação do órgão nas reuniões da Comissão e destacou reunião prevista com o MEC para aprofundar essas questões. Após intervenção da conselheira Daniele Moretti, foi retomada e registrada sua proposta para que o CNS recomendasse aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação ou reativação das mesas de negociação. Na sequência, a coordenadora da CIRTES explicou que o Pleno do CNS já havia aprovado recomendação para que os Conselhos Estaduais de Saúde promovessem iniciativas destinadas à criação de mesas de negociação, com apoio do CNS e integração ao Sistema Nacional de Mesas de Negociação. Ressaltou, contudo, que a efetivação dessas instâncias dependia de mobilização nos próprios territórios e informou que o CNS já participava de reuniões com Conselhos Estaduais interessados em criar novas mesas ou reativar estruturas existentes. Destacou a situação de fragilidade vivenciada por trabalhadores submetidos a vínculos precários, inclusive pela ausência de direitos como licença médica e pela exposição a situações de assédio. Defendeu que os Conselhos Estaduais incorporassem a valorização do trabalho no SUS como prioridade em seus planejamentos estratégicos, ressaltando que a gestão do trabalho e a gestão da educação constituíram dimensões estratégicas para usuários, trabalhadores e gestores. Recordou que a Resolução CNS nº 749, de 14 de junho de 2024, que aprovou protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, estabeleceu orientações para a instituição formal de mesas subnacionais e poderia subsidiar o trabalho nos territórios. A pedido da coordenação, conselheira **Shirley Marshal Morales** reapresentou sua proposta de estabelecimento de agenda política conjunta do CNS com os Ministérios da Saúde e da Educação para tratar especificamente dos projetos de lei referentes aos exames de proficiência das profissões da saúde**,** considerando a existência de diversas proposições em tramitação no Congresso Nacional e o estágio avançado de algumas delas. A coordenadora da CIRTES/CNS informou que essa articulação já havia sido iniciada e destacou avanços na aproximação com o Ministério da Educação. Relatou que, durante atividade realizada no 17º Congresso Internacional da Rede Unida, representantes do próprio MEC haviam apresentado normativas defendidas pelo CNS, o que avaliou como indicativo positivo do fortalecimento do diálogo institucional. Registrou a proposta apresentada pela conselheira Shirley Morales e reafirmou a importância da continuidade dessa articulação. Sobre a judicialização da abertura de cursos de Medicina, recordou a existência de período de moratória para novos cursos e, posteriormente, a adoção, no âmbito do Programa Mais Médicos, de critérios para abertura mediante editais direcionados a localidades caracterizadas, entre outros aspectos, por vazios assistenciais e menor desenvolvimento socioeconômico. Ressaltou, contudo, que instituições recorreram ao Poder Judiciário para contestar as restrições regulatórias e informou que houve situações em que cursos que receberam avaliação insatisfatória do CNS, posteriormente

acolhida pelo MEC, foram autorizados por decisão judicial. Avaliou que esse cenário revelou uma disputa relevante entre a regulação pública e os interesses de mercado e defendeu que o controle social se preparasse para enfrentar a judicialização. Concluídas as manifestações e respostas, a coordenação declarou encerrado o Item 5 e deu sequência aos trabalhos do Pleno. **ITEM 6 – MESTRADO PROFISSIONAL EM PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE - Apresentação sobre os resultados preliminares do Projeto Participa Saúde, desenvolvido pela ENSP/Fiocruz em parceria com o CNS -** *Apresentação:* **José Eudes Barroso Vieira,** Diretor do Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária - DESCO da Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS; **Fernando Pigatto,** Mestrando no programa de Mestrado Profissional com enfâse em Participação Controle Social Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz; e **Gideon Borges dos Santos,** pesquisador e professor em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. *Coordenação:* conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Priscila Torres da Silva** iniciou o ponto e destacou sua relevância para o controle social, caracterizando a iniciativa como importante avanço e conquista do Conselho. Conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, manifestou satisfação com a realização do debate e destacou que o controle social passou a desenvolver projetos estruturantes destinados ao seu próprio fortalecimento. Recuperou a trajetória da participação social no SUS e ressaltou a autonomia legal conquistada para atuação na formulação, acompanhamento, implementação e monitoramento das políticas públicas, especialmente a partir da regulamentação da participação social pela Lei nº 8.142/1990. Avaliou que o controle social precisou ampliar sua preparação e qualificação para enfrentar disputas de natureza estrutural e histórica, que ultrapassaram questões conjunturais. Nesse contexto, chamou atenção para as ameaças aos direitos sociais e a uma agenda civilizatória relacionada à educação, ao trabalho, à saúde, à segurança pública, à moradia e à garantia de vida digna. Ressaltou que o enfrentamento desses desafios exigiu maior capacidade de atuação e formação dos sujeitos envolvidos na participação e no controle social. Nesse processo, destacou o desenvolvimento do Projeto Participa Saúde como iniciativa que passou a integrar a trajetória de fortalecimento do controle social e ressaltou, na sequência, a implantação do Mestrado Profissional em Participação e Controle Social em Saúde, como novo avanço na estruturação de processos formativos voltados à participação social no SUS. Após compor a mesa com os convidados, abriu para as explanações, com leitura dos currículos de cada um. O primeiro expositor foi o pesquisador e professor em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ, **Gideon Borges dos Santos,** que iniciou sua apresentação ressaltando a importância da pauta para o Conselho Nacional de Saúde e para a própria ENSP. Informou que dividiria sua participação em dois momentos, com uma breve exposição sobre o curso e, posteriormente, a apresentação de vídeo produzido sobre a experiência do Mestrado Profissional. Ao contextualizar a construção do Mestrado Profissional com ênfase em Participação e Controle Social**,** explicou que, quando o CNS procurou a Fiocruz para discutir a possibilidade de oferta do curso, foram estabelecidos três objetivos centrais. O primeiro consistiu em contribuir para a análise da sociedade brasileira no contexto contemporâneo, considerando-a como espaço de permanente disputa, e aprofundar a compreensão dos desafios colocados à saúde pública e do papel do controle social, do CNS e das pessoas conselheiras no enfrentamento dessas questões. O segundo objetivo foi reconhecer os próprios conselheiros e conselheiras, considerando sua ampla experiência na condução e participação em movimentos sociais, como protagonistas da produção de conhecimento sobre participação social, defesa da saúde e defesa do SUS. O terceiro, diretamente relacionado ao planejamento estratégico do CNS, consistiu em possibilitar que o Mestrado produzisse tecnologias e produtos capazes de fortalecer a atuação dos conselhos de saúde nas três esferas de governo e no âmbito local, além de contribuir para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e do SUS em seu conjunto. Gideon destacou que outra premissa estabelecida desde a concepção da proposta foi a construção conjunta do processo formativo entre o CNS e a Fiocruz. Ressaltou que essa orientação foi bem recebida pela instituição e se materializou na participação de conselheiros e conselheiras como docentes e, em alguns casos, como orientadores da turma. Reforçou, nesse contexto, a importância da produção de técnicas, estratégias e métodos que contribuíssem diretamente para qualificar a atuação dos conselhos e das pessoas conselheiras nos territórios. Ao apresentar a situação do curso, informou que a maior parte dos estudantes já havia passado pela etapa de qualificação, mencionando dezenove mestrandos qualificados e sete com pedido de prorrogação, situação

que considerou normal diante da necessidade de conciliar estudo e trabalho. Indicou a expectativa de que os estudantes remanescentes concluíssem a qualificação em agosto e que, até maio do ano seguinte, fossem realizadas as defesas dos produtos técnicos e das dissertações. Acrescentou que ainda estavam previstas uma oficina dedicada especificamente aos produtos técnicos e uma atividade de seminários destinada ao acompanhamento dos trabalhos até a defesa. Na sequência, apresentou os produtos técnicos e as tecnologias sociais em desenvolvimento pelos mestrandos, ressaltando que sua elaboração constituía requisito do mestrado profissional, juntamente com a dissertação, e deveria produzir repercussões concretas nos territórios de atuação dos participantes. Explicou que os produtos estavam organizados segundo as categorias adotadas pela CAPES e articulados aos respectivos temas das dissertações. Entre as propostas, destacou os materiais didáticos, citando vídeos educacionais, podcasts, dossiê e proposta de resolução, além do desenvolvimento de softwares e aplicativos voltados, entre outras finalidades, à avaliação de propostas pedagógicas e ao acompanhamento e monitoramento de planos de gestão municipal. No campo das tecnologias sociais, mencionou a elaboração de matrizes de descritores para avaliação de equidade, estratégias para implantação de conselhos locais de saúde e método para monitoramento das deliberações das conferências. Também citou cursos de formação profissional, módulos formativos de educação permanente, dispositivo curricular destinado à formação em participação e controle social na educação básica e rodas formativas relacionadas aos distritos sanitários do Recife. Informou que havia discentes das cinco regiões do país e de aproximadamente onze estados. Acrescentou a produção de manuais, protocolos e diferentes modalidades de guias, entre eles instrumentos de integração institucional, análise, qualificação e implementação municipal, observando que nove produtos ainda estavam em processo de definição pelos estudantes. Ao sintetizar a relevância da iniciativa, ressaltou a experiência de desenvolvimento de projetos formativos em parceria com os movimentos sociais, tema tratado de forma prioritária pela ENSP. Informou que o curso também estava sendo objeto de pesquisa e acompanhamento, com perspectiva de produção de relatórios consistentes sobre a experiência, além da possibilidade de transformação dos materiais, produtos e resultados das dissertações em publicações. Destacou, ainda, que o projeto contemplou, desde sua origem, diferentes pautas afirmativas, o fortalecimento do planejamento estratégico do CNS, a formação de agentes de mudança nos territórios e a produção de conhecimento pelos próprios sujeitos envolvidos nas práticas de participação e controle social. Ressaltou também o caráter intersetorial da turma, composta por profissionais com atuação em diferentes campos, entre eles saúde, educação e justiça. Por fim, informou que estava em negociação com o Ministério da Saúde a oferta de uma segunda turma do Mestrado Profissional, inserida em uma proposta mais ampla de programa de formação. Explicou que a nova oferta deveria ser acompanhada de um curso de especialização na mesma temática e destacou a perspectiva de formação de multiplicadores, de modo que os egressos do mestrado pudessem futuramente atuar como professores e instrutores do curso de especialização. Informou que o projeto ainda se encontrava em negociação com o Ministério da Saúde, com expectativa de sinalização positiva no segundo semestre. Ao encerrar, disse que seria apresentado vídeo produzido sobre o projeto, com depoimentos de diferentes atores envolvidos na experiência, e colocou-se à disposição do Pleno para elucidações e questionamentos. O vídeo foi reproduzido no final das falas dos expositores. Na sequência, expôs o diretor do DESCO/SAPS/MS, **José Eudes Barroso Vieira**, que agradeceu o convite e ressaltou a relevância do Mestrado Profissional em Participação e Controle Social em Saúde. Relacionou a iniciativa à trajetória da atenção primária à saúde, destacando que a participação e o controle social constituíram princípios presentes desde a formulação da primeira Política Nacional de Atenção Básica. Informou que a construção do processo formativo destinado aos conselhos de saúde foi desenvolvida no âmbito da SAPS, com participação da Coordenação-Geral de Saúde da Família e em articulação com a ENSP/Fiocruz e a equipe do CNS, o que possibilitou a concretização do mestrado profissional. Avaliou que a iniciativa representou uma inovação em relação às experiências formativas anteriormente desenvolvidas pela Secretaria, que haviam contemplado mestrados profissionais destinados principalmente aos trabalhadores da atenção primária e aos gestores federais e dos territórios. Destacou que, pela primeira vez, foi possível construir uma experiência conjunta entre a SAPS/MS, a ENSP/Fiocruz e o CNS, caracterizada não apenas como formação acadêmica, mas como processo formativo com atuação concreta nos territórios. Ao retomar os objetivos do Mestrado, ressaltou a produção de estudos e pesquisas sobre a atuação dos conselhos locais, municipais, estaduais e do próprio CNS, com vistas ao aperfeiçoamento do controle exercido pela sociedade civil organizada sobre o Estado.

Destacou também a produção de técnicas, estratégias e métodos para atuação intersetorial em espaços institucionais e não institucionais de participação social e a articulação entre os conhecimentos produzidos nos territórios e na academia, sob uma perspectiva ampliada da saúde coletiva. Chamou atenção para a diversidade dos dezenove produtos técnicos e tecnológicos que já estavam sendo desenvolvidos pelos mestrandos e para seu potencial de aplicação prática nos diferentes territórios. Avaliou que as futuras defesas das dissertações e a sistematização dessas experiências produziriam conhecimentos relevantes não apenas para os participantes do curso, mas também para a atenção primária e para o conjunto dos conselhos locais e municipais de saúde. Informou que já estavam sendo discutidas estratégias para conferir maior visibilidade aos produtos e às dissertações resultantes do Mestrado, de modo que pudessem ser sistematizados e utilizados como referências de boas práticas e experiências. Ressaltou que a diversidade territorial contemplada pelos trabalhos representou importante potencial para a disseminação e ampliação das ações desenvolvidas no âmbito da participação e do controle social. Destacou, ainda, a importância da escolha da ENSP/Fiocruz como instituição parceira, inclusive pela capacidade de ampliar territorialmente o processo seletivo. Informou que, embora as atividades formativas ocorressem em Brasília, a estrutura descentralizada da Fiocruz possibilitou a realização do processo de seleção nas cinco regiões do País, favorecendo o acesso de candidatos de diferentes localidades ao Mestrado. Ressaltou como resultado relevante a permanência de todos os mestrandos selecionados desde o início do curso, sem registro de desistências até aquele momento. Comparou esse resultado às taxas de evasão observadas habitualmente em outros processos formativos e atribuiu a elevada adesão, entre outros fatores, à matriz político-pedagógica e ao acompanhamento desenvolvido durante a formação. Avaliou que o resultado evidenciou o envolvimento dos participantes e a efetividade da proposta formativa. Destacou que o Mestrado apresentou, para além de seus objetivos pedagógicos, uma intencionalidade política de formação continuada e fortalecimento do controle social. Nesse sentido, informou que já estavam em curso discussões sobre uma segunda turma do Mestrado e defendeu que os participantes da primeira experiência assumissem protagonismo na nova etapa, inclusive com possibilidade de atuarem como preceptores da futura turma, promovendo a multiplicação dos conhecimentos construídos ao longo do processo formativo. Na sequência, abordou a situação dos conselhos locais de saúde e mencionou diagnóstico anteriormente apresentado ao Pleno do CNS. Informou que, em 2024, havia aproximadamente 16 mil conselhos locais de saúde ativos, diante de um universo de cerca de 50 mil unidades básicas de saúde existentes no País, o que evidenciou que menos da metade das unidades contava com mecanismo permanente e estruturado de diálogo e controle social. Defendeu que a experiência do Mestrado fosse utilizada como elemento impulsionador do diálogo com os gestores locais sobre a importância da implantação e do fortalecimento dos conselhos locais de saúde nas unidades e serviços. Reforçou, nesse contexto, as orientações já estabelecidas pelo CNS para a implementação desses espaços e destacou que o investimento na formação do controle social e dos conselheiros, nos níveis local, municipal, estadual e nacional, produziu resultados relevantes para o fortalecimento das políticas públicas de saúde e do próprio SUS. Ao concluir, agradeceu a oportunidade de apresentar o balanço da experiência formativa, destacou o trabalho desenvolvido na sistematização audiovisual do percurso do Mestrado e colocou-se à disposição para o debate com o Pleno. Na sequência, expôs o ex-presidente do CNS, **Fernando Pigatto**, mestrando em Saúde Pública, Participação e Controle Social pela Fiocruz, que manifestou satisfação em participar da apresentação na condição de estudante e registrou a presença de outros integrantes da turma, bem como daqueles que acompanhavam a reunião de forma remota. Informou que sua exposição resultou de discussão coletiva realizada pelos mestrandos na semana anterior, ocasião em que foram definidas a representação da turma e as questões consideradas prioritárias para apresentação ao Pleno. Acrescentou que seria entregue à Mesa Diretora do CNS documento-síntese elaborado a partir desse processo coletivo. Destacou a participação de diferentes atores na construção do Mestrado e caracterizou a iniciativa como conquista histórica do controle social brasileiro, que ultrapassou a dimensão de um curso de pós-graduação e representou marco na política de fortalecimento da participação social no SUS. Ressaltou que o processo foi construído coletivamente pelo CNS, Ministério da Saúde, Fiocruz, movimentos sociais, conselheiros e conselheiras de saúde, trabalhadores, gestores e pesquisadores. Avaliou, assim, que o caráter inédito da experiência decorreu da compreensão de que fortalecer o SUS exigiu fortalecer seus sujeitos políticos. Ao abordar a composição da turma, ressaltou sua pluralidade e representatividade nacional, com participação de diferentes segmentos do controle social, instituições públicas, movimentos sociais, profissionais com

distintas trajetórias e conselheiros de saúde das diversas esferas. Avaliou que essa diversidade expressou a própria pluralidade do SUS e possibilitou constituir espaço de construção coletiva e de fortalecimento de redes nacionais. Defendeu que a produção acadêmica desenvolvida no Mestrado não deveria se limitar à investigação dos problemas, mas estar orientada à transformação da realidade. Informou que os projetos, tecnologias e dissertações em desenvolvimento puderam ser agrupados em eixos relacionados às estruturas e à gestão democrática; controle social e conselhos de saúde; gestão participativa, democracia e participação; populações e equidade; saúde da população negra; saúde das mulheres; pessoas com deficiência; povos e comunidades tradicionais; população quilombola; movimentos sociais; formação e educação permanente. Ressaltou que a produção de conhecimento esteve comprometida com a construção de soluções capazes de fortalecer o SUS. Como exemplo dos conhecimentos já produzidos, apresentou trabalho desenvolvido na disciplina Sociedade, Desigualdades e Interseccionalidades em Saúde, que analisou o lugar ocupado pelas políticas públicas de equidade relacionadas a gênero, raça, classe, idade, território, origem, capacidades e outros marcadores de desigualdade nos relatórios das últimas cinco Conferências Nacionais de Saúde e suas repercussões nas políticas de saúde. Informou que foram analisados descritores como gênero, raça, deficiência, racismo e vulnerabilidade e destacou que essas questões apareceram com maior intensidade na 17ª Conferência Nacional de Saúde. A partir desse resultado, avaliou que as conferências livres contribuíram para ampliar e fortalecer a pauta da equidade, não apenas no processo conferencial, mas também no próprio SUS e no Plano Nacional de Saúde. Ressaltou que essa relação demonstrou, na prática, a capacidade da participação social de influenciar o planejamento das políticas públicas e produzir repercussões concretas na vida da população. Destacou, ainda, que os produtos técnicos desenvolvidos pelos mestrandos retornariam diretamente ao controle social por meio de pesquisa aplicada, com a produção de guias, manuais, materiais educativos, protocolos, instrumentos de gestão, metodologias de formação e ferramentas destinadas aos conselhos de saúde. Enfatizou que o conhecimento produzido retorna à sociedade sob a forma de instrumentos práticos capazes de fortalecer o SUS. Na sequência, chamou atenção para lacunas existentes na formação dos profissionais de saúde em relação à participação e ao controle social. Relatou que muitos profissionais concluíram sua formação sem conhecimento adequado sobre o papel dos conselhos de saúde, sobre a Lei nº 8.142/1990 e sobre o funcionamento prático dos espaços democráticos de participação. Diante desse diagnóstico, propôs a integração transversal e obrigatória da temática da participação e do controle social no SUS aos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde, sob o entendimento de que os profissionais que atuassem no Sistema deveriam compreender a participação social como parte constitutiva da própria política pública de saúde. Por fim, defendeu que a formação dos sujeitos do controle social avançasse para sua consolidação como política permanente de Estado. Nesse sentido, apresentou como perspectivas a expansão do Mestrado com novas turmas e ampliação sistemática das vagas; a oferta de cursos de curta duração destinados aos conselheiros de saúde; a descentralização da formação, por meio de cursos regionais de especialização e do fortalecimento da educação permanente; e o avanço da formação acadêmica com a criação de doutorado em Participação e Controle Social em Saúde. Concluiu reafirmando que fortalecer o controle social significa fortalecer a democracia e, consequentemente, fortalecer o SUS, e expressou a expectativa de que a primeira turma do Mestrado representasse apenas o início de um processo permanente de formação e qualificação da participação social em saúde. Na sequência, foi exibido vídeo institucional sobre o Mestrado Profissional em Participação e Controle Social em Saúde, com depoimentos de participantes e representantes envolvidos em sua construção. O material apresentou o curso como resultado de uma construção coletiva e como conquista para o fortalecimento da participação social no SUS, destacando a experiência dos mestrandos, a diversidade dos sujeitos envolvidos e a contribuição do processo formativo para a ampliação de conhecimentos e perspectivas sobre o controle social. Concluída a exibição do vídeo, a coordenação abriu a palavra às pessoas conselheiras inscritas. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano,** Presidenta do CNS**,** manifestou satisfação por acompanhar a iniciativa desde sua construção, iniciada ainda na composição anterior da Mesa Diretora, até sua efetiva realização. Avaliou que os resultados apresentados demonstraram a pertinência do investimento realizado e reforçaram a necessidade de avançar para novas etapas. Nesse sentido, defendeu a continuidade da experiência, com novas turmas do Mestrado, e destacou a possibilidade de ampliação da formação para outros níveis, inclusive com a criação de doutorado em Participação e Controle Social em Saúde. Registrou a importância da

participação da vice-presidente da Fiocruz, **Marli Cruz**, na construção do projeto e destacou sua trajetória como mulher negra que alcançou posição de liderança institucional. Agradeceu também à SAPS/MS pela continuidade do projeto e pela disposição em prosseguir no diálogo para a construção das próximas etapas. Reconheceu, ainda, as contribuições do ex-conselheiro Neilton Araújo e da conselheira Francisca Valda no processo de formulação e desenvolvimento da iniciativa e ressaltou o papel de Gideon Borges dos Santos em sua coordenação. Ao concluir, reafirmou o interesse do CNS na continuidade da parceria entre Ministério da Saúde, SAPS, Fiocruz e CNS. Conselheira **Daniele dos Santos Moretti** destacou a importância da formação para o controle social e defendeu que os próprios sujeitos que atuaram nos conselhos e movimentos sociais fossem protagonistas da produção do conhecimento sobre suas experiências. Ressaltou que, historicamente, pesquisas acadêmicas utilizaram as experiências e as vozes dos movimentos sociais sem que seus integrantes figurassem como autores dessa produção e avaliou que o Mestrado contribuiu para modificar essa realidade, ao possibilitar que os próprios atores do controle social produzissem e sistematizassem conhecimento. Defendeu a continuidade da iniciativa, com novas ofertas de mestrado e doutorado voltadas ao controle social, e ressaltou que a formação dos usuários, conselheiros e movimentos sociais constituiu estratégia essencial para a defesa do SUS diante das ameaças ao caráter público e universal do Sistema. Ao final, parabenizou o CNS e o Ministério da Saúde pela construção e pelos resultados alcançados. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** caracterizou o momento como de reconhecimento e celebração de uma iniciativa inserida em uma trajetória mais ampla de atuação do CNS para além de seus espaços institucionais, por meio da intensificação das relações com a sociedade, a Fiocruz, os movimentos populares, os Conselhos de Saúde e os territórios. Relacionou o Mestrado a outras experiências desenvolvidas pelo Conselho, entre elas pesquisas relacionadas à 16ª e à 17ª Conferências Nacionais de Saúde e ao Projeto Participa Mais, que contribuíram para consolidar o controle social também como produtor de pesquisas e conhecimentos sobre a própria participação social. Ressaltou o caráter aplicado do Mestrado Profissional e sua capacidade de produzir ferramentas, proposições e projetos de intervenção sobre a realidade. Destacou a diversidade dos trabalhos desenvolvidos, com abordagens relacionadas a raça/cor, mulheres, luta anticapacitista, participação social e outras pautas relevantes. Nessa linha, avaliou que essas produções poderiam subsidiar a pesquisa e a construção de novos caminhos para o controle social em articulação com conselheiros, conselheiras e territórios. Conselheira **Sueli Barrios** parabenizou a Fiocruz, a ENSP, o CNS e o Ministério da Saúde pela iniciativa e destacou que os depoimentos apresentados no vídeo evidenciaram o significado do processo formativo para os estudantes e o compromisso assumido por eles com a transformação da realidade. Ressaltou a importância da perspectiva apresentada pela turma de “pesquisar para transformar a realidade” e criticou produções acadêmicas desconectadas das necessidades concretas da sociedade e sem retorno social. Avaliou que os produtos e resultados das pesquisas desenvolvidas no Mestrado poderiam contribuir significativamente para o fortalecimento do controle social e do SUS. Considerou inadmissível que profissionais que atuassem no Sistema ainda desconhecessem ou não reconhecessem a participação social como elemento estruturante do SUS e manifestou expectativa de que o CNS acompanhasse posteriormente as defesas e os resultados das dissertações produzidas pela turma. Conselheiro **Oldack Cezar Rocha Sucupira** destacou a relevância da qualificação do controle social e avaliou que a formação proporcionada pelo Mestrado ampliaria a capacidade crítica e de questionamento sobre as políticas públicas, além de contribuir para seu aprimoramento. Ressaltou como aspecto particularmente enriquecedor a interação entre usuários, trabalhadores e gestores no processo formativo. Avaliou que a qualificação dos sujeitos do controle social poderia fortalecer a autonomia dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e ampliar o papel dos conselhos locais, aproximando a participação social da realidade concreta das unidades básicas de saúde e dos territórios. Destacou também a contribuição da iniciativa para a valorização dos trabalhadores e reafirmou a perspectiva de pesquisar para transformar a realidade como importante legado do processo formativo. Conselheira **Rosângela Dornelles** avaliou que, após o debate anterior sobre os desafios da formação em saúde, o Mestrado representou uma conquista que deveria ser celebrada pelos movimentos sociais. Ressaltou a diversidade da turma como uma das principais potencialidades da iniciativa e destacou a presença de sujeitos com diferentes trajetórias de militância, formação e atuação territorial. Chamou atenção especialmente para a invisibilidade enfrentada pelos movimentos sociais e para a dificuldade de reconhecimento das lutas desenvolvidas nesses espaços. Avaliou que o Mestrado ofereceu instrumentos, conceitos, estruturas e metodologias

capazes de enfrentar essa invisibilidade e conferir materialidade ao conhecimento e às experiências construídas pelos movimentos sociais, considerando a diversidade que os caracterizou. Conselheiro **Anselmo Dantas** caracterizou o momento como de celebração e avaliou que a iniciativa do CNS, em parceria com instituições comprometidas com o SUS, demonstrou a possibilidade concreta de construir formação acadêmica de alto nível destinada aos sujeitos do controle social. Referiu-se ao CNS como a "Casa da Democracia do SUS" e ressaltou a importância da ENSP/Fiocruz como instituição de referência para a formação em saúde pública e para os sanitaristas brasileiros. Ao concluir, reafirmou a defesa do SUS como patrimônio do povo brasileiro. Conselheira **Eliane Cruz** destacou que o Mestrado integrou um processo histórico mais amplo de produção de conhecimento desenvolvido pelo próprio CNS, construído por meio de articulações institucionais com parceiros como Fiocruz e Organização Pan-Americana da Saúde e de experiências anteriores de formação e participação social. Parabenizou o CNS pelo empenho na formulação e viabilização da iniciativa e reconheceu a contribuição da SAPS/MS no financiamento da primeira turma, ressaltando que a consolidação de processos formativos dessa natureza exigiu, além de compromisso político, a garantia de recursos financeiros. Nesse sentido, apresentou proposta concreta para a continuidade da iniciativa e propôs que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde a garantia de recursos para a realização do curso de especialização e para a oferta da próxima turma do Mestrado Profissional em Participação e Controle Social em Saúde. Ressaltou que a recomendação do Pleno fortaleceria institucionalmente a demanda e contribuiria para a mobilização coletiva em defesa da continuidade do processo formativo. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** destacou a trajetória de Fernando Pigatto como expressão da construção coletiva do controle social e ressaltou sua atuação nos territórios, movimentos comunitários e no CNS. Avaliou que o Mestrado constituiu legado que ultrapassou os sujeitos diretamente envolvidos na primeira turma e deveria permanecer como conquista para as gerações futuras de defensores do SUS, da democracia e da participação social. Ressaltou a relação indissociável entre SUS, democracia e democratização do conhecimento, defendendo que o conhecimento acadêmico fosse compartilhado com o conjunto da população e não permanecesse restrito a grupos social ou economicamente privilegiados. Concordou com a necessidade de garantir recursos para a continuidade da formação e defendeu que os egressos utilizassem os conhecimentos adquiridos para fortalecer iniciativas como o Participa Mais e outras experiências nos territórios, atuando como referências e multiplicadores para novos sujeitos do controle social. Ao concluir, manifestou apoio à realização de novas turmas e à continuidade da formação em níveis mais avançados, inclusive doutorado, ressaltando que o fortalecimento da qualificação dos sujeitos da participação social produziria ganhos para a democracia, o SUS e o País. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** acompanhou as manifestações anteriores e ressaltou a satisfação em presenciar o reconhecimento e o fortalecimento acadêmico e institucional do controle social. Avaliou que a iniciativa abriu novas perspectivas para que a participação social fosse cada vez mais respeitada e reafirmou que o controle social constituiu elemento indispensável para a existência efetiva do SUS. Defendeu a continuidade da parceria com a ENSP/FIOCRUZ e manifestou apoio à busca de maior aporte orçamentário para garantir novas etapas da iniciativa, considerando o Mestrado uma conquista não apenas do CNS e do controle social, mas de todos os sujeitos e instituições que participaram de sua construção. Encerradas as manifestações dos conselheiros e conselheiras, a coordenação devolveu a palavra aos integrantes da mesa para as considerações finais, iniciando pelo pesquisador e professor em Saúde Pública na ENSP/Fiocruz, **Gideon Borges dos Santos.** Primeiro, agradeceu as manifestações do Pleno do Conselho e afirmou que o reconhecimento expresso pelos conselheiros e conselheiras evidenciou a dimensão do desafio representado pela construção do Mestrado. Ressaltou que a ENSP acompanhou o projeto com especial atenção, sobretudo pelo desafio de construir, no interior de um espaço acadêmico historicamente elitizado, um processo formativo desenvolvido conjuntamente com os movimentos sociais. Explicou que essa construção exigiu compatibilizar a proposta político-pedagógica com as exigências e regras próprias da pós-graduação *stricto sensu* e avaliou que a parceria também proporcionou à Escola aprendizado sobre novas formas de desenvolver projetos acadêmicos com os movimentos sociais. Informou que todo o percurso do Mestrado estava sendo amplamente documentado e que, ao final, o CNS teria acesso a relatórios, registros, livros e outras publicações decorrentes da experiência. Acrescentou que estava em andamento pesquisa de avaliação com os estudantes, mediante entrevistas sobre suas experiências no curso, com a finalidade de produzir relatório consistente sobre todo o processo, desde as negociações iniciais até sua avaliação final. Informou também a expectativa de publicação dos trabalhos em

livros e artigos científicos, de modo a preservar a memória da experiência e permitir que as futuras gerações conhecessem, analisassem e avaliassem o processo desenvolvido. Ao concluir, reafirmou a disponibilidade da ENSP para a continuidade da parceria com o CNS. O Diretor do DESCO/SAPS/MS, **José Eudes Barroso Vieira,** reforçou a importância do projeto para a SAPS/MS e destacou o acompanhamento realizado pelo Departamento e pela Coordenação-Geral de Saúde da Família. Considerou pertinente a proposta apresentada no debate para que o CNS formalizasse recomendação relacionada à continuidade da iniciativa e avaliou que o momento era oportuno, diante do início das discussões sobre o projeto de lei orçamentária para o exercício seguinte. Avaliou que a experiência da primeira turma permitiu consolidar o percurso metodológico e produzir aprendizados que poderiam facilitar e ampliar as próximas ofertas. Destacou o caráter inovador da metodologia utilizada e a riqueza dos debates desenvolvidos nas atividades formativas. Ressaltou, sobretudo, que a experiência demonstrou que o controle social também produz conhecimento para o SUS, não apenas por sua participação no debate das políticas públicas, mas por sua capacidade de elaborar, formular e produzir conhecimento acadêmico e institucional capaz de contribuir para a sustentação dessas políticas. Ao concluir, agradeceu às pessoas que contribuíram para a construção e viabilização da experiência e reiterou a satisfação da SAPS/MS em participar do processo formativo e do diálogo com o CNS e a Fiocruz. O mestrando no programa de Mestrado Profissional com enfâse em Participação Controle Social Saúde Pública/ENSP/Fiocruz, **Fernando Zasso Pigatto,** agradeceu as manifestações e ressaltou o caráter coletivo da trajetória que possibilitou a concretização do Mestrado. Reconheceu a contribuição das diferentes composições da Mesa Diretora do CNS, da Secretaria Executiva e das sucessivas gestões da SAPS/MS, destacando que a continuidade institucional do projeto, mesmo diante das mudanças de gestão, demonstrou que a iniciativa havia sido efetivamente incorporada pela Secretaria. Defendeu, nesse sentido, a continuidade do investimento para as próximas turmas. Destacou sua própria vinculação aos movimentos comunitários e ressaltou que a presença dos movimentos sociais no Mestrado constituiu elemento central da proposta. Agradeceu aos profissionais da Secretaria Executiva do CNS, à coordenação do curso, aos professores, orientadores, coorientadores, tutores e demais integrantes da ENSP envolvidos na formação. Avaliou que as dificuldades enfrentadas ao longo do percurso foram trabalhadas mediante diálogo, construção coletiva e aprendizado compartilhado, características próprias da atuação do controle social. Na sequência, informou que a turma havia se reunido na semana anterior e, além de definir os conteúdos apresentados ao Pleno, decidiu elaborar uma nota de solidariedade à Presidenta do CNS, Fernanda Magano, considerando que a atuação do controle social deveria incidir concretamente sobre a realidade. Procedeu, então, à leitura do documento elaborado coletivamente pelos estudantes da primeira turma do Mestrado Profissional em Participação e Controle Social em Saúde. A nota manifestou solidariedade à Presidenta diante das dificuldades impostas ao pleno exercício de seu mandato institucional e expressou preocupação com a negativa de condições consideradas necessárias ao exercício integral das atribuições da Presidência do CNS. O documento avaliou que a questão ultrapassou a dimensão administrativa e envolveu as próprias condições para o exercício da participação e do controle social no SUS. Reafirmou a participação da comunidade como princípio estruturante do Estado Democrático de Direito e destacou o CNS como instituição permanente e expressão do controle social no Sistema Único de Saúde. O documento defendeu que as condições institucionais necessárias ao exercício dos mandatos no CNS não constituíram privilégios individuais, mas garantias indispensáveis à autonomia e ao funcionamento do controle social. Reconheceu a trajetória de Fernanda Magano na defesa do SUS, da democracia participativa e dos direitos sociais e reafirmou que os conselhos de saúde constituíram instituições fundamentais para assegurar transparência, legitimidade democrática, participação cidadã e compromisso com os princípios constitucionais do Sistema. Ao final, a turma reafirmou sua solidariedade à Presidenta e renovou o compromisso com a defesa de um SUS público, universal, integral, equânime, democrático e socialmente participativo, destacando a participação social como instrumento de cidadania, justiça social e fortalecimento da democracia. Após a leitura, a coordenação informou o recebimento de outra moção de solidariedade e defesa da autonomia do controle social no SUS, apresentada pelo Grupo de Saúde Integral das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, reunido no 12º Congresso Nacional da União Brasileira de Mulheres, e orientou que o documento fosse registrado e incorporado à pauta dos encaminhamentos. Finalizando, conselheira **Francisca Valda da Silva**, na coordenação da mesa, recuperou a trajetória de construção da política de formação e produção de conhecimento do controle social. Recordou iniciativas desenvolvidas

em gestões anteriores, entre elas a criação de Câmara Técnica de Estudos e Pesquisas para o Controle Social, pesquisas sobre participação social, publicações relacionadas ao controle social e às políticas públicas de saúde e a perspectiva de constituição de uma rede de pesquisa e produção de conhecimento. Situou o Mestrado nesse percurso, articulado ao projeto de formação e educação permanente do controle social. Ressaltou que essa construção deu continuidade ao legado histórico da reforma sanitária e aos fundamentos constitucionais do SUS, especialmente à participação social. Destacou a importância dos movimentos sociais no processo de redemocratização brasileira, na construção do SUS e na consolidação das conferências e demais instâncias de controle social. Avaliou que a produção de conhecimento, dados, informações, tecnologias e inovação também deveria estar a serviço das ciências humanas, sociais e políticas e da sociedade civil organizada, fortalecendo sua capacidade de atuação e intervenção nas políticas públicas. Ao final, apresentou os encaminhamentos, que foram acolhidos pelo Pleno por aclamação: 1) defender a política de formação como política de Estado, de caráter permanente e estruturante para o controle social, de modo a assegurar sua continuidade para além de gestões e períodos específicos; 2) recomendar ao Ministério da Saúde a garantia de recursos orçamentários suficientes para viabilizar e assegurar a continuidade da política de formação no âmbito do controle social; 3) ofertar a segunda turma do Mestrado Profissional em Participação e Controle Social; 4) implantar programa descentralizado de cursos de especialização voltados ao fortalecimento da Rede de Conselhos de Saúde e das ações de educação permanente; e 5) consolidar um programa de pesquisa e pós-graduação, com oferta de mestrado e doutorado profissionais em Participação e Controle Social. Fechou agradecendo ressaltando a atuação do controle social, caracterizando-o como vivo, altivo, dinâmico e atento à conjuntura. Na sequência, encerrou o Item 6 e procedeu-se à próxima mesa. **ITEM 7 – CNS NA 79ª ASSEMBLEIA MUNDIAL DE SAÚDE NA REFORMA DA SAÚDE GLOBAL -** *Apresentação:* **Magda Robalo,** Presidenta e cofundadora do Instituto para a Saúde Global e o Desenvolvimento/*Institute for Global Health and Development - IGHD*, com *participação virtual;* **Mariângela Batista Galvão Simão,** Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde - SVSA/MS; e **Pedro Villardi,** Coordenador global para Equidade em Saúde e assessor para Equidade em Saúde nas Américas da Internacional de Serviços Públicos – PSI. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, iniciou o item, destacando a relevância dos temas abordados ao longo da reunião e sua contribuição para reafirmar o compromisso do Plenário com a defesa da saúde e do SUS. A seguir, a coordenação compôs a mesa, com apresentação das pessoas convidadas para este ponto de pauta. Antes do início das exposições, a Presidenta do CNS registrou especial reconhecimento à presença Da Secretária da SVSA/MS, Mariângela Batista Galvão Simão, destacando sua recente indicação como Relatora Especial das Nações Unidas sobre o direito à saúde, com a missão de promover e fortalecer o direito à saúde física e mental em âmbito mundial. Ressaltou a relevância da indicação e a trajetória de dedicação da Secretária à saúde pública, manifestando a satisfação do Conselho em recebê-la no Plenário em momento considerado significativo para a agenda da saúde global. A manifestação foi seguida de aplausos do Plenário. Feitas essas considerações iniciais, a Presidenta do CNS fez uma exposição situando a participação social em saúde e a atuação do Conselho Nacional de Saúde como referências no cenário internacional. Resgatou a trajetória de incidência internacional do CNS, iniciada ainda na gestão do então Presidente Fernando Pigatto e consolidada com a aprovação, em maio de 2024, durante a 77ª Assembleia Mundial da Saúde, da resolução sobre participação social para a cobertura universal de saúde, saúde e bem-estar. Destacou a forte atuação do CNS nesse processo e o apoio de 27 países à iniciativa, ressaltando que a experiência brasileira contribuiu para inserir os conceitos de participação social, governança e democracia na agenda internacional da saúde. Explicou que, após a aprovação da resolução, foi constituído um *Core Group* para dar continuidade à sua implementação no âmbito da Organização Mundial da Saúde - OMS. Nesse percurso, o CNS produziu publicação sobre participação social em saúde em três idiomas, destinada também à divulgação durante a Assembleia Mundial da Saúde, e manteve sua atuação internacional entre a 77ª, a 78ª e a 79ª Assembleias. Ressaltou que esse trabalho resultou de construção coletiva, envolvendo sucessivas gestões e a equipe técnica do Conselho. Ao abordar a 79ª Assembleia Mundial da Saúde, destacou que o encontro representou momento de avaliação dos dois anos de implementação da resolução. Nesse contexto, o CNS deu continuidade à projeção internacional da experiência brasileira de participação social, contando com o apoio do

Ministério da Saúde e de sua Assessoria Especial de Assuntos Internacionais. Como parte desse processo, lembrou que uma comitiva internacional acompanhou a 5ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – 5ª CNSTT, participou de atividade autogestionada e conheceu experiências concretas de controle social, inclusive por meio de visita a um conselho local de saúde em Ceilândia. Salientou que essas iniciativas permitiram demonstrar, na prática, o funcionamento dos mecanismos brasileiros de participação social. Ressaltou que os avanços alcançados passaram a ser reconhecidos nos relatórios de progresso sobre a implementação da resolução da OMS, nos quais a experiência brasileira foi mencionada. Ressaltou a avaliação positiva da missão internacional em Genebra acerca da concretização das medidas previstas na resolução e da oportunidade de integrantes da delegação internacional conhecerem diretamente a experiência brasileira durante a 5ª CNSTT. Na sequência, relatou a participação do CNS na 79ª Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, destacando a realização de evento paralelo que reuniu representantes de diferentes regiões do mundo e contou, entre outras autoridades, com a presença do Ministro da Saúde do Brasil, Alexandre Padilha, e do Ministro da Saúde da Tunísia, além de outros representantes de várias regiões do mundo. Registrou a contribuição de Magda Robalo para o debate sobre participação social e multilateralismo e ressaltou que as discussões enfatizaram a legitimidade democrática, a necessidade de mecanismos permanentes de financiamento e monitoramento e o compromisso dos países com o fortalecimento da participação social, reafirmando o Brasil como referência internacional nessa agenda. Em relação à reforma da arquitetura da saúde global, informou que as discussões apontaram para a necessidade de fortalecer a coordenação entre organismos internacionais e alinhar o financiamento às prioridades dos países. Mencionou a criação de uma força-tarefa composta por 25 membros, entre Estados e organizações internacionais, mas ponderou que o mandato da reforma seria limitado e não contemplaria transformações estruturais profundas na governança global. Nesse contexto, chamou atenção para as relações de poder e financiamento, para as desigualdades históricas que afetam o Sul Global e para a sub-representação da sociedade civil nos espaços internacionais de decisão. Defendeu, portanto, maior protagonismo da sociedade civil na defesa do interesse público e da equidade, diante das diferentes agendas e interesses presentes na governança global da saúde. Relacionou esse debate à defesa do SUS como referência de sistema público e universal, enfatizando a necessidade de participação ativa da sociedade civil na defesa da equidade. Abordou, ainda, as negociações relativas ao Sistema de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios – PABS e ao Acordo sobre Pandemias, registrando que permaneceram divergências entre as obrigações vinculantes defendidas pelo Sul Global e os compromissos voluntários sustentados por países de alta renda. Ressaltou também a ausência de consenso sobre a operacionalização da destinação de parte da produção de produtos relacionados às pandemias à OMS. Nesse contexto, destacou a preocupação com a expansão de acordos bilaterais que envolvem assistência técnica em troca de acesso a patógenos fora do sistema multilateral da OMS, reafirmando a defesa brasileira do multilateralismo. Mencionou, ainda, iniciativa conjunta do Brasil e da OMS dirigida às lideranças do G7, G20 e BRICS, com o objetivo de impulsionar a conclusão das negociações e assegurar a equidade no âmbito do PABS. Como desdobramento da atuação internacional, informou a existência de duas propostas de recomendação do CNS a serem apreciadas pelo Plenário: uma destinada a recomendar ao Estado brasileiro e à OMS a garantia da participação da sociedade civil na força-tarefa responsável pela reforma da arquitetura global da saúde e em outras instâncias multilaterais correlatas; e outra relacionada à conclusão do Sistema de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios - PABS e à efetivação do Acordo sobre Pandemias. Em razão do tempo, informou que os textos seriam apresentados integralmente no momento destinado aos encaminhamentos. Registrou, ainda, a continuidade das atividades do *Core Group* após o encontro de Genebra, inclusive mediante realização de webinar destinado ao intercâmbio de experiências sobre integração de processos participativos em larga escala à governança e ao planejamento dos sistemas de saúde, com participação de representantes de diferentes países. Também destacou o desenvolvimento de publicações da OMS sobre participação social e o reconhecimento da experiência brasileira de governança participativa nesse processo. Informou, adicionalmente, a realização de pesquisa global sobre participação social em saúde, vinculada ao mecanismo de engajamento da sociedade civil da OMS, disponível em diversos idiomas, inclusive português. Convidou as entidades integrantes do CNS, bem como os conselhos estaduais e municipais de saúde, a participarem do levantamento, de modo a contribuir para o mapeamento de diferentes experiências e para o fortalecimento da participação social em âmbito global. Por fim, apresentou os próximos passos

da incidência internacional do CNS, entre os quais destacou o avanço das articulações com a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS para que o CNS possa atuar como referência colaboradora na construção de um observatório de governança participativa; a continuidade das relações no âmbito do *Core Group*; a organização de grupo de trabalho internacional com vistas à participação de delegação estrangeira na 18ª Conferência Nacional de Saúde; a visita técnica do *Core Group* à Eslovênia; o acompanhamento das negociações do Acordo sobre Pandemias e nova arquitetura da saúde global; o monitoramento da implementação da Resolução WHA772, aprovada na 77ª Assembleia Mundial da Saúde; a contribuição para os próximos relatórios de acompanhamento; e monitoramento da reunião de alto nível das Nações Unidas sobre prevenção, preparação e resposta a pandemias, em setembro. Encerrada a exposição, a Presidenta do CNS agradeceu a atenção do Plenário e convidou **Magda Robalo** para dar continuidade às apresentações do item. Na sequência, a Presidenta e cofundadora do IGHD, **Magda Robalo**, com participação virtual, iniciou sua exposição cumprimentando o Plenário e agradecendo a oportunidade de participar do debate. Destacou a atuação da delegação brasileira na 79ª Assembleia Mundial da Saúde, particularmente nas atividades relacionadas à cobertura universal de saúde e à participação social. Relatou ter acompanhado atividades junto à delegação brasileira e ao CNS, ressaltando o dinamismo e a relevância das mensagens apresentadas pelo Brasil em Genebra. Registrou, ainda, sua participação em painel com o Ministro da Saúde brasileiro durante discussão sobre o Accra Reset, reiterando o reconhecimento da presença brasileira nos debates internacionais. Ao introduzir o tema da reforma do sistema global de saúde, propôs substituir a expressão “Sul Global” por “maioria global”, argumentando que os países que integram esse conjunto representam atualmente a maioria da população mundial e, consideradas conjuntamente, possuem peso econômico expressivo na geopolítica internacional. Informou que concentraria sua exposição no processo de reforma conhecido como Accra Reset**,** iniciativa lançada em 2025, em Acra, pelo Presidente de Gana, John Dramani Mahama, que posteriormente adquiriu dimensão global. Registrou que o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva integra o Conselho Presidencial responsável pela orientação política da iniciativa. Explicou que o Accra Reset não constitui a única iniciativa em curso para reformar a arquitetura global da saúde. Mencionou, entre outros processos, a proposta conduzida pelos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde, com constituição de força de trabalho destinada a apresentar resultados e recomendações na Assembleia Mundial da Saúde do ano seguinte; a Lusaka Agenda; e outras consultas regionais promovidas pela *Wellcome Trust*, que culminaram em encontro global realizado na Tailândia, em abril de 2026. Ao contextualizar o surgimento do Accra Reset, explicou que a iniciativa decorreu da vulnerabilidade geopolítica dos países da maioria global, marcada pela dependência financeira de doadores, pela marginalização geoestratégica e pela posição desfavorável desses países nas negociações relacionadas ao financiamento e à definição das prioridades de saúde. Nesse cenário, o Accra Reset foi concebido como iniciativa estratégica voltada à transformação da arquitetura e da governança da saúde global. Explicou que a iniciativa é conduzida por um Painel de Alto Nível, do qual integra como membro, com mandato conferido pelo Conselho Presidencial. Destacou como diferencial do processo a existência de ligação direta com Chefes de Estado, característica que, em sua avaliação, fortalece a liderança política da maioria global na definição da agenda de reforma. Informou que o Painel foi constituído para formular um conjunto reduzido de propostas, porém suficientemente concretas, acionáveis e politicamente viáveis para produzir mudanças efetivas. Destacou que o processo está estruturado sobre três pilares principais: acesso direto aos Chefes de Estado por intermédio do Conselho Presidencial; apropriação política da agenda de reforma pelos países da maioria global; e abordagem transversal, contemplando simultaneamente financiamento, soberania sanitária e modelos de governança**.**Enfatizou que o propósito central da reforma não se limita à redução da burocracia ou à correção de problemas de duplicação, descoordenação, fragmentação e insuficiência de financiamento. Segundo relatou, a questão fundamental consiste em construir uma arquitetura e uma governança global da saúde capazes de responder às necessidades, expectativas e demandas das populações, fundamentadas na equidade, no acesso a cuidados de saúde de qualidade e no compromisso com a cobertura universal de saúde. Na sequência, apresentou os sete princípios orientadores da reforma. O primeiro estabelece que as prioridades devem ser definidas pelos próprios países, considerando suas realidades nacionais. O segundo prevê a proteção e o fortalecimento dos bens públicos globais, considerados essenciais à segurança sanitária e à equidade. Nesse ponto, citou as dificuldades enfrentadas nas negociações do Sistema de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios - PABS, especialmente para alcançar consenso sobre mecanismos

que assegurem equidade no acesso à inovação e às tecnologias necessárias à proteção da saúde e à prevenção de doenças. Como terceiro princípio, apontou a necessidade de menos instituições e maior coerência, mediante simplificação e racionalização do sistema global de saúde. O quarto princípio estabelece eficiência e equidade como objetivos complementares, e não concorrentes. O quinto reconhece os organismos regionais como atores da governança, defendendo o fortalecimento de seu papel na arquitetura global. O sexto estabelece a participação da sociedade civil e do setor privado como componente dos mecanismos de responsabilização. Por fim, o sétimo princípio reconhece a liderança política como motor da reforma, sem a qual, segundo ressaltou, não seria possível promover transformação estrutural do sistema global de saúde. Ao detalhar o eixo de governança e reforma institucional, no qual atua, apresentou cinco áreas críticas de trabalho: redução da sobrecarga imposta aos países pela coordenação de múltiplos parceiros; diminuição das duplicações, exigências paralelas e processos fragmentados; integração das entidades regionais à arquitetura global, com maior clareza de mandatos, fortalecimento de capacidades e garantia de representação; revisão dos modelos de governança existentes, buscando estruturas mais simples, eficazes e inclusivas; fortalecimento dos bens públicos globais; e inserção da sociedade civil e do setor privado na governança. Nesse contexto, voltou a salientar a participação social como elemento fundamental do processo de reforma. Quanto aos próximos passos, informou que o Painel de Alto Nível realizaria reunião plenária em Dacar, Senegal, destinada à consolidação e validação das propostas preliminares. Posteriormente, essas propostas seriam apresentadas ao Conselho Presidencial para orientação política e validação em alto nível. Acrescentou que, em setembro, estava prevista atuação durante a Assembleia Geral das Nações Unidas, com o objetivo de inserir a agenda da reforma no espaço multilateral global, ampliar sua visibilidade e buscar apoio político. Ao concluir, avaliou que o Accra Reset representa uma oportunidade histórica de reconfiguração da arquitetura da saúde global, tendo como fundamentos a equidade, a soberania dos países, a coerência e a liderança política. Ressaltou que o êxito da iniciativa dependerá da capacidade de produzir propostas concretas, acionáveis e politicamente sustentáveis, alinhadas às prioridades nacionais e à visão dos países da maioria global. Agradeceu, por fim, o convite e a oportunidade de compartilhar com o CNS as discussões em curso sobre a reforma da governança global da saúde. Finalizada a exposição, a Presidenta do CNS agradeceu a participação de Magda Robalo e destacou a relevância das informações apresentadas para o avanço do debate sobre participação social e transformação da arquitetura global da saúde. Na sequência, o Coordenador Global para Equidade em Saúde e assessor para Equidade em Saúde nas Américas da Internacional de Serviços Públicos, **Pedro Villardi**, também expôs sobre o meta, agradecendo o convite para participar do Plenário do Conselho e transmitindo saudação da Internacional de Serviços Públicos. Cumprimentou a Secretária a SVSA/MS, Mariângela Batista Galvão Simão, por sua indicação como Relatora Especial das Nações Unidas sobre o direito à saúde, manifestou solidariedade à Presidenta do CNS, e registrou sua relação histórica com o Conselho e com atores do controle social brasileiro. Explicou que concentraria sua apresentação na atuação da Internacional de Serviços Públicos durante o processo de negociação do Acordo sobre Pandemias e, particularmente, na construção do Sistema de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios. Contextualizou que a PSI é uma federação sindical global que representa mais de 30 milhões de trabalhadoras e trabalhadores, organizados em mais de 700 sindicatos, federações e confederações, sendo mais de 60% das organizações filiadas vinculadas ao setor saúde. Inicialmente, recuperou as profundas desigualdades verificadas durante a pandemia de Covid-19 para demonstrar os problemas do modelo vigente de acesso às tecnologias de saúde. Destacou que, em julho de 2022, aproximadamente 72% das pessoas residentes em países de alta renda já haviam sido vacinadas, enquanto menos de 20% da população dos países de baixa renda havia recebido vacinação. Ressaltou que, enquanto países do Norte Global administravam terceiras e quartas doses, diversos países do Sul Global ainda não haviam conseguido imunizar sequer seus trabalhadores e profissionais de saúde. Avaliou que essa situação representou uma das grandes tragédias da pandemia e constituiu uma das principais razões para que, em dezembro de 2021, uma Assembleia Mundial da Saúde extraordinária instituísse o Órgão de Negociação Intergovernamental – INB, responsável pela negociação de um instrumento internacional sobre pandemias. Explicou que a expectativa inicial era concluir as negociações até maio de 2024, o que não ocorreu. Posteriormente, o Acordo sobre Pandemias foi adotado em maio de 2025, permanecendo, contudo, pendente a definição do artigo referente ao PABS, uma vez que não houve consenso entre os países. Por essa razão, a regulamentação do sistema permaneceu como anexo a ser posteriormente negociado em grupo de trabalho intergovernamental

específico. Ao descrever a participação da PSI nesse processo, informou que a organização atuou em diferentes frentes, começando pela consulta às entidades sindicais filiadas para identificar as prioridades e as medidas consideradas indispensáveis ao Acordo sobre Pandemias. Também ampliou sua atuação em Genebra e acompanhou as negociações do INB, apesar das limitações impostas à participação da sociedade civil, uma vez que grande parte das reuniões ocorria de forma fechada. Nos momentos de participação permitida, a PSI apresentou posicionamentos direcionados especialmente aos países do Norte Global, cobrando compromissos concretos com a equidade e com a alteração das condições que produziram as desigualdades observadas durante a Covid-19. Ressaltou que essa atuação foi desenvolvida em articulação com outras organizações da sociedade civil e destacou, como marco do processo, declaração conjunta subscrita por 24 sindicatos da região Interaméricas, do Canadá ao Chile, representando mais de sete milhões de trabalhadores. O documento conclamou os Estados a incorporarem ao acordo compromissos relacionados aos direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores e à garantia da equidade. Informou, ainda, que entidades nacionais filiadas à PSI encaminharam manifestações aos respectivos governos, inclusive ao Governo brasileiro, reivindicando posições firmes em defesa dos trabalhadores da saúde e das chamadas provisões de equidade. Salientou que a incidência realizada ao longo das negociações possibilitou avanços na proteção das trabalhadoras e dos trabalhadores da saúde, embora os resultados ainda permanecessem aquém do considerado ideal. Na sequência, concentrou sua apresentação no PABS, defendendo que o sistema resultante das negociações fosse vinculante e transparente. Para explicar o funcionamento do PABS, destacou que a preparação, prevenção e resposta às pandemias dependem da rápida produção de tecnologias, como medicamentos, vacinas e outros insumos. Esse processo requer o compartilhamento de informações relacionadas aos agentes patogênicos, incluindo amostras, sequências genéticas e outros dados capazes de subsidiar o desenvolvimento científico e tecnológico. Entretanto, ressaltou que, durante a pandemia de Covid-19, houve profundo desequilíbrio entre o compartilhamento dessas informações e o posterior acesso às tecnologias produzidas a partir delas. Explicou, assim, que o sistema compreende duas dimensões interdependentes: de um lado, o acesso e o compartilhamento de patógenos e informações genéticas; de outro, a repartição dos benefícios, materializada no acesso equitativo às tecnologias desenvolvidas a partir dessas informações. Como exemplo das distorções do sistema vigente, mencionou a experiência da África do Sul após o sequenciamento e a divulgação da variante Ômicron do SARS-CoV-2. Recordou que, apesar de o país ter compartilhado informação fundamental para a resposta mundial à pandemia, sofreu posteriormente restrições de fronteiras e dificuldades de acesso a insumos, medicamentos e equipamentos. Argumentou que o PABS deveria justamente criar incentivos para que os países compartilhassem patógenos e informações sem sofrer retaliações e, simultaneamente, tivessem assegurado acesso às tecnologias desenvolvidas a partir desse compartilhamento. Identificou nessa questão o principal conflito político das negociações: enquanto grande parte da biodiversidade e, consequentemente, dos potenciais patógenos encontra-se nos países do Sul Global, a maior capacidade científica e tecnológica para transformar essas informações em produtos de saúde concentra-se no Norte Global. Segundo explicou, países desenvolvidos defendiam compromissos obrigatórios para o compartilhamento dos patógenos, mas buscavam preservar caráter voluntário para as obrigações relativas ao compartilhamento das tecnologias e dos benefícios derivados desses materiais. Avaliou que essa divergência explicava a dificuldade para concluir o artigo 12 e o anexo relativo ao PABS. Nesse contexto, apresentou as principais posições defendidas pela PSI: estabelecimento de um sistema vinculante e transparente, com compromissos obrigatórios para a repartição de benefícios; governança multilateral, sem subordinação a interesses corporativos; banco de dados sob gestão da Organização Mundial da Saúde; e registro obrigatório dos usuários que acessassem os patógenos e suas informações genéticas. Ressaltou que o registro seria indispensável tanto por razões de segurança, permitindo prevenir usos relacionados à biopirataria ou ao bioterrorismo, quanto para possibilitar o rastreamento das informações e identificar quais produtos ou tecnologias foram desenvolvidos a partir delas, permitindo exigir dos respectivos desenvolvedores o cumprimento das obrigações de repartição de benefícios. Sintetizou, assim, três pontos centrais para a construção do sistema: governança da base de dados, registro obrigatório dos usuários e repartição vinculante dos benefícios. Defendeu que essa repartição não poderia permanecer baseada em compromissos voluntários, devendo ser assegurada mediante instrumentos contratuais vinculantes estabelecidos no próprio acordo. Destacou também a necessidade de mecanismos de rastreamento e de garantia de uma parcela da

produção de produtos relacionados às pandemias a ser administrada pela OMS, mencionando a previsão de destinação de 20% da produção em tempo real. Alertou que, sem esses mecanismos, um país poderia compartilhar um patógeno ou uma sequência genética, enquanto empresas ou outros atores acessariam anonimamente essas informações, desenvolveriam medicamentos ou vacinas, obteriam proteção patentária e concentrariam os lucros, sem assegurar acesso às tecnologias aos países que originalmente disponibilizaram o material. Avaliou que a manutenção dessa lógica reproduziria exatamente as condições que produziram as desigualdades observadas durante a Covid-19. Por essa razão, afirmou que a PSI considerava essas questões linhas vermelhas das negociações e defendia a necessidade de colocar a vida acima dos interesses econômicos e dos lucros privados. Destacou, ainda, a resistência de países da União Europeia e de seus aliados a compromissos vinculantes de repartição de benefícios e mencionou a preocupação com acordos bilaterais realizados paralelamente ao sistema multilateral. Observou que as negociações haviam sido prorrogadas na 79ª Assembleia Mundial da Saúde e avaliou que permanecia evidente a divisão entre, de um lado, países do Sul Global que reivindicavam obrigações vinculantes e, de outro, países do Norte Global que defendiam maior flexibilidade e manutenção do modelo existente. Ao finalizar, defendeu maior articulação e unidade política entre os países do Sul Global e reconheceu a atuação do Governo brasileiro na busca por coordenação entre esses países. Ponderou, contudo, que o Brasil deveria ir além do papel de simples “construtor de pontes”, afirmando-se como construtor da equidade e defensor do direito à saúde. Defendeu a preservação da soberania e dos interesses sanitários dos povos do Sul Global diante de estratégias de fragmentação e de acordos bilaterais que poderiam enfraquecer sua capacidade coletiva de negociação. Por fim, agradeceu novamente a oportunidade de participar do Conselho, reconheceu a importância das iniciativas de formação desenvolvidas pelo CNS e colocou a Internacional de Serviços Públicos à disposição do Conselho para a continuidade dos debates sobre equidade, proteção dos trabalhadores, preparação para pandemias e governança global da saúde. A Presidenta do CNS explicou que a ordem das exposições havia sido alterada em razão da necessidade de assessor para Equidade em Saúde nas Américas da Internacional de Serviços Públicos - PSI se ausentar antecipadamente para embarque em voo. Lamentou que o expositor não pudesse permanecer até o encerramento do debate, mas manifestou compreensão diante da necessidade apresentada. Aproveitou a oportunidade para registrar a importância histórica da atuação da Internacional de Serviços Públicos e de sua articulação com o controle social brasileiro. Mencionou a contribuição histórica de outras representações da ISP, e reconheceu a importância do trabalho que vinha sendo desenvolvido. Também ressaltou a participação de outras entidades na articulação promovida pela ISP, destacando, entre elas, a Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Avaliou que a manutenção desses diálogos e articulações fortalecia a construção conjunta, contribuía para demarcar posições e favorecia os avanços necessários na agenda da saúde. Fez referência ainda à trajetória de Josélio Drummond, ressaltando sua contribuição histórica para a construção do SUS e sua posterior atuação na ISP. Nesse sentido, destacou que recuperar essa história permitia demonstrar, especialmente àqueles que ainda não conheciam a atuação da Internacional de Serviços Públicos, a contribuição de longa data da entidade para a defesa e a construção do SUS. Ao concluir, Fernanda agradeceu a participação do convidado e ressaltou o caráter didático de sua exposição, que, segundo avaliou, havia contribuído para ampliar a compreensão do Pleno sobre os temas apresentados. A seguir, a Secretária da SVSA/MS, **Mariângela Batista Galvão Simão**, agradeceu o convite do Conselho e iniciou sua exposição propondo uma reflexão sobre as lições deixadas pelas sucessivas pandemias. Avaliou que, apesar das experiências acumuladas com HIV, influenza H1N1 e Covid-19, a comunidade internacional continuava enfrentando dificuldades semelhantes, especialmente no que se refere às desigualdades de acesso a medicamentos, vacinas e outras tecnologias de saúde. Recordou que, na pandemia de H1N1, as vacinas chegaram a muitos países em desenvolvimento quando a emergência já havia arrefecido e que, no caso do HIV, houve grande intervalo entre a adoção da terapia antirretroviral de alta potência pelo Brasil e a ampliação efetiva do tratamento nos países em desenvolvimento. Ressaltou que a Covid-19 evidenciou a profunda interdependência existente entre os países e demonstrou que nenhuma nação pode enfrentar isoladamente ameaças sanitárias de alcance global. Observou que, diante de emergências, são criadas iniciativas, mecanismos e instituições voltados à preparação e à resposta, mas que, passado o período de maior gravidade, ocorre redução da prioridade política atribuída ao tema. Nesse sentido, defendeu a necessidade de preservar a memória coletiva das crises sanitárias, de modo que as experiências acumuladas possam

orientar respostas futuras e evitar a repetição dos mesmos problemas. Ao abordar o Acordo sobre Pandemias, explicou a importância dos instrumentos internacionais juridicamente vinculantes, que estabelecem compromissos a serem implementados pelos países após sua aprovação e ratificação. Utilizou como referência a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, ressaltando seus efeitos concretos sobre as políticas de controle do tabagismo. A partir desse exemplo, defendeu a importância da conclusão do Acordo sobre Pandemias para que a comunidade internacional disponha de mecanismos capazes de evitar a repetição das desigualdades verificadas nas emergências sanitárias anteriores. Nesse contexto, destacou como questão central das negociações o artigo 12, relacionado ao Sistema de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios. Explicou que a discussão envolve não apenas o compartilhamento de patógenos, mas também a garantia de que os benefícios decorrentes desse compartilhamento sejam distribuídos de forma equitativa. Ressaltou que o mecanismo deve permitir acesso ágil e seguro aos patógenos necessários à resposta sanitária, ao mesmo tempo em que assegure que vacinas, medicamentos e demais tecnologias produzidas a partir desses materiais possam beneficiar os países que deles necessitem, e não apenas aqueles com maior capacidade econômica. Enfatizou, ainda, a relevância da participação social nesse debate e valorizou a iniciativa do Conselho de acompanhar e incidir sobre a agenda internacional. Chamou atenção para a especificidade da expressão brasileira “controle social”, observando que, em inglês, o termo pode adquirir significado distinto e até oposto ao adotado no SUS, razão pela qual a ideia deve ser internacionalmente apresentada como participação social. Ressaltou que a existência, no Brasil, de mecanismos regulamentados e institucionalizados de participação constitui experiência importante a ser compartilhada com outros países. Ao tratar da necessidade de acesso equitativo às tecnologias em situações de emergência, recordou que o Brasil registrou aproximadamente 700 mil mortes durante a pandemia de Covid-19, apesar de possuir capacidade nacional de produção de vacinas. Ressaltou que o PABS pretende estabelecer mecanismo que acelere o acesso aos patógenos de maneira compatível com os interesses da saúde pública e, simultaneamente, assegure o compartilhamento dos benefícios. Recuperou antecedentes históricos desse debate, mencionando a posição assumida pela Indonésia diante do compartilhamento de amostras virais com países capazes de produzir vacinas sem que, posteriormente, houvesse garantia de acesso aos produtos desenvolvidos, seja em razão dos preços, seja pela indisponibilidade. A Secretária destacou o papel estratégico do Brasil nas negociações internacionais do PABS, tanto pela atuação da sociedade civil quanto pela participação governamental. Mencionou a atuação do Embaixador Tovar da Silva Nunes, representante brasileiro em Genebra, na condução das negociações, e ponderou sobre a necessidade de construção de soluções politicamente possíveis sem perder de vista os objetivos de equidade. Ressaltou a existência de interesses divergentes entre os países, particularmente em torno da proteção da propriedade intelectual, citando União Europeia, Japão, Suíça e Canadá entre os atores tradicionalmente vinculados a essa agenda. Alertou, nesse sentido, para os riscos da concentração antecipada da produção de vacinas pelos países de maior renda, mencionando experiências recentes de aquisição prévia da produção de vacinas contra influenza. Observou que o Brasil possui potencial para atuar como provedor de patógenos, mas ressaltou que o Acordo sobre Pandemias deve ser compreendido para além dos interesses nacionais, diante de um conjunto complexo de interesses internacionais. Defendeu, assim, que o acesso seja efetivamente equitativo, compreendido como a disponibilização dos produtos às populações que deles necessitam prioritariamente e em tempo oportuno, e não somente após o término da emergência. Também mencionou a iniciativa conjunta do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e do Diretor-Geral da OMS, que conclamaram os países a empreender esforços para finalizar as negociações do PABS. Ressaltou que a conclusão desse processo interessa ao Brasil e à comunidade internacional e destacou a importância da mobilização do Conselho nesse momento. Na parte final de sua exposição, ampliou a discussão para a defesa do multilateralismo, avaliando que o sistema multilateral e, particularmente, o Sistema das Nações Unidas enfrentavam um momento de forte pressão. Destacou como uma de suas características relevantes a igualdade formal de representação entre os países em diferentes instâncias, independentemente do tamanho de suas populações, ressalvadas estruturas específicas, como o Conselho de Segurança. Para a Secretária, diante de desafios transnacionais, mecanismos multilaterais são fundamentais para permitir que os diferentes atores negociem respostas orientadas pelo interesse coletivo, em contraposição a uma lógica exclusivamente bilateral ou baseada na capacidade individual de cada país. Chamou atenção, ainda, para o momento político da governança internacional, marcado pelos processos de

escolha das futuras lideranças das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde. Associou esse cenário à necessidade de fortalecer a discussão sobre saúde global, reiterando que, em um mundo profundamente interdependente, as ameaças sanitárias ultrapassam fronteiras nacionais. Como exemplo, mencionou a preocupação com o vírus H5N1, associado à influenza aviária, e com o risco de alterações que possam ampliar sua transmissão para seres humanos, reforçando a necessidade de preparação e cooperação internacional. Ao concluir, Mariângela Simão reafirmou que os avanços na saúde pública nacional e global dependem do envolvimento permanente das instituições, organizações e representações sociais. Recuperando a expressão histórica “a luta continua”, associada ao movimento de libertação de Moçambique, ponderou que os resultados não estão previamente assegurados e dependem da atuação de cada ator envolvido. Defendeu, portanto, a continuidade da mobilização e da incidência política em defesa dos interesses de saúde pública da população brasileira, articulados à defesa da saúde pública global. Ao final da apresentação, a Presidenta do CNS agradeceu a exposição e reconheceu a trajetória e a contribuição da Secretária Mariângela Simão para a saúde pública, destacando a importância de sua atuação na defesa da saúde, da ciência e das populações. Na sequência, abriu a palavra para as conselheiras e conselheiros inscritos. Aberto o debate, conselheira **Shirley Marshal Morales** destacou a relevância das exposições e a permanência das conselheiras e dos conselheiros no Plenário, apesar da extensa jornada de trabalho. Ressaltou que o Sistema Conselhos de Saúde se fundamentava na solidariedade, na cooperação e na unidade e relacionou esses princípios à atuação internacional das entidades representativas dos trabalhadores. Na condição de Vice-Presidenta da Federação Nacional dos Enfermeiros, manifestou satisfação com a participação da entidade nos espaços da Internacional de Serviços Públicos e com a inserção das diferentes categorias profissionais nos debates sobre saúde global. Ao tratar das lições da pandemia, defendeu a preservação da memória sobre as milhões de vidas perdidas e associou parte das consequências da crise sanitária às desigualdades existentes na cooperação internacional, especialmente no acesso às vacinas. Ressaltou as iniquidades entre o Norte e o Sul Global e recordou a atuação do CNS nos debates sobre quebra de patentes e vacinação universal, destacando sua incidência nos cenários nacional e internacional. Salientou, ainda, que um dos diferenciais da experiência brasileira era a participação social institucionalizada no SUS e que a formulação e implementação das políticas de saúde deveriam incorporar as perspectivas de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Por fim, valorizou a presença do CNS nos debates internacionais e a discussão do Acordo sobre Pandemias como instrumentos para a proteção da vida. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura** ressaltou a amplitude dos temas apresentados e destacou a importância da preparação do Brasil para eventuais novas emergências sanitárias. Recordou que uma das atribuições conferidas a Mariângela Simão ao assumir a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente foi contribuir para a preparação do país diante de novas ameaças, defendendo a necessidade de existência prévia de planos de contenção e resposta. Relacionou essa discussão aos debates da 18ª Conferência Nacional de Saúde, especialmente àqueles vinculados aos territórios e às situações que podem demandar respostas sanitárias emergenciais. Destacou a presença brasileira na Assembleia Mundial da Saúde e a importância dos espaços de diálogo estabelecidos com diferentes atores internacionais, particularmente representantes do Sul Global. Considerou estratégico o intercâmbio de experiências em temas como saúde digital, planos de contingência e preparação para emergências, tanto para o SUS existente quanto para o sistema que se pretende construir no futuro, com incorporação responsável de inovações tecnológicas. Solicitou maior aprofundamento sobre os debates realizados em Genebra e sugeriu que esses conteúdos fossem incorporados às discussões preparatórias da 18ª Conferência, inclusive por meio de conferências livres ou de outros espaços, com possibilidade de formulação de propostas relacionadas ao eixo pertinente da Conferência. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos** relacionou o debate às discussões realizadas anteriormente sobre o papel do CNS na formação dos conselheiros de saúde, avaliando que os dois temas demonstravam, de um lado, a função do Conselho na qualificação do controle social e, de outro, sua crescente inserção internacional. Ressaltou que os avanços apresentados somente se tornaram possíveis em ambiente democrático e de valorização da ciência. Recordou reuniões realizadas a partir de 2023, com participação de representantes do Ministério da Saúde, do Itamaraty, da Internacional de Serviços Públicos e de entidades de trabalhadores, que contribuíram para qualificar as discussões brasileiras sobre o Acordo sobre Pandemias. Com base na apresentação realizada pelo assessor Pedro Villardi, observou que, entre doze reivindicações apresentadas, houve avanços em sete. Destacou particularmente a ampliação do conceito de

proteção da força de trabalho em saúde: segundo relatou, a formulação inicial se restringia aos profissionais de saúde, enquanto a incidência realizada permitiu ampliar a compreensão para o conjunto dos trabalhadores da saúde. Avaliou que, apesar das dificuldades ainda existentes, os resultados demonstraram avanços concretos e reforçaram a importância da continuidade da mobilização política e institucional. Conselheira **Rosângela Dorneles** recuperou a experiência dos movimentos e organizações constituídos ou fortalecidos durante a pandemia de Covid-19 e destacou a necessidade de transformar as experiências daquele período em aprendizado para o país. Ressaltou a responsabilidade sanitária dos gestores em âmbito mundial e chamou atenção para os efeitos da disseminação de notícias falsas e da desinformação sobre a saúde pública, defendendo que o Brasil contribuísse internacionalmente com as experiências construídas no âmbito do SUS e do controle social. Salientou que a própria presença de organizações vinculadas ao enfrentamento da Covid-19 no CNS demonstrava a capacidade de mobilização produzida a partir da pandemia. Avaliou que o Brasil passou a apresentar resposta mais positiva à Covid-19, embora ainda existissem desafios a serem enfrentados no interior do SUS. Destacou como diferenciais brasileiros a existência do SUS, do Programa Nacional de Imunizações e de uma estrutura consolidada de gestão nos territórios. Por fim, saudou a ampliação da capacidade de interlocução internacional do controle social brasileiro e sua contribuição para compartilhar a experiência do país com outras nações. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** sinalizou a importância deste debate e defendeu o fortalecimento progressivo das relações internacionais. Observou que as sucessivas pandemias evidenciaram desigualdades na distribuição dos recursos e no acesso às respostas sanitárias, associando essas iniquidades às estruturas econômicas que determinavam quem conseguia ou não acessar tecnologias e cuidados. Ressaltou que a existência do SUS foi fundamental para reduzir os impactos da pandemia no Brasil e destacou a importância da atuação internacional do CNS para demonstrar a efetividade da participação e do controle social na construção das políticas públicas e na incidência junto aos gestores. Relacionou, ainda, o risco de novas emergências sanitárias às transformações ambientais, às crises climáticas, ao desmatamento e às alterações nas relações entre seres humanos, animais e ecossistemas. Diante desse cenário, propôs que o CNS mantivesse um espaço permanente de estudo e acompanhamento dessas questões e defendeu a ampliação da formação de conselheiros e gestores sobre saúde global e preparação para emergências. Sugeriu também que a temática fosse incorporada aos debates da 18ª Conferência, reiterando a necessidade de ampliar a incidência brasileira nos espaços internacionais. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** fez referência aos documentos e das propostas de recomendação da OMS e chamou atenção para a distinção entre o modelo brasileiro de Sistema Único de Saúde e o conceito de cobertura universal de saúde utilizado internacionalmente. Argumentou que a defesa da equidade deveria estar articulada aos princípios da universalidade e da integralidade e à participação da comunidade. Em sua avaliação, o controle social constituía elemento fundamental para a sustentação do SUS e para assegurar que as políticas públicas fossem construídas com base nos princípios estruturantes do sistema. Nesse sentido, avaliou que a atuação brasileira junto à OMS para ampliar a participação da sociedade e das comunidades na formulação das políticas de saúde poderia contribuir para uma mudança de paradigma na governança internacional. Defendeu que o enfrentamento de epidemias, a exemplo do HIV/AIDS e da tuberculose, demandava sistemas universais de saúde e não poderia se limitar à oferta de coberturas restritas. Alertou, ainda, que algumas políticas nacionais vinham sendo formuladas sem incorporar adequadamente o controle social, a universalidade e a integralidade. Concluiu afirmando que planos de emergência e contingência deveriam ser construídos com participação das comunidades e do controle social para que apresentassem efetividade no âmbito do SUS. Conselheira **Eliane Cruz** cumprimentou a Secretária da SVSA/MS, Mariângela Simão, por sua indicação como Relatora Especial das Nações Unidas sobre o direito à saúde, considerando a designação motivo de reconhecimento para o Brasil, para o Ministério da Saúde e para as mulheres. Também saudou as contribuições de Magda Robalo e Pedro Villardi e avaliou que a realização do debate no CNS contribuía para a formação de opinião pública e política sobre a governança global da saúde, para além das posições estritamente governamentais. Defendeu a continuidade da participação do Conselho no debate sobre o Acordo sobre Pandemias, destacando a importância da articulação entre diferentes atores institucionais e sociais para fortalecer a incidência brasileira. Ressaltou que, se os riscos sanitários eram compartilhados globalmente, também deveriam ser compartilhados os benefícios resultantes das respostas, tecnologias e mecanismos de proteção. Ao finalizar, recuperou a importância do dia 12 de março como data nacional de memória das vítimas da Covid-19 e mencionou a campanha

"Trabalhadores protegidos salvam vidas", construída no início da pandemia com ampla participação de entidades representativas. Avaliou que a iniciativa foi relevante para o enfrentamento da emergência sanitária e para a manutenção da participação social e da presença dos trabalhadores nesse processo. Após as manifestações do Plenário, as convidadas fizeram considerações finais. A Presidenta e cofundadora do IGHD, **Magda Robalo,** agradeceu as contribuições das conselheiras e dos conselheiros e destacou, entre os aspectos suscitados no debate, a reflexão sobre o conceito de cobertura universal de saúde em sua relação com os princípios da integralidade e da universalidade. Na condição de copresidenta do Comitê Diretor para a Cobertura Universal de Saúde, comprometeu-se a levar essa discussão para reflexão no âmbito do colegiado. Ressaltou, ainda, a importância da valorização da ciência e dos governos democráticos para a proteção e a promoção da saúde. Retomou a discussão sobre as iniquidades globais e a insuficiência da solidariedade internacional, destacando a necessidade de maior transparência e compromisso coletivo na construção de respostas mais justas. Reforçou, nesse contexto, que o compartilhamento dos riscos sanitários deveria ser acompanhado pelo compartilhamento dos benefícios, observando que as desigualdades evidenciadas nas sucessivas crises sanitárias constituíam problema histórico ainda não superado. Reconheceu a capacidade e a liderança do Brasil, mas ponderou que nenhum país seria capaz de enfrentar isoladamente os desafios globais. Destacou, particularmente, o potencial da cooperação entre os países da comunidade lusófona e defendeu o fortalecimento das relações internacionais e da capacidade de negociação como instrumentos para ampliar a incidência política, defender direitos e avançar nas agendas comuns de saúde. Ao concluir, desejou êxito ao Conselho e ressaltou que a experiência brasileira constituía importante fonte de aprendizado para outros países. A Presidenta do CNS agradeceu a participação da convidada Robalo e reconheceu sua trajetória e contribuição para as agendas da saúde e dos direitos das mulheres. Ressaltou a importância da presença e da construção de lideranças femininas nos organismos internacionais, relacionando essa participação ao fortalecimento da solidariedade e da cooperação necessárias à construção de uma governança global mais justa. Em suas considerações finais, a Secretária da SVSA/MS, **Mariângela Batista Galvão Simão** retomou a importância da articulação entre os países da comunidade lusófona, especialmente diante do relativo isolamento enfrentado pelos países africanos de Língua Portuguesa no cenário internacional. Ao fazer referência à preparação da 18ª Conferência, recordou sua própria participação como delegada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ressaltando, dessa forma, sua trajetória histórica de participação nos espaços de construção do SUS. Em resposta às questões levantadas no debate sobre a atuação brasileira na Assembleia Mundial da Saúde, explicou que o país participou de diferentes agendas estratégicas. Destacou a liderança brasileira na discussão internacional sobre saúde e clima, especialmente em torno da COP30, realizada em Belém, e do Plano de Ação em Saúde de Belém, além da realização, pelo segundo ano consecutivo, de evento paralelo oficial sobre saúde e clima. Ressaltou também a projeção alcançada pelo Brasil na agenda da participação social. Acrescentou que a atuação brasileira contemplou outros temas relevantes, entre eles o desenvolvimento de vacinas contra a tuberculose, as inovações e o futuro da resposta ao HIV e às hepatites virais. Chamou atenção, ainda, para a resistência antimicrobiana, que avaliou como agenda que demandava maior esforço e mobilização dos diferentes atores envolvidos. Enfatizou que o controle social somente floresce em regimes democráticos, reafirmando a relação indissociável entre democracia e participação social. Ao finalizar, retomou uma afirmação utilizada pelo Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, durante as atividades em Genebra, para sintetizar o desafio relacionado ao acesso às tecnologias de saúde: "inovação sem acesso não é inovação, é injustiça". Nesse sentido, reiterou que a atuação em saúde pública deveria permanecer orientada para o enfrentamento das injustiças e das desigualdades de acesso. No encerramento do item, a Presidenta do CNS agradeceu ao Plenário pela permanência e participação no debate, bem como a Magda Robalo e às demais pessoas envolvidas na organização da atividade. Destacou a importância da continuidade dos diálogos e da construção internacional em torno da participação social em saúde, encerrando as atividades do dia da 380ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na tarde do primeiro dia de reunião: Titulares – **Agnelo Temrité Wadzatsé**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

(COFFITO); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas com Hanseníase – MORHAN; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Mariângela Simão**, Ministério da Saúde (MS); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). *Suplentes* – **Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); Andrea Cristina Pavei Soares, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Ana Carolina Freire Lopes**, Conselho Federal de Psicologia (CFP); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose – ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Daniele da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Elgiane de Fatima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Eurídice Ferreira de Almeida**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil; **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **José Oliveira da Silva**, Comissão Pastoral da Terra (CPT); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Maria Eufrásia de Oliveira Lima**, Ministério da Saúde (MS); **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Neide Barros da Silva**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Obede Muniz Teodoro**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP); **Oldack Cezar Rocha Sucupira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosângela Dornelles**, Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 – Associação Vida e Justiça; **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Silvia Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT); **Suely Corrêa de Oliveira**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde – RENAFRO. Iniciando o segundo dia de reunião, a Presidenta do CNS saudou todas as pessoas presentes e aquelas que acompanhavam a reunião de forma retoma e reiterou a orientação referente ao período de defeso eleitoral, iniciado em 4 de julho de 2026. A coordenação informou que o comunicado completo sobre o tema, apresentado anteriormente ao Plenário, encontrava-se disponível para consulta e ressaltou que as restrições previstas para o período alcançavam os diferentes órgãos de controle social. Destacou-se que conselheiras e conselheiros deveriam continuar exercendo suas atribuições de fiscalização, acompanhamento e controle social das políticas públicas, observando, contudo, as cautelas necessárias para que suas manifestações institucionais não fossem interpretadas como interferência no processo eleitoral. Em seguida, compôs a mesa para o item 8 da pauta. **ITEM 8 – CENÁRIO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL E O PROTAGONISMO DO CONTROLE SOCIAL -** *Apresentação:* **Marina Paulelli,** advogada do programa de Saúde do Instituto de Defesa de Consumidores; **Henderson Fiirst de Oliveira,** Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética - SBB, com *participação virtual*; e **Wadih Damous,** Diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano,** Presidenta do CNS; e conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Após saudação das coordenadoras, a mesa foi composta

e, de imediato, procedeu-se às exposições das pessoas convidadas. O primeiro expositor foi o Vice-presidente da SBB, **Henderson Fiirst de Oliveira**, que iniciou agradecendo a oportunidade de participar do debate e explicando que abordaria a saúde suplementar sob a perspectiva da Constituição Federal e da bioética, especialmente no que se referia à participação social. Como ponto de partida, destacou o art. 198, inciso III, da Constituição Federal, que estabeleceu a participação da comunidade como uma das diretrizes das ações e serviços públicos de saúde. Ressaltou que esse princípio, resultante da construção histórica da Reforma Sanitária brasileira, deveria orientar as políticas públicas de saúde e observou que a participação social também vinha adquirindo relevância crescente na própria atuação do Supremo Tribunal Federal em matéria sanitária. Apesar desse fundamento constitucional, avaliou que ainda existiam espaços pouco permeáveis ao controle e à participação social, situação particularmente relevante no campo da saúde suplementar. Argumentou que, em um país marcado por profundas desigualdades sociais e educacionais, não bastava assegurar mecanismos formais de participação: seria necessário garantir condições para que essa participação fosse substancial e efetiva. Para demonstrar essa limitação, apresentou dados de estudo realizado pela Universidade de São Paulo sobre a participação de consumidores em processos conduzidos no âmbito da ANS. Segundo informou, os consumidores representaram apenas 4% das participações nas consultas públicas analisadas e estiveram efetivamente presentes em somente 3% das reuniões da comissão responsável pela discussão da incorporação de novos procedimentos ao rol da Agência. Na avaliação do expositor, esses dados evidenciaram como a dupla condição de vulnerabilidade — enquanto pacientes e consumidores — repercutia concretamente na capacidade de participação nos processos decisórios da saúde suplementar. Diante desse cenário, defendeu o fortalecimento de estratégias de educação e comunicação voltadas aos pacientes e consumidores, de modo que conhecessem os mecanismos existentes e tivessem condições efetivas de utilizá-los. Como exemplo, observou que a divulgação de consultas e audiências públicas apenas por meios oficiais, como o Diário Oficial da União, embora atendesse formalmente ao princípio da publicidade, não seria suficiente para alcançar a maioria da população. Ressaltou que grande parcela dos consumidores sequer teria conhecimento da existência desses espaços ou dos meios disponíveis para apresentar suas percepções e insatisfações em relação à regulação da saúde suplementar. Sustentou, portanto, que a ANS deveria empreender maiores esforços para concretizar o comando constitucional da participação da comunidade. Enfatizou que não bastava disponibilizar formalmente canais para manifestação, sendo necessário viabilizar, difundir e qualificar a participação, inclusive por meio de mecanismos educativos que possibilitassem aos pacientes e consumidores compreender como participar dos processos regulatórios. Outro obstáculo apontado foi a complexidade técnica das exigências para participação nos processos de incorporação de tecnologias. Segundo explicou, determinados estudos e análises exigidos para subsidiar a avaliação de novos procedimentos demandavam conhecimento especializado e recursos que grande parte das organizações da sociedade civil não possuía. Citou, como exemplo, associações constituídas por pessoas com doenças raras, que, mesmo mobilizando recursos para representar os interesses de determinada comunidade, poderiam não dispor das condições técnicas e financeiras necessárias para produzir análises complexas destinadas a subsidiar a avaliação de uma nova tecnologia ou medicamento. Advertiu que essas barreiras poderiam levar pacientes e organizações a recorrerem predominantemente ao Poder Judiciário para obter acesso às tecnologias de que necessitavam, em vez de conseguirem participar efetivamente da construção das políticas públicas e dos processos regulatórios. Nas suas palavras, essa situação demonstrava um distanciamento entre a previsão constitucional da participação social e sua concretização no cotidiano da saúde suplementar. Ao concluir, reiterou que a vulnerabilidade dos pacientes e consumidores deveria ser considerada na estruturação dos mecanismos de participação. Avaliou que, nas condições existentes, apenas uma parcela reduzida da sociedade conseguia efetivamente fazer sua voz chegar aos processos decisórios, enquanto muitas outras pessoas permaneciam excluídas desses espaços. Agradeceu ao CNS pela oportunidade e colocou-se à disposição para contribuir com o Conselho. Ao agradecer a exposição, a Presidenta do CNS destacou especialmente a contribuição relacionada à educação dos consumidores e à preparação necessária para que pudessem conhecer e exercer seus direitos. Solicitou que o convidado permanecesse acompanhando a atividade para participar posteriormente do debate com o Plenário. Na sequência, a coordenação apresentou **Marina Paulelli**, advogada, coordenadora do Programa de Saúde do IDEC e conselheira nacional de saúde, concedendo-lhe a palavra para a segunda exposição. Iniciando, a conselheira **Marina Paulelli**, advogada e

coordenadora do Programa de Saúde do IDEC, agradeceu a oportunidade de participar do debate e cumprimentou a coordenação e os demais integrantes da mesa. Inicialmente, retomou aspecto abordado na exposição anterior, ressaltando que a participação social na saúde suplementar deveria ser material e substantiva, e não apenas formal. Apresentou brevemente a trajetória do IDEC, organização da sociedade civil criada há mais de 40 anos para representar os interesses das pessoas consumidoras nas diferentes relações de consumo. Destacou que a entidade acompanhava as discussões relacionadas à saúde desde sua fundação, no contexto da redemocratização brasileira e dos debates que resultaram na construção do marco legal de defesa do consumidor e, posteriormente, da regulação dos planos de saúde. Explicou que o Programa de Saúde do IDEC atuava na defesa do acesso a serviços de qualidade, de forma justa e equitativa, da proteção dos direitos das pessoas consumidoras e da defesa do SUS, estruturando suas ações nos eixos de planos de saúde, medicamentos, saúde digital com foco em governança e direitos e resistência antimicrobiana. Explicou que a atuação do Instituto envolvia o acompanhamento das discussões realizadas na Agência Nacional de Saúde Suplementar e no Poder Judiciário, a produção de evidências, a apresentação de contribuições em consultas e audiências públicas, a elaboração de conteúdos de informação e orientação aos consumidores, o monitoramento e a denúncia de práticas abusivas de mercado, a mobilização de campanhas e a participação em diferentes instâncias de representação social. Acrescentou que, quando estritamente necessário, o IDEC também recorria à litigância estratégica. Destacou, nesse contexto, a presença do Instituto em diferentes instâncias de participação e controle social, entre elas o próprio Conselho, a Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar e outros espaços relacionados à ciência, tecnologia, assistência farmacêutica, saúde digital, uso racional de medicamentos e resistência antimicrobiana. Ressaltou que essa atuação buscava contribuir tecnicamente para os debates, apresentar preocupações e identificar possíveis retrocessos nas políticas públicas. Registrou, contudo, limitações enfrentadas pelas organizações da sociedade civil para qualificar essa participação, observando que a política de independência do IDEC impedia o recebimento de financiamento empresarial e da indústria farmacêutica, o que, em algumas situações, restringia sua capacidade de participação em determinados espaços ou de aprofundamento técnico de temas que demandavam estudos e recursos específicos. Especificamente sobre o tema da saúde suplementar, propôs apresentar um panorama histórico do setor, relacionando sua formação às atuais reclamações de consumo e práticas abusivas, bem como aos desafios para o fortalecimento do controle social. Explicou que a saúde suplementar se estruturou, desde as décadas de 1940 e 1950, fortemente vinculada ao emprego e à renda, constituindo, desde sua origem, um mercado marcado por desigualdades. Ressaltou que grande parte dos contratos era coletiva e, naquele período, não havia proteção adequada contra práticas como negativas de cobertura e reajustes excessivos. Recordou que, especialmente a partir da década de 1990 e tendo como referência a Constituição Federal, intensificou-se o debate sobre a necessidade de um marco legal para enfrentar os problemas observados nas relações entre consumidores e planos de saúde. Esse processo resultou na edição da Lei nº 9.656/1998, que regulamentou os planos de saúde, e, posteriormente, na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, por meio da Lei nº 9.961/2000, à qual coube regulamentar o setor, fiscalizar as atividades das operadoras e atuar na defesa do interesse público. Informou que a saúde correspondia a 29% das dúvidas e reclamações recebidas pelo IDEC, concentradas principalmente nos planos de saúde. Entre as demandas mais recorrentes, destacou os reajustes considerados abusivos, problemas contratuais e negativas de cobertura. Explicou que essas manifestações funcionavam como um termômetro dos problemas enfrentados pelos consumidores e orientavam as contribuições e intervenções do Instituto perante a ANS, o Poder Judiciário e outros espaços nos quais essas questões eram debatidas. Na sequência, chamou atenção para a diferença regulatória entre os planos individuais e os planos coletivos. Explicou que os planos individuais possuíam maior proteção em relação aos reajustes e ao cancelamento, com limitação anual para o reajuste e restrições à rescisão unilateral pelas operadoras. Essas garantias, contudo, não se reproduziam da mesma forma nos contratos coletivos, nos quais eram frequentes reclamações relacionadas a reajustes muito superiores à inflação, capazes de inviabilizar a permanência do consumidor no plano, e a cancelamentos justificados pelas empresas pela ausência de interesse comercial. Avaliou que determinados reajustes assumiam, inclusive, caráter “expulsório”. Acrescentou que os dados apresentados também evidenciavam número expressivo de reclamações relacionadas a demandas não resolvidas pelos serviços de atendimento ao consumidor. Salientou que esse cenário demonstrava que muitas pessoas inicialmente buscavam solucionar os problemas diretamente com as

operadoras, sem recorrer ao Poder Judiciário, mas encontravam dificuldades para obter respostas efetivas, fazendo com que a judicialização se tornasse uma das alternativas disponíveis. Em contraposição às dificuldades relatadas pelos consumidores, apresentou dados econômicos do setor e destacou que as operadoras e seguradoras de planos de saúde vinham registrando resultados financeiros expressivos. Segundo o gráfico elaborado pelo IDEC com base em informações da própria ANS, especialmente em 2025 e 2026, os resultados das operadoras foram positivos, com lucros da ordem de bilhões de reais. Diante desse cenário, mencionou iniciativas desenvolvidas pelo Instituto nos últimos anos, que abrangeram desde ações judiciais e questionamentos de normas regulatórias até a produção de orientações aos consumidores e campanhas relacionadas aos principais problemas identificados. Entre essas iniciativas, destacou a campanha em defesa da regulação dos reajustes dos planos coletivos, acompanhada da elaboração de nota técnica encaminhada à ANS e de orientações aos consumidores sobre as possibilidades de atuação diante de reajustes considerados abusivos. Também recuperou, em sua apresentação, a mobilização social relacionada à cobertura assistencial dos planos de saúde. Recordou que, em 2022, foi aprovada legislação que estabeleceu condições para a cobertura de procedimentos, exames e tratamentos não previstos originalmente no rol da ANS, desde que observados critérios relacionados à segurança e à eficácia científica. Ressaltou que a aprovação resultou de intensa mobilização social e registrou que parte dessa legislação havia sido posteriormente declarada inconstitucional, o que, na avaliação do IDEC, representou retrocesso tanto na proteção das pessoas consumidoras quanto em relação às conquistas decorrentes daquela mobilização. Na parte final da exposição, destacou a importância do Conselho no acompanhamento e no controle social da saúde suplementar. Recuperou manifestações anteriores do CNS contrárias a retrocessos na legislação dos planos de saúde e lembrou que o Conselho já havia defendido o monitoramento das atividades da saúde suplementar pelo Ministério da Saúde, com vistas a evitar o aprofundamento das desigualdades entre o setor suplementar e o SUS. Mencionou, ainda, preocupação anteriormente manifestada pelo CNS em relação à criação de ambiente regulatório experimental que pudesse reduzir a proteção dos consumidores e produzir repercussões negativas para o sistema público de saúde. Como desafios para o futuro, apontou a necessidade de superar o duplo padrão regulatório existente entre os planos individuais e coletivos, enfrentar práticas abusivas que dificultavam o exercício de direitos básicos e defender um modelo regulatório que não aprofundasse as desigualdades de acesso à saúde. Chamou atenção, particularmente, para iniciativas capazes de promover compartilhamento inadequado de riscos entre o SUS e a saúde suplementar. Observou que o setor suplementar também disputava com o SUS recursos e força de trabalho e, por essa razão, propostas envolvendo compra compartilhada ou compartilhamento de riscos deveriam ser examinadas cuidadosamente quanto ao seu potencial de ampliar desigualdades. Ao concluir, agradeceu ao CNS pela oportunidade e pelo reconhecimento da atuação do IDEC e reafirmou o compromisso da instituição de continuar apresentando suas contribuições tanto no âmbito do Conselho quanto junto à ANS. A Presidenta do CNS agradeceu a apresentação da conselheira Marina Pachelli e, em seguida, saudou e agradeceu a presença de Wadih Damous, Diretor-Presidente da ANS, destacando que aquela era a primeira ocasião em que a Presidência da Agência participava presencialmente de uma reunião do Pleno do CNS. Ressaltou a relevância institucional da presença do próprio Diretor-Presidente, considerando-a importante para o fortalecimento da interlocução entre o CNS e a Agência. Também reconheceu como avanço a indicação, pela ANS, de dois assessores como convidados permanentes para acompanhar a CISS/CNS, avaliando que a iniciativa contribuiria para ampliar e fortalecer o diálogo institucional entre a Agência e o Conselho Nacional de Saúde. O Diretor-presidente da ANS, **Wadih Damous**, saudou a Presidenta do CNS, a coordenação da mesa, os conselheiros e conselheiras e os demais participantes. Ressaltou o caráter singular de sua participação e afirmou que pretendia estabelecer uma relação permanente de diálogo com o controle social, colocando-se à disposição para retornar ao CNS sempre que demandado. Inicialmente, manifestou concordância com as preocupações, recomendações e reivindicações apresentadas nas exposições anteriores. Em relação às contribuições do IDEC e às recomendações do próprio CNS para a saúde suplementar, informou que compartilhava das pautas apresentadas e que vinha encaminhando propostas para incorporá-las à agenda regulatória da ANS, ressalvadas as regras de governança e o caráter colegiado da direção da Agência. Explicou que as decisões não dependiam exclusivamente de sua posição como Diretor-presidente, uma vez que eram tomadas por uma Diretoria Colegiada composta por integrantes com diferentes trajetórias e entendimentos. Enfatizou a necessidade de ampliar a

interlocução da ANS com a sociedade civil e com as entidades de defesa dos consumidores. Observou que, desde sua chegada à Agência, sua agenda vinha sendo intensamente ocupada por reuniões e demandas do setor regulado, especialmente das operadoras de planos de saúde, enquanto eram menos frequentes as solicitações oriundas das organizações da sociedade civil. Nesse sentido, avaliou sua presença no CNS não como ato meramente protocolar, mas como oportunidade necessária para qualificar sua atuação à frente da Agência por meio do contato direto com o controle social. Ao iniciar a exposição propriamente dita, apresentou como princípio orientador de sua atuação a compreensão de que “no centro da saúde deve estar a pessoa, não o procedimento e não o regime de cobertura”. Explicou que a organização das informações em saúde no Brasil ainda contrariava esse princípio, pois a trajetória de uma mesma pessoa poderia transitar diversas vezes entre o SUS e a saúde suplementar sem que os sistemas de informação conseguissem acompanhar essa trajetória de maneira integrada. Exemplificou com o cidadão que nascia e era atendido no SUS, passava a contar com plano de saúde ao ingressar no mercado formal de trabalho e retornava ao sistema público diante do desemprego, do envelhecimento ou de outras circunstâncias, embora permanecesse sendo uma única pessoa com uma única trajetória de saúde. Para ilustrar as consequências dessa fragmentação, mencionou hipoteticamente o caso de uma mulher de 52 anos diagnosticada com câncer de mama. Explicou que, quando atendida pelo SUS, existiam, ainda que com limitações, informações que permitiam acompanhar aspectos como o estágio do diagnóstico, o tempo para início do tratamento e os desfechos. Na saúde suplementar, contudo, não havia disponibilidade pública de informações agregadas e comparáveis que permitissem saber, por exemplo, se as mulheres estavam sendo diagnosticadas mais precocemente, quanto tempo aguardavam pelo tratamento ou quais eram os respectivos desfechos. Ressaltou que, sem acesso a essas informações, a sociedade também tinha sua capacidade de cobrança reduzida. Nesse contexto, observou que o Brasil convivia, na prática, com um sistema público universal e com um sistema suplementar que alcançava mais de 53 milhões de pessoas, além dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Avaliou que o problema não residia na coexistência dos dois segmentos, mas na insuficiência de comunicação entre eles, na ausência de interoperabilidade efetiva dos dados e, sobretudo, na dificuldade de comparar os desfechos em saúde. Segundo destacou, não havia informações suficientes para responder, de maneira consistente, se as pessoas atendidas pela saúde suplementar estavam sendo diagnosticadas oportunamente, se suas doenças crônicas estavam adequadamente controladas ou quais resultados em saúde vinham sendo alcançados. Salientou que essa ausência de informações não deveria ser compreendida como uma situação inevitável, mas como uma falha passível de correção. Apresentou dados relativos à dimensão econômica da saúde suplementar (em 2024, a movimentação foi de R$ 350 bilhões em receita, com lucro líquido das operadoras na ordem de R$ 11 bilhões) e o gasto por pessoa na saúde suplementar é quase o dobro do gasto por pessoa no SUS (R$ 6.500,00, na primeira, e R$ 3.500,00). Observou que, apesar do expressivo volume de recursos movimentado pelo setor e dos resultados financeiros alcançados pelas operadoras, a sociedade dispunha de informações muito mais precisas sobre quanto o setor faturava e lucrava do que sobre aquilo que efetivamente entregava em termos de resultados clínicos e qualidade do cuidado. Para o expositor, essa assimetria entre o conhecimento dos resultados financeiros e o desconhecimento dos resultados em saúde constituía uma escolha que precisava ser revista. Nesse ponto, realizou uma autocrítica em relação ao papel do próprio Estado e da ANS. Reconheceu que a opacidade existente não poderia ser atribuída exclusivamente às operadoras, uma vez que a fragmentação das informações também decorria da insuficiência dos instrumentos construídos pelo Estado e pelo regulador ao longo dos anos. Acrescentou que a ANS operava com orçamento equivalente ao de 2010 e enfrentava déficit de pessoal e perda de quadros técnicos qualificados. Avaliou que um regulador subfinanciado apresentava menor capacidade de enxergar, fiscalizar e induzir mudanças no setor, destacando que ampliar a transparência exigia investimento na capacidade estatal de produzir, organizar e analisar informações. Como caminhos para enfrentar o problema, apresentou três frentes prioritárias. A primeira consistia na convergência de indicadores de desfecho entre o SUS e a saúde suplementar, permitindo comparar aspectos como internações evitáveis, controle glicêmico das pessoas com diabetes, controle da pressão arterial entre hipertensos, tempo entre suspeita e diagnóstico de câncer e reinternações precoces. A segunda referia-se ao compartilhamento de dados, destacando a Rede Nacional de Dados em Saúde e a agenda do SUS Digital como instrumentos capazes de possibilitar que informações produzidas em um sistema fossem reconhecidas pelo outro, reduzindo duplicidades e desperdícios e preservando a continuidade

da trajetória assistencial das pessoas. A terceira frente dizia respeito à convergência na avaliação de tecnologias em saúde. Questionou a adoção de critérios distintos para avaliação de uma mesma tecnologia no SUS, pela CONITEC, e na saúde suplementar. Defendeu, como posição que vinha sustentando no debate, a possibilidade de aproximação entre os dois sistemas, inclusive quanto às condições negociadas pelo poder público para aquisição de medicamentos de alto custo, argumentando que se tratava do mesmo cidadão, da mesma doença e da mesma tecnologia. Para demonstrar que a mudança de foco do procedimento e do faturamento para a pessoa e os desfechos seria concretamente possível, apresentou o exemplo das operadoras de autogestão, particularmente de experiências organizadas em torno da Atenção Primária à Saúde. Ressaltou que modelos baseados no acompanhamento longitudinal permitiam produzir informações sobre a população atendida e mensurar resultados ao longo do tempo. Contudo, advertiu que reconhecer experiências positivas das autogestões não significava dispensá-las das exigências regulatórias ou das críticas quando necessárias. Enfatizou que essas operadoras também deveriam demonstrar governança, transparência, solvência e qualidade. Explicou que não propunha a autogestão como modelo único ou necessariamente superior, mas como demonstração de que, quando o incentivo exclusivo ao lucro era reduzido e a pessoa colocada no centro, seria possível organizar o cuidado a partir da Atenção Primária e mensurar seus desfechos. Na sequência, alertou para os riscos associados à crescente circulação e utilização dos dados em saúde. Argumentou que a mesma informação capaz de identificar precocemente uma pessoa com risco de descompensação de uma doença crônica e permitir intervenção preventiva também poderia ser utilizada para selecionar riscos, elevar custos ou criar obstáculos à permanência de determinados beneficiários. Citou a inteligência artificial como exemplo de tecnologia capaz de ser utilizada tanto para qualificar o cuidado quanto para aprofundar mecanismos de exclusão. Por essa razão, defendeu que o avanço tecnológico estivesse acompanhado de transparência e vigilância social, de modo a impedir que dados destinados à proteção da saúde fossem utilizados contra os beneficiários. Abordou, ainda, a judicialização da saúde suplementar, avaliando-a predominantemente como sintoma das dificuldades de funcionamento do sistema, e não como sua causa. Sustentou que, quando as pessoas não encontravam respostas adequadas no sistema ou informações capazes de protegê-las, recorriam legitimamente ao Poder Judiciário. Assim, considerou que a redução da judicialização deveria ocorrer por meio da melhoria do funcionamento do sistema, da transparência, da mensuração dos desfechos e da previsibilidade e legitimidade das coberturas, e não mediante restrições ao acesso à Justiça. Ao tratar da histórica relação entre o SUS e a saúde suplementar, reconheceu como legítima a desconfiança do controle social diante da aproximação dos interesses privados com a esfera pública. Afirmou que sua proposta não consistia em reduzir essa vigilância, mas, ao contrário, em fornecer ao controle social melhores instrumentos para fiscalizar o setor suplementar, sobretudo porque as pessoas transitavam entre os dois sistemas e necessitavam de cuidado independentemente das fronteiras institucionais existentes. Nesse sentido, chegou ao eixo central de sua exposição: o protagonismo do controle social na saúde suplementar. Questionou por que a atuação fiscalizadora, de acompanhamento e monitoramento do Conselho Nacional de Saúde deveria se limitar às fronteiras do SUS, considerando que a saúde dos mais de 53 milhões de brasileiros vinculados à saúde suplementar também constituía questão de interesse público. Defendeu que o CNS pudesse contar com instrumentos para acompanhar os desfechos populacionais produzidos pelo setor, fiscalizar sua atuação, cobrar resultados e responsabilizar os agentes envolvidos com base em informações concretas. Por fim, reconheceu que cabia à ANS organizar incentivos, estruturar informações, exigir qualidade dos dados e induzir o setor a competir pela geração de valor em saúde, e não pela seleção das pessoas consideradas menos onerosas. Ressaltou, entretanto, que o regulador não seria suficiente isoladamente, sendo indispensável a vigilância exercida pela sociedade organizada. Nessa perspectiva, afirmou que regulação e controle social deveriam atuar de maneira complementar. Ao concluir, reiterou que não se tratava de defender o setor suplementar, mas de submetê-lo a maior mensuração, vigilância e responsabilização pelos resultados que entregava à população. Ressaltou que não existiam dois povos distintos, mas uma única população brasileira que transitava, ao longo da vida, entre o sistema público e o suplementar e deveria receber cuidado com a mesma seriedade em ambos. Retomou, assim, a premissa que orientara sua apresentação: no centro da saúde deveria estar a pessoa, tanto no SUS quanto na saúde suplementar, e não o procedimento, o regime de cobertura, muito menos o resultado contábil-financeiro. Concluídas as exposições, a coordenação abriu para as manifestações. Conselheira **Shirley Marshal Morales,** coordenadora adjunta da Comissão Intersetorial de Saúde

Suplementar – CISS/CNS, destacou o caráter histórico da presença do Diretor-presidente da ANS no Plenário do CNS, lembrando que, em outras oportunidades, a Agência havia sido convidada a participar de debates sobre temas relevantes, como reajustes abusivos e rol de procedimentos. Ressaltou que os problemas da saúde suplementar não atingiam apenas os mais de 53 milhões de beneficiários, uma vez que os dois sistemas funcionavam como vasos comunicantes e as ocorrências no setor suplementar repercutiam diretamente no SUS. Nesse contexto, mencionou a participação da saúde suplementar no Programa Agora Tem Especialistas como tema que exigia acompanhamento do controle social. Chamou atenção, ainda, para as condições de trabalho dos profissionais que atuavam na saúde suplementar, defendendo que o debate não se restringisse a questões remuneratórias. Citou situações envolvendo restrição da autonomia profissional, pressão para adoção de determinados protocolos terapêuticos, subdimensionamento das equipes e expansão da telemedicina em circunstâncias nas quais o atendimento presencial seria necessário. Ao final, colocou a CISS/CNS à disposição para fortalecer o diálogo com a ANS e atuar como espaço de interlocução entre as demandas apresentadas pelo Plenário e os desafios relacionados à saúde suplementar. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** ressaltou que o debate deveria partir dos fundamentos estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 e da compreensão do SUS em sua dimensão abrangente. Defendeu uma relação de mão dupla entre a ANS e o controle social, de forma que o CNS não apenas convidasse a Agência para participar de seus debates, mas também fosse chamado a contribuir nos espaços de discussão promovidos pela ANS. Também destacou a necessidade de considerar as condições de trabalho dos profissionais da saúde suplementar, relatando situações de precarização e de imposição de tempos reduzidos para atendimento, com possíveis repercussões sobre a qualidade assistencial. Reforçou, ainda, a importância da integração das informações entre o SUS e a saúde suplementar, uma vez que uma mesma pessoa poderia utilizar ambos os sistemas ao longo da vida ou simultaneamente. Avaliou que a fragmentação das informações poderia comprometer diagnósticos e a própria formulação das políticas públicas, razão pela qual defendeu a institucionalização de mecanismos capazes de concretizar esse diálogo. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** valorizou a abertura do diálogo entre o CNS e a ANS e destacou que a construção das políticas de saúde deveria envolver diálogo, tensionamento, proposição e construção coletiva. Defendeu que essa interlocução estivesse fundamentada no conceito ampliado de saúde, consolidado a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, segundo o qual a saúde não se restringia à ausência de doença ou à realização de procedimentos, mas estava relacionada às condições de vida e de trabalho da população. Ressaltou que essa concepção deveria orientar tanto a prestação direta dos serviços pelo Estado quanto sua atuação regulatória. Nessa perspectiva, afirmou que a participação social deveria ser efetiva, e não apenas formal, e relacionou a centralidade da pessoa no cuidado à valorização da Atenção Primária à Saúde, à organização de linhas de cuidado e à superação de uma lógica baseada em procedimentos isolados. Salientou que a regulação deveria reconhecer as diferentes características e condições das pessoas, com vistas à integralidade do cuidado e à produção de melhores desfechos em saúde. Conselheira **Rosângela Dorneles** considerou histórica a aproximação entre o CNS e a ANS e recuperou a experiência vivenciada durante a pandemia de Covid-19, especialmente em relação à atuação da *Prevent Senior*. Relatou que a entidade acompanhava processo relacionado às condutas adotadas pela operadora naquele período e destacou que eventuais reparações financeiras não seriam suficientes para compensar os danos causados aos usuários. Defendeu, ainda, a recuperação da trajetória histórica dos planos de saúde e o fortalecimento da compreensão da saúde como direito. Sugeriu ainda ampliar a transparência para os consumidores, inclusive quanto ao histórico e às ocorrências envolvendo as operadoras no momento da contratação dos planos. Conselheira **Sueli Goi Barrios** também ressaltou a relevância da presença inédita do Diretor-presidente da ANS no Plenário e valorizou a perspectiva de colocar a pessoa no centro do cuidado. Reafirmou que, para o CNS, a saúde constituía direito constitucional e não mercadoria, lembrando que a Constituição Federal admitia a participação da iniciativa privada na assistência à saúde, de forma complementar, e que a legislação do SUS estabelecia responsabilidades públicas de controle e fiscalização dessas ações e serviços. Como integrante do Comitê de Acompanhamento do Programa Agora Tem Especialistas, abordou especificamente o ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde. Demonstrou preocupação com possíveis repercussões do programa sobre a demanda e os tempos de espera para procedimentos e questionou de que maneira a ANS vinha acompanhando o processo e participando da implementação do programa, particularmente no componente

relacionado ao ressarcimento e à oferta de consultas, exames e outros serviços. Conselheira **Rosa Anacleto** compartilhou sua experiência como trabalhadora vinculada, durante anos, a um plano de autogestão e como integrante de instância de acompanhamento desse benefício. Ressaltou que a vinculação aos planos de autogestão geralmente estava relacionada ao vínculo empregatício e que, com o desligamento da empresa, o trabalhador poderia perder o acesso ao plano e retornar integralmente ao SUS, sem que as informações relativas à sua trajetória assistencial anterior necessariamente o acompanhassem. Nesse contexto, destacou a importância da participação das centrais sindicais no controle social, por sua capacidade de dialogar diretamente com os trabalhadores sobre a relevância do SUS. Enfatizou que, independentemente da existência temporária de cobertura por plano de saúde vinculada ao trabalho, o SUS permanecia como política pública universal e precisava ser permanentemente defendido e fortalecido. Conselheira **Lúcia Modesto Xavier** agradeceu a presença dos convidados e avaliou que as exposições reforçaram a necessidade de aperfeiçoar a regulação da saúde suplementar e fortalecer o controle social. Destacou particularmente a necessidade de maior atenção às doenças crônicas e informou que o diabetes atingia mais de 16 milhões de brasileiros, constituindo desafio crescente tanto para o sistema público quanto para o setor suplementar. Como encaminhamento, propôs que o Conselho, por meio das comissões relacionadas à atenção básica, patologias, saúde suplementar e saúde bucal, estabelecesse agenda permanente de diálogo com a ANS**,** para acompanhar e contribuir para a construção de estratégias destinadas às condições crônicas na saúde suplementar. Conselheira **Walquíria Cristina Barbosa** abordou os impactos dos reajustes das mensalidades dos planos de saúde sobre as pessoas idosas, destacando tanto os reajustes anuais quanto aqueles relacionados à faixa etária. Alertou que, na prática, os aumentos poderiam elevar as mensalidades a valores incompatíveis com a capacidade de pagamento dos beneficiários, levando, em alguns casos, ao cancelamento do plano de saúde justamente em uma fase da vida de maior necessidade de assistência à saúde. Caracterizou essa situação como expressão de etarismo e defendeu maior proteção às pessoas idosas. Como proposta, sugeriu a constituição de grupo de trabalho envolvendo movimentos de pessoas idosas, conselhos de direitos, Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa e demais instituições relacionadas ao tema, com vistas ao enfrentamento dos reajustes considerados abusivos. Conselheiro **Madson Ferreira** chamou atenção para os desafios enfrentados pelos profissionais da odontologia na relação com a saúde suplementar. Mencionou o crescimento expressivo do número de cursos de Odontologia no país, a concentração econômica observada no setor de planos odontológicos e as condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas vinculados às operadoras. Também abordou dificuldades relacionadas à atuação do Conselho Federal de Odontologia na aplicação de normas éticas diante de práticas comerciais como cartões e descontos, que, em sua avaliação, favoreciam uma competição predatória por pacientes. Recordou tentativas anteriores de interlocução com a ANS e solicitou a retomada desse diálogo, informando que o CFO encaminharia ofício à Agência para solicitar reunião destinada ao aprofundamento das demandas da categoria. Conselheira **Suely Corrêa de Oliveira** propôs ampliar a interlocução para além das instâncias institucionais do controle social. Nessa linha, sugeriu a criação de um canal de diálogo direto com os territórios, de modo que a ANS pudesse conhecer as demandas e necessidades das pessoas em suas realidades concretas, fortalecendo a participação social na discussão sobre a saúde suplementar. Conselheira **Francisca Valda da Silva** situou os problemas da saúde suplementar no contexto mais amplo da financeirização e da mercantilização da saúde. Manifestou preocupação com processos de fusão e concentração empresarial no setor e com a predominância da lógica de obtenção de lucro. Citou problemas relatados por beneficiários de planos, como cobranças indevidas de coparticipação, atrasos nos repasses aos profissionais da rede credenciada, dificuldades de atendimento, cancelamentos e reajustes considerados abusivos. Nesse cenário, defendeu que a ANS, enquanto agência de Estado, priorizasse a proteção da parcela mais “frágil” da relação entre operadoras e beneficiários. Ao final, questionou qual seria, entre os mais de 53 milhões de beneficiários da saúde suplementar, a proporção vinculada aos denominados planos populares. Conselheira **Priscila Torres da Silva**, enquanto coordenação da CISS/CNS, reiterou a importância da aproximação entre a CISS/CNS e a ANS e a presença da ANS nas reuniões da Comissão. Na perspectiva das pessoas com patologias, destacou a necessidade de garantir equidade no acesso às inovações terapêuticas. A partir da afirmação de que “inovação sem acesso é injustiça”, defendeu alteração da Lei nº 9.656/1998 para possibilitar a cobertura, pela saúde suplementar, de medicamentos orais específicos utilizados no tratamento de doenças autoimunes e outras condições crônicas. Explicou que, embora

alterações legislativas tenham assegurado cobertura de medicamentos orais utilizados em oncologia, pessoas com outras doenças crônicas não dispunham da mesma garantia, mesmo quando os medicamentos eram disponibilizados pelo SUS. Ressaltou que essa lacuna também repercutia sobre o orçamento público, pois beneficiários de planos de saúde recorriam ao SUS exclusivamente para obter determinados medicamentos. Conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS, agradeceu a presença do diretor-presidente da ANS e saudou a aproximação entre a Agência e o Conselho. Também ressaltou a necessidade de ampliar o debate sobre os setores público e privado, inclusive no contexto do Programa Agora Tem Especialistas, de modo a construir relações mais equilibradas em relação a planos e seguros privados de saúde. Falou especialmente sobre as condições dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde submetidos às regras das operadoras, apontando dificuldades decorrentes da ausência de negociação coletiva entre categorias profissionais e planos de saúde e do não reconhecimento das tabelas referenciais das diferentes profissões. Destacou que essa realidade comprometia a sustentabilidade dos consultórios, dos acompanhamentos terapêuticos e do exercício profissional, atingindo de forma particularmente intensa diversas categorias profissionais, constituindo demanda recorrente das profissões regulamentadas da saúde junto ao CNS. Conselheira **Eliane Cruz** destacou temas que considerou estratégicos para o aprofundamento da regulação, entre eles o crescimento dos cartões de desconto e a necessidade de adoção de modelos de atenção que valorizassem a Atenção Primária à Saúde, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Também defendeu maior aproximação entre a ANS e os beneficiários, observando que a Agência ainda não dispunha de mecanismos de interlocução social semelhantes aos existentes em outras instituições reguladoras. Nesse sentido, propôs que o CNS aprofundasse a discussão e formulasse propostas destinadas a ampliar a participação dos beneficiários e a interlocução da ANS com a sociedade. Abordou, ainda, a atenção à saúde das mulheres e o enfrentamento às violências nos serviços privados de saúde. Observou que, embora a temática tivesse adquirido prioridade no setor público, essa mesma centralidade ainda não era percebida na saúde suplementar. Informou que alguns planos já haviam procurado interlocução sobre o assunto e sugeriu que a ANS incorporasse essa agenda, inclusive no contexto do Pacto Brasil contra o Feminicídio, como forma de estimular o compromisso das operadoras com o enfrentamento à violência contra as mulheres. Conselheira **Andreia Cristina** manifestou preocupação com possíveis retrocessos relacionados à realização de mamografias na saúde suplementar. Recordou mobilização ocorrida entre o final de 2024 e o início de 2025 diante de proposta relacionada à faixa etária para realização de mamografia diagnóstica e de rastreamento. Ressaltou a atuação das entidades dedicadas ao câncer de mama em defesa do diagnóstico precoce e enfatizou a preocupação com mulheres com menos de 50 anos. A partir da afirmação do Diretor-presidente da ANS de que a pessoa deveria estar no centro do cuidado, solicitou que esse princípio orientasse efetivamente a atuação regulatória e que fossem evitados retrocessos capazes de comprometer o diagnóstico precoce e a proteção da vida das mulheres. Por fim, conselheira **Maria do Carmo Tourinho** concentrou sua intervenção nas dificuldades enfrentadas pelas pessoas com autismo e suas famílias na relação com as operadoras. Destacou a necessidade de atendimento multidisciplinar e questionou os mecanismos utilizados pela ANS para fiscalizar situações de negativa ou limitação de terapias pelas operadoras. Ressaltou que essas restrições frequentemente resultavam em judicialização e alertou que, enquanto os conflitos administrativos e judiciais se prolongavam, as pessoas com autismo deixavam de receber intervenções em tempo oportuno, apesar da importância do atendimento precoce. Também abordou as dificuldades para inclusão de pais idosos como dependentes em planos empresariais e os elevados valores dos planos individuais destinados a essa população. Além disso, questionou a atuação da ANS em relação à cobertura de atenção domiciliar (home care) e de equipes multidisciplinares para pacientes que permaneciam hospitalizados em domicílio. Relatou experiência pessoal envolvendo redução da assistência domiciliar por uma operadora e a necessidade de recorrer à justiça para restabelecer o atendimento, utilizando o caso para reforçar a necessidade de maior proteção regulatória aos beneficiários que dependiam de cuidados continuados. Encerradas as inscrições, a coordenação abriu espaço para as considerações dos expositores. A advogada do programa de Saúde do IDEC, **Marina Paulelli,** agradeceu o espaço de diálogo e avaliou que as manifestações do Pleno evidenciaram a relação desigual existente entre a saúde suplementar e o SUS, reafirmando a necessidade de regulação e fiscalização capazes de proteger os usuários e reduzir essas desigualdades. Em resposta às intervenções, abordou os reajustes por mudança de faixa etária, destacando que a questão se mostrava particularmente

problemática nos planos coletivos. Explicou que as regras da ANS estabeleciam limitações para esses reajustes conforme a data de contratação do plano e a vigência do Estatuto da Pessoa Idosa. Ressaltou que não poderia haver reajuste decorrente de mudança de faixa etária a partir dos 60 anos, embora permanecesse autorizado o reajuste anual, cujos percentuais costumavam ser superiores nos planos coletivos, modalidade que apresentava menor proteção regulatória. Informou, ainda, que a aplicação do Estatuto da Pessoa Idosa aos contratos celebrados anteriormente à sua vigência constituía matéria submetida à apreciação do Supremo Tribunal Federal. Quanto aos cartões de desconto, informou que a ANS deveria regulamentá-los em cumprimento a determinação judicial. Registrou que o IDEC já havia apresentado à Agência preocupações relacionadas a esse modelo e destacou que cartões de desconto não se caracterizavam como planos de saúde, podendo colocar consumidores em situação de insuficiente proteção jurídica e contribuir para o aprofundamento das desigualdades no acesso à saúde. Em relação aos chamados “planos populares”, alertou para os riscos associados a produtos de menor custo e com redes credenciadas reduzidas, bem como para iniciativas que pudessem resultar na redução de coberturas e da proteção dos consumidores. Afirmou ainda que limitações ao número de consultas e de atendimentos em terapias multidisciplinares e de saúde mental deveriam ser denunciadas. Sobre o *home care*, apresentou o entendimento do IDEC de que a assistência domiciliar deveria ser garantida quando configurasse continuidade da internação hospitalar ou quando se mostrasse mais benéfica ao paciente, embora reconhecesse a elevada judicialização decorrente da resistência das operadoras à cobertura dessa modalidade assistencial. Também convergiu com a manifestação quanto à necessidade de ampliar a discussão sobre o fornecimento domiciliar de medicamentos para além daqueles destinados ao tratamento oncológico. Assinalou a existência de evidências sobre a segurança e os benefícios da utilização domiciliar de determinados medicamentos, inclusive com potencial de redução de custos, defendendo o acompanhamento da matéria pela Agência reguladora e pelo Poder Legislativo. Ao concluir sua exposição, reafirmou a necessidade de a regulação da saúde suplementar estar orientada à proteção dos direitos das pessoas consumidoras. Para reforçar esse entendimento, recuperou manifestação da Ministra Cármen Lúcia, do Supremo Tribunal Federal – STF, proferida em decisão de caráter urgente, ainda não definitiva, na ADPF 532, na qual foi ressaltada a urgência da tutela do direito fundamental à saúde e da garantia de segurança e previsibilidade aos usuários de planos de saúde quanto aos seus direitos. Destacou, a partir da referida decisão, a compreensão de que saúde não deveria ser tratada como mercadoria, nem a vida como negócio, e que a dignidade e os direitos conquistados não poderiam ser submetidos à lógica do lucro ou sofrer retrocessos. Ressaltou, ainda, que matérias relacionadas ao direito à saúde deveriam ser tratadas por meio do devido processo legislativo, assegurando-se ampla discussão social e debate público, de forma a preservar a saúde como direito fundamental indispensável à existência digna, conforme estabelecido pelo ordenamento constitucional brasileiro. Ao final, agradeceu à Presidência do CNS pelo espaço concedido ao IDEC. Na sequência, o diretor-presidente da ANS, **Wadih Damous,** respondeu de forma conjunta às questões apresentadas durante o debate. Inicialmente, abordou a autonomia e a atuação das diferentes categorias profissionais na saúde suplementar. Informou já ter recebido representantes de conselhos profissionais e reconheceu as demandas relacionadas à atuação de psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e outras categorias. Explicou, entretanto, que determinadas mudanças relacionadas ao reconhecimento das prescrições desses profissionais dependeriam de alteração da Lei nº 9.656/1998, não podendo ser implementadas exclusivamente por decisão regulatória da ANS. Sobre a assistência às pessoas com autismo, relatou ter estabelecido interlocução com entidades representativas de mães e familiares e reconheceu a complexidade do tema. Avaliou que o elevado grau de judicialização demonstrava insuficiências da regulação e defendeu a construção de protocolos, em diálogo com o Ministério da Saúde e com o setor suplementar, para orientar a abordagem multidisciplinar e reduzir a necessidade de recurso ao Poder Judiciário. Ressaltou que a judicialização, embora muitas vezes se apresentasse como alternativa para as famílias diante das negativas de atendimento, não deveria constituir o principal caminho para assegurar o cuidado. Em relação aos denominados planos populares e aos cartões de desconto, elucidou que não existia, naquele momento, modalidade formalmente caracterizada como “plano popular”. Quanto aos cartões de desconto, explicou que sua regulamentação decorria de determinação do Superior Tribunal de Justiça e informou que a ANS já havia constituído grupo de trabalho e publicado edital para subsidiar o processo regulatório. Diante da baixa participação inicial das empresas, informou que seria realizado aditamento para tornar mais

claras as informações requeridas. Defendeu, especialmente, que consumidores e organizações da sociedade civil participassem ativamente da construção dessa regulação, apresentando propostas e contribuindo para a definição das regras aplicáveis ao setor. Informou, ainda, que temas como reajustes dos planos coletivos, rescisões unilaterais, coparticipação e portabilidade já haviam integrado conjunto de medidas regulatórias anteriormente construído pela ANS, cuja implementação fora suspensa judicialmente. Assinalou que essas matérias seriam retomadas no âmbito da agenda regulatória da Agência, com reabertura do debate institucional. Ao tratar das relações entre operadoras e prestadores de serviços, destacou a existência de conflitos relacionados, entre outros aspectos, a glosas e prazos de pagamento. Informou ter recebido representantes de hospitais, clínicas e demais prestadores e manifestou disposição para intermediar espaços de negociação, ressaltando, contudo, a necessidade de apresentação de propostas concretas pelas entidades envolvidas. Ao concluir, afirmou estar aberto ao diálogo com o CNS, entidades da sociedade civil, profissionais, prestadores e beneficiários e manifestou preocupação com os dados sobre a baixa participação social nos debates relacionados à saúde suplementar. Rejeitou a percepção de que a ANS deveria atuar prioritariamente em favor das operadoras e ressaltou que o processo decisório da Agência era colegiado, admitindo divergências entre seus integrantes. Defendeu que as questões de maior impacto sobre a vida dos beneficiários fossem efetivamente enfrentadas pela Agência, com transparência quanto às decisões e respectivas fundamentações. Reafirmou seu compromisso de evitar retrocessos na regulação e ponderou que a ausência de avanços também poderia representar retrocesso. Por fim, afirmou que a participação social era elemento fundamental para o aprimoramento da saúde suplementar. A Presidenta do CNS agradeceu a participação das pessoas convidadas e, em razão do adiantado da hora e da necessidade de prosseguimento da pauta, propôs que a leitura integral dos encaminhamentos formulados durante o debate fosse realizada ao final da reunião. Salientou que as propostas anteriormente elaboradas pela CISS/CNS seriam enviadas à Agência, para que constituíssem referência inicial para o aprofundamento do diálogo e das ações entre o CNS e a ANS. Os demais encaminhamentos apresentados pelo Pleno seriam sistematizados e também enviados ao Diretor-Presidente da ANS e à sua assessoria. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Portaria GM/MS, que altera a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, sobre o Planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -** *Apresentação:* **Fátima Ali,** Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa/MS*;* **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Diretor do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa/MS, *participação virtual;* conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, coordenador da COFIN/CNS; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS - *Coordenação:* conselheira **Cristiane Pereira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Conselheira **Cristiane Pereira da Silva**, da Mesa Diretora do CNS, iniciou o item apresentando o tema referente à proposta de alteração da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 e, em seguida, compôs a mês. Conselheiro **Getúlio Vargas de Moura**, coordenador da COFIN/CNS, iniciou sua manifestação apresentando informes relacionados ao calendário de trabalho da Comissão, especialmente quanto ao processo de análise do Relatório Anual de Gestão – RAG pelas comissões intersetoriais do CNS. Informou a proposta de prorrogação do prazo para que as comissões concluíssem suas análises e as inserissem no sistema até 17 de agosto de 2026, ao meio-dia, ampliando em aproximadamente quinze dias o período inicialmente previsto. Informou, ainda, que havia entendimento construído com integrantes da Mesa Diretora e da gestão para propor ao Plenário que a apreciação do Relatório Anual de Gestão fosse realizada na reunião de novembro de 2026, em vez de agosto, como inicialmente previsto. Explicou que a alteração considerou tanto a prorrogação concedida às comissões quanto a realização das reuniões de setembro e outubro durante o período eleitoral. Na mesma perspectiva, comunicou a proposta de transferência para novembro do seminário sobre financiamento da saúde anteriormente programado para agosto. Segundo explicou, a decisão considerou as cautelas necessárias durante o período de defeso eleitoral. Informou que a proposta era realizar o seminário nacional nos dias 17, 18 e 19 de novembro de 2026, como etapa de conclusão do ciclo de oficinas macrorregionais promovidas pela COFIN/CNS. Registrou a ampla participação dos estados nas atividades já realizadas e informou que a organização, os convites e a estrutura do seminário seriam detalhados nas reuniões subsequentes. Sobre o debate relativo à Portaria GM/MS que alterava as disposições relativas ao planejamento no SUS, informou que a proposta já havia sido objeto de sucessivas rodadas de diálogo entre a Mesa Diretora do CNS, a COFIN e o DGIP/MS. Explicou que a Mesa Diretora do Conselho havia solicitado à

COFIN o aprofundamento da análise e a formulação de sugestões a serem encaminhadas ao Ministério da Saúde. Avaliou que a iniciativa representava avanço importante, por responder a questões que vinham sendo reiteradamente apontadas pelo controle social. Relacionou a discussão também aos desdobramentos das decisões do Ministro Flávio Dino, no Supremo Tribunal Federal, referentes às emendas parlamentares, ressaltando a importância da definição de prazos para a apresentação e a apreciação dos instrumentos de gestão. Defendeu que os municípios realizassem a avaliação desses instrumentos de forma participativa, conforme estabelecido na legislação do SUS, e que fossem definidos prazos tanto para a apresentação dos documentos pelos gestores quanto para sua análise pelos respectivos conselhos de saúde. Informou que a minuta inicialmente apresentada já havia passado por modificações decorrentes do diálogo com o CNS e avaliou que, embora permanecessem alguns pontos a serem ajustados, os aspectos centrais haviam avançado significativamente em direção a uma construção consensuada. Nesse contexto, reconheceu a postura de diálogo do Diretor do DGIP/MS e da Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa/MS no acolhimento e na análise das contribuições formuladas pelo CNS, fruto do debate do Pleno, da Mesa Diretora e da COFIN. Na sequência, ampliou a discussão para a necessidade de fortalecimento estrutural dos conselhos municipais de saúde, pois não seria suficiente estabelecer obrigações e prazos para a análise dos instrumentos de gestão sem assegurar aos conselhos condições adequadas de funcionamento, incluindo estrutura, equipamentos e assessoria técnica necessária ao exercício de suas atribuições. Ao concluir, ressaltou que a discussão da nova Portaria deveria caminhar paralelamente à construção de instrumentos de capacitação, estruturação e fortalecimento do controle social, de modo a conferir aos conselhos condições efetivas para analisar os instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Reafirmou o compromisso da COFIN com essa agenda e destacou a atuação da Mesa Diretora e da Presidenta do CNS no fortalecimento da capacidade dos conselhos municipais de saúde para o desempenho dessas atribuições. Dito isso, despediu-se, para participar de agenda externa e convidou o coordenador adjunto da COFIN/CNS, André Luiz de Oliveira, para compor a mesa no seu lugar. Na sequência, a coordenação informou que o tempo destinado às exposições seria concentrado na apresentação dos representantes do Ministério da Saúde e fez a leitura dos currículos. A Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa, **Fátima Ali**, iniciou sua exposição saudando a mesa e a Presidenta do CNS, e destacando a importância de debater a atualização da normativa referente ao planejamento no SUS, tema que, segundo avaliou, retomava centralidade na organização do Sistema. Ressaltou que os instrumentos de planejamento foram concebidos no processo da Reforma Sanitária e incorporados ao arcabouço legal do Sistema, com fundamento, entre outros dispositivos, nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e na Lei Complementar nº 141/2012. Explicou que a proposta de revisão da portaria buscou fortalecer a presença dos conselhos e das conferências de saúde no processo de planejamento, partindo da compreensão de que a governança do SUS também perpassava essas instâncias de participação social. Relatou que a revisão normativa começou a ser construída, em 2024, pela equipe da Coordenação-Geral vinculada ao Departamento de Gestão, a partir da análise comparativa da legislação e das normas infralegais existentes. Recordou que, com a consolidação das portarias ocorrida em 2017, as disposições relativas ao planejamento passaram a constar dos artigos 94 a 100 da Portaria de Consolidação nº 1, nos quais foram identificadas fragilidades, especialmente a ausência de referências expressas à participação popular por meio das conferências e à atuação dos conselhos de saúde no processo de planejamento do SUS. Informou que a proposta foi amplamente discutida ao longo de 2025 com CONASS e CONASEMS, além de ter sido apresentada anteriormente à Mesa Diretora do CNS. Explicou que a revisão se concentrou nos artigos 94 a 100, uma vez que os dispositivos posteriores tratavam especificamente da regionalização, temática que vinha sendo desenvolvida em processo próprio, por meio de atividades realizadas em todo o país para a construção da Política Nacional de Regionalização. Quanto ao conteúdo da proposta, destacou que o primeiro capítulo passou a apresentar a concepção de planejamento no SUS, reforçando o papel da gestão governamental e dos conselhos de saúde, bem como o dever de considerar as deliberações oriundas das conferências de saúde, expressas por meio das resoluções dos conselhos, como diretrizes prioritárias para o planejamento. Ressaltou, ainda, o caráter ascendente do planejamento do SUS e apontou o desafio de aprofundar, no âmbito do controle social, a discussão sobre as relações interfederativas e a representação nas regiões de saúde, especialmente diante do processo de regionalização em curso. Acrescentou que as diretrizes propostas contemplaram, inicialmente, o controle social e a deliberação democrática, além das pactuações interfederativas. Na parte destinada aos instrumentos de planejamento, foram

abordados o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde – PAS, o Relatório de Gestão e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior – RDQA. Sobre este último, explicou que, embora não estivesse sujeito à aprovação do conselho de saúde, constituía importante instrumento de monitoramento, avaliação e acompanhamento da execução do planejamento. Informou que a COFIN/CNS havia encaminhado nota técnica com questionamentos e sugestões à proposta de portaria. Considerou pertinente continuar aprofundando a definição do papel específico dos conselhos de saúde no SUS, tendo em vista sua inserção no sistema de governança e sua relação direta com o processo de planejamento. Em relação ao acompanhamento dos instrumentos, informou que foram realizadas alterações no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento - DGMP. Entre elas, destacou que, a partir daquele ano, a inserção do Relatório de Gestão ficaria condicionada à apresentação dos três RDQA. Acrescentou que, mesmo quando o gestor entregasse cópia física dos documentos ao conselho, seria obrigatória a inserção do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão no DGMP, possibilitando o acompanhamento do cumprimento dos prazos. Da mesma forma, o parecer do conselho de saúde e suas respectivas justificativas deveriam ser registrados no sistema. Chamou atenção para a necessidade de aprimorar a forma de emissão dos pareceres dos conselhos de saúde, uma vez que foram identificadas práticas distintas, como a inserção apenas da ata da plenária ou, em alguns casos, a ausência desse registro. Sobre os prazos, explicou que a proposta de portaria estabeleceu 120 dias para manifestação do conselho de saúde, contados a partir da disponibilização do instrumento no sistema, registrando que esse aspecto ainda comportava discussão, inclusive diante da solicitação da COFIN/CNS por prazo mais amplo. Destacou também a previsão do dever dos gestores municipais, estaduais e federal de garantir as condições de funcionamento dos respectivos conselhos de saúde, embora sem detalhamento dessas condições na portaria em debate, por compreender que tal aprofundamento demandaria tratamento normativo mais abrangente. Por fim, avaliou que a proposta representava um avanço, embora permanecesse aberta a aperfeiçoamentos. Finalizada a exposição, conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** apresentou questão de ordem relacionada à situação da Presidenta do CNS, conselheira Fernanda Lou Sans Magano. Manifestou preocupação com as restrições enfrentadas pela Presidenta para o exercício de suas atribuições junto ao Conselho e avaliou que a situação ultrapassava uma questão individual, por atingir a própria autonomia do controle social e a representação institucional do CNS. Considerando insuficientes as manifestações de solidariedade realizadas até então, propôs uma atuação mais efetiva do Plenário do Plenário, com a constituição de uma comissão para buscar interlocução direta com o Ministro da Saúde e representantes do governo federal, diante da urgência da situação. Foi constituída uma comissão de conselheiros e conselheiras para ir até o gabinete do Ministro de Estado da Saúde e dialogar sobre a situação – Rosaura Rodrigues, Oldack Sucupira; Veridiana Ribeiro; Eurídice de Almeida. Após essa decisão, a mesa abriu a palavra ao Diretor do DGIP/MS, que participava virtualmente. Antes da continuidade da exposição, conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** ponderou se, diante do horário avançado e do esvaziamento da reunião, seria oportuno prosseguir naquele momento com um tema considerado de elevada relevância ou transferi-lo para reunião posterior. A Presidenta do CNS reconheceu a preocupação e propôs a interrupção dos trabalhos para o almoço, com retomada do Item 9 às 13h30 e destinação de uma hora para sua conclusão, de modo que, às 14h30, fosse iniciada a pauta seguinte, referente às hepatites virais. Ressaltou a necessidade de compromisso coletivo com os horários estabelecidos para viabilizar a conclusão das pautas previstas. Nesse contexto, o diretor do DGIP/MS, **André Luís Bonifácio de Carvalho**, ressaltou que a discussão da proposta de alteração da Portaria precisava ser concluída naquela reunião. Explicou que a matéria já havia sido retirada por três vezes da pauta da CIT, inclusive, na última oportunidade, em atendimento à solicitação do CNS, e que estava prevista para pactuação na reunião da CIT de julho, não havendo possibilidade de novo adiamento. Informou, ainda, que a proposta já havia sido amplamente discutida com a COFIN/CNS e que restava apenas um ponto a ser ajustado, uma vez que as demais contribuições apresentadas pela Comissão haviam sido acolhidas pelo Ministério da Saúde. Destacou que o ponto ainda em discussão se referia ao prazo para apreciação dos instrumentos de gestão pelos conselhos de saúde. Informou que a posição construída no âmbito tripartite entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS era pela manutenção do prazo de 120 dias para emissão do parecer do conselho. Justificou que a análise do Relatório Anual de Gestão não deveria ocorrer de maneira isolada, pois era precedida pelo acompanhamento dos três Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior – RDQA, permitindo aos conselhos acompanhar o processo de execução ao longo do exercício antes da

apreciação do relatório anual. Diante das limitações de horário do expositor, que representava o Ministério da Saúde em atividade realizada em São Paulo, a coordenação acordou a interrupção do Item 9 para o almoço e sua retomada às 13h30, assegurando uma hora para aprofundamento da discussão e conclusão da matéria. Antes da interrupção, **André Luiz de Oliveira**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, retomou a duas questões apresentadas anteriormente pelo conselheiro Getúlio Vargas de Moura e submetidas à apreciação do Plenário. A primeira referiu-se à alteração do cronograma de análise do RAG/MS 2025, considerando a solicitação das comissões intersetoriais por maior prazo para apresentação de suas contribuições e a necessidade de evitar a coincidência da apreciação pelo Pleno com o período eleitoral. Assim, a proposta é que a apreciação do RAG/MS 2025, inicialmente prevista para agosto, fosse transferida para novembro de 202**6**. A segunda é relativa ao Seminário Nacional da COFIN/CNS, previsto inicialmente para agosto como etapa preparatória à 18ª Conferência Nacional de Saúde e atividade de encerramento do ciclo de oficinas promovidas pela Comissão. Pelas mesmas razões relacionadas ao período eleitoral, a proposta é sua transferência para novembro, após o encerramento do período de restrições eleitorais. As duas propostas foram submetidas conjuntamente à apreciação do Plenário. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a proposta de adiar a apreciação do Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde – RAG/2025 e a realização do seminário nacional da COFIN para o mês de novembro de 2026.** Após a deliberação, os trabalhos foram interrompidos para o almoço, com retomada do Item 9 prevista para as 13h30. Estiveram presentes as seguintes pessoas conselheiras na manhã do segundo dia: **Titulares – Agnelo Temrité Wadzatsé**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Getúlio Vargas de Moura Júnior**, Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes,** Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida (REDEUNIDA); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE); **Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares (ABRAZ). **Suplentes – Alessandra Regina Brito**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFA); **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Daniele da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS); **Eliane Aparecida da Cruz**, Ministério da Saúde – MS; **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; **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Lucia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Maria Laura Carvalho**

Bicca, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS); **Neide Barros da Silva**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Obede Muniz Teodoro**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP); **Oldack Cezar Rocha Sucupira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosângela Dornelles**, Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça; **Rosaura de Oliveira Rodrigues**, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (RFS); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Silvia Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT); **Suely Corrêa de Oliveira**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFRO. Iniciando o período da tarde, a coordenação recompôs a mesa para retomada do debate do item 9. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN - Portaria GM/MS, que altera a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, sobre o Planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -** *Apresentação:* **Fátima Ali,** Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa/MS*;* **André Luís Bonifácio de Carvalho**, Diretor do Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa/MS, *participação virtual;* conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador adjunto da COFIN/CNS; e **Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS. *Coordenação:* conselheira **Priscila Torres da Silva,** da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS. Iniciando, o diretor do DGIP/MS, **André Luís Bonifácio de Carvalho**, retomou a discussão destacando alguns aspectos relacionados ao Relatório Anual de Gestão – RAG e às mudanças promovidas nos instrumentos de planejamento. Informou que uma das alterações estruturais passou a impedir a conclusão do RAG pelo gestor sem a apresentação prévia dos três Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior – RDQA, de forma sequencial, reforçando a integração entre os instrumentos e o acompanhamento pelos conselhos de saúde. Também ressaltou mudanças relacionadas às emendas parlamentares, motivadas pelas determinações do Supremo Tribunal Federal, especialmente no que se referia à vinculação desses recursos ao processo de planejamento. Informou que o recebimento de emendas passou a estar condicionado à regularidade dos instrumentos de planejamento e mencionou que alguns municípios haviam perdido a possibilidade de recebê-las por não estarem com esses instrumentos atualizados. Apresentou, ainda, resultados do monitoramento realizado pelo Departamento, informando que, naquele momento, menos de 60 dos 5.570 municípios brasileiros permaneciam com pendências relativas ao RAG de 2025, resultado que considerou inédito nos últimos dez anos. Acrescentou que estavam em desenvolvimento estudos sobre a qualidade dos instrumentos de planejamento e dos pareceres emitidos pelos conselhos de saúde, incluindo aqueles contrários à aprovação ou favoráveis com ressalvas, cujos resultados seriam posteriormente apresentados ao CNS. Em relação à proposta de alteração da Portaria de Consolidação nº 1/2017, explicou que o Ministério da Saúde havia retirado a matéria da pauta da Comissão Intergestores Tripartite – CIT para analisar as contribuições apresentadas pela COFIN/CNS. Informou que a maior parte das propostas havia sido acolhida, inclusive a previsão expressa da obrigação do gestor de garantir condições para o funcionamento do conselho de saúde, permanecendo como principal ponto de divergência o prazo para apreciação dos instrumentos. Relatou que a proposta inicial de 90 dias havia sido ampliada para 120 dias, prazo consensuado entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, mas ainda sem acordo com a COFIN quanto à possibilidade de prorrogação. Defendeu a manutenção dos 120 dias sem prorrogação, considerando o conjunto do ciclo de acompanhamento realizado pelos conselhos ao longo do ano e a necessidade de assegurar tempo para que os gestores adotassem eventuais ajustes apontados na análise do RAG. Como alternativa, propôs estabelecer um acompanhamento periódico da implementação da Portaria, em articulação com a COFIN/CNS, CONASS e CONASEMS, de modo a identificar dificuldades locais e mobilizar estruturas de apoio do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e de outros atores envolvidos, além de incorporar à formação dos conselheiros conteúdos voltados à qualificação da elaboração dos pareceres. Por fim, destacou o debate de agenda mais ampla de fortalecimento da estrutura dos conselhos municipais de saúde, reconhecendo fragilidades relacionadas a espaço físico, materiais e suporte técnico. Defendeu que, no âmbito do CNS, fossem estudadas alternativas para estruturar sedes e espaços adequados aos conselhos e ressaltou que a ausência dessas condições comprometia o funcionamento dos colegiados, a discussão das políticas públicas e a própria participação dos movimentos sociais. Propôs, assim, que o CNS, por meio da COFIN, acompanhasse a implementação da Portaria e

buscasse um alinhamento técnico-político que permitisse sua posterior pactuação na CIT. Na sequência, conselheiro **André Luiz de Oliveira,** coordenador adjunto da COFIN/CNS, explicou que a discussão sobre os prazos se referia especificamente ao RAG e aos Planos de Saúde, não alcançando os RDQA, que possuíam dinâmica própria e não dependiam de deliberação do Pleno, embora pudessem resultar em recomendações de medidas corretivas. Reafirmou a posição da COFIN/CNS pela manutenção do prazo ordinário de 120 dias, com possibilidade excepcional de prorrogação por mais 60 dias, quando necessária. Argumentou que a própria dinâmica de análise do RAG no CNS, que envolvia a COFIN e as demais comissões intersetoriais, demonstrava a dificuldade de conclusão da apreciação no prazo de 120 dias. Ressaltou que essa dificuldade poderia ser ainda maior nos estados e municípios, onde nem sempre os conselhos dispunham de suporte técnico suficiente. Defendeu, portanto, que a prorrogação excepcional possibilitasse estender a análise até setembro, sem comprometer, em sua avaliação, os prazos relacionados às emendas parlamentares. Chamou atenção, ainda, para relatos recebidos pela COFIN sobre a realização de aprovações *ad referendum* de Relatórios Anuais de Gestão, prática que considerou incompatível com o processo regular de deliberação dos conselhos de saúde. Alertou que a aprovação do RAG exclusivamente pela Presidência ou pela Mesa Diretora de um conselho não deveria ser utilizada como solução para o cumprimento dos prazos. Por fim, propôs que a Portaria estabelecesse expressamente a obrigação dos gestores de garantir "condições técnico-operacionais" aos conselhos de saúde, considerando-as indispensáveis para que os colegiados pudessem realizar adequadamente a análise e a deliberação sobre o RAG e os Planos de Saúde dentro dos prazos estabelecidos. Conselheiro **Mauri Bezerra dos Santos**, coordenador adjunto da COFIN/CNS, reconheceu os avanços obtidos no processo de negociação entre a COFIN/CNS e o Ministério da Saúde ao longo dos meses anteriores. Recordou que a proposta inicial previa apenas 90 dias para apreciação e não fazia referência às condições estruturais necessárias para que os conselhos municipais deliberassem sobre os Planos de Saúde e os Relatórios de Gestão. Avaliou, contudo, que ainda seria necessário avançar, especialmente quanto à possibilidade de prorrogação excepcional do prazo por mais 60 dias. Ao tratar das condições de funcionamento dos conselhos municipais, ressaltou as dificuldades verificadas nos diferentes territórios e ponderou que não seria adequado atribuir responsabilidades aos colegiados sem assegurar a correspondente responsabilidade dos gestores pela oferta de estrutura e suporte necessários. Considerou positiva a inclusão dessa obrigação na minuta e defendeu o aprofundamento posterior da matéria por meio de portaria ou outro instrumento normativo. Como exemplo concreto das dificuldades, relatou situação ocorrida no Conselho Municipal de Saúde de Paulista, em Pernambuco, em que, segundo informou, teria havido pressão para aprovação *ad referendum* diante do argumento de que o município poderia ser prejudicado no recebimento de emendas parlamentares. A partir do caso, alertou para a necessidade de avaliar não apenas o registro quantitativo dos instrumentos no sistema, mas também a qualidade e a regularidade do processo de análise e deliberação pelos conselhos de saúde. Solicitou, ainda, acesso à portaria mencionada pelo representante do Ministério da Saúde que condicionava o recebimento de emendas parlamentares à regularidade dos instrumentos de planejamento. Manifestou preocupação de que a medida pudesse resultar em pressão sobre os conselheiros para aprovação dos instrumentos, especialmente diante da dependência dos municípios em relação às emendas destinadas ao custeio. Alertou que, sem tempo e condições técnicas adequadas para análise, os próprios conselheiros poderiam acabar responsabilizados por eventual impedimento ao recebimento dos recursos. A Presidenta do CNS informou que a apresentação da Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa/MS, **Fátima Ali,** havia sido corrigida e disponibilizada no sistema e registrou que o assessor da COFIN/CNS não apresentaria considerações naquele momento. Em relação à manifestação do conselheiro Mauri Bezerra, afirmou também desconhecer a portaria mencionada sobre a vinculação entre emendas parlamentares e os instrumentos de planejamento e considerou fundamental que o CNS tivesse acesso ao seu conteúdo. Manifestou preocupação com os possíveis efeitos da normativa sobre as atribuições dos conselhos de saúde, avaliando que seu conhecimento poderia subsidiar futuros posicionamentos do CNS, inclusive para orientar os conselhos estaduais e municipais e, se necessário, questionar seu conteúdo. Ressaltou a necessidade de verificar a compatibilidade das responsabilidades atribuídas aos conselhos com as previsões da Lei Complementar nº 141/2012 e com as demais prerrogativas legais dessas instâncias. A Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa/MS, **Fátima Ali,** ao retomar a palavra, concentrou sua manifestação no principal ponto ainda sem consenso: o prazo para apreciação dos instrumentos pelos conselhos de saúde. Explicou que a proposta

revisava substancialmente os artigos 94 a 100 da Portaria de Consolidação nº 1/2017, incorporando expressamente as conferências de saúde como espaços de participação popular e de definição das diretrizes que deveriam orientar os Planos de Saúde. Ressaltou que essa previsão buscava evitar a substituição das conferências por audiências públicas, situação identificada em diferentes localidades. Detalhou que a proposta se estruturava em uma parte conceitual, relativa à governança e ao planejamento do SUS, e outra destinada aos instrumentos de planejamento. Explicou a articulação entre Plano de Saúde, RDQA, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão, destacando o papel do RDQA no monitoramento das metas e no acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde. Quanto aos prazos, recordou que a norma anterior não estabelecia período específico para apreciação pelos conselhos. Relatou que, durante a construção da nova proposta, foram considerados inicialmente 60 dias, posteriormente 90 dias e, após as discussões com a COFIN/CNS, 120 dias. Explicou que a nova solicitação da Comissão consistia em acrescentar a possibilidade de mais 60 dias de prorrogação, quando necessária, permanecendo esse aspecto como principal impasse. Em contrapartida, afirmou haver consenso quanto à inclusão do dever do gestor de garantir as condições necessárias ao funcionamento dos conselhos de saúde. Também explicou a relação entre os instrumentos de planejamento e as emendas parlamentares, informando que o DGMP passou a operar de forma integrada ao InvestSUS, no qual são registradas as propostas de utilização desses recursos. Ressaltou que as metas financiadas pelas emendas deveriam estar vinculadas às diretrizes da Programação Anual de Saúde e, consequentemente, submetidas à apreciação do conselho. Destacou que caberia ao controle social avaliar se a destinação proposta estava efetivamente relacionada às necessidades de saúde do território, inclusive diante de situações em que determinados recursos eram destinados à aquisição de equipamentos ou ações sem condições locais de execução. O diretor do DGIP/MS, **André Luís Bonifácio de Carvalho**, reconheceu os pontos de convergência alcançados durante a negociação: a existência de prazo para apreciação dos instrumentos, sua ampliação de 90 para 120 dias e a inclusão da obrigação de garantir condições de funcionamento aos conselhos de saúde. Em relação à prorrogação, observou que a formulação apresentada naquele momento pela COFIN introduzia um elemento novo ao prever que a extensão de até 60 dias ocorreria em caráter excepcional, diferentemente das propostas anteriormente debatidas. Diante dessa alteração, informou que não poderia assumir imediatamente um posicionamento institucional em nome do Ministério da Saúde e que seria necessário submeter a proposta à avaliação interna da pasta. Comprometeu-se, assim, a levar a nova formulação ao Secretário responsável e posteriormente encaminhar resposta formal ao Conselho, informando se o Ministério concordaria com a inclusão da excepcionalidade e com a correspondente alteração da Portaria. Dessa forma, solicitou que a discussão se focasse neste ponto, para sinalização. O assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, interveio para informar que localizara a Portaria nº 10.297, de 27 de fevereiro de 2026, e explicou que o dispositivo consultado estabelecia a necessidade de compatibilidade das propostas de emendas com os instrumentos de planejamento do SUS e governamentais, incluindo os respectivos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde. Ressaltou, contudo, que não havia identificado, no dispositivo analisado, exigência de deliberação do conselho de saúde para o recebimento das emendas. A Presidenta do CNS avaliou que a explicação reduzia parte das preocupações levantadas anteriormente e reiterou a intenção de buscar uma solução para o impasse relativo ao prazo de análise dos instrumentos de planejamento. Conselheiro **Carlos Alberto Eilert** relatou a situação do município de Chapada dos Guimarães, onde, segundo informou, não houve Conselho Municipal de Saúde regularmente constituído nos anos de 2024 e 2025, embora as contas municipais tivessem sido aprovadas pelo Tribunal de Contas do Estado. Informou ter apresentado denúncia ao Ministério Público de Mato Grosso e afirmou que o novo Conselho, instituído posteriormente por decreto municipal, ainda apresentava problemas de composição, especialmente quanto à representação dos usuários. Acrescentou que situações semelhantes alcançariam outros municípios do estado e questionou como poderiam ocorrer transferências de recursos e emendas parlamentares em contextos nos quais os conselhos de saúde não estivessem regularmente constituídos ou funcionando de forma adequada. Conselheira **Shirley Marshal Morales** reconheceu o trabalho desenvolvido pela COFIN/CNS e ressaltou o caráter deliberativo, e não meramente consultivo, dos conselhos de saúde, defendendo a autonomia dos conselheiros e conselheiras para apresentarem as questões que considerassem pertinentes ao debate. Manifestou preocupação com a utilização do termo “excepcionalidade” para a possibilidade de prorrogação do prazo por 60 dias e questionou quais critérios definiriam uma situação excepcional e a quem caberia essa definição. Também

ponderou que não havia identificado, na versão da portaria recebida, a incorporação de todas as contribuições anteriormente apresentadas pela COFIN/CNS. Destacou, ainda, a necessidade de que o planejamento considerasse as deliberações das conferências de saúde e chamou atenção para as fragilidades estruturais e de assessoramento técnico enfrentadas por muitos conselhos estaduais e municipais. Conselheiro **Anselmo Dantas** destacou a importância do alinhamento entre os instrumentos de planejamento do SUS e o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e a Lei Orçamentária Anual – LOA. Embora considerasse positiva essa previsão, observou que a proposta não explicitava como o Ministério da Saúde verificaria ou monitoraria sua observância, nem as consequências de eventual descumprimento. Diante disso, sugeriu a inclusão de mecanismo de análise de conformidade pelo Ministério da Saúde, de modo a fortalecer o acompanhamento do cumprimento das exigências relacionadas ao planejamento e ao funcionamento dos conselhos de saúde. Conselheira **Sueli Goi Barrios** manifestou concordância com a proposta de prazo defendida pela COFIN/CNS e enfatizou as dificuldades verificadas nos territórios quanto à capacidade dos conselheiros de analisar instrumentos complexos de planejamento e gestão. Ressaltou que muitos conselhos não dispunham de estrutura adequada nem de assessoramento técnico e avaliou que a revisão da portaria constituía oportunidade para explicitar a responsabilidade da gestão em assegurar condições para o funcionamento efetivo dessas instâncias. Propôs que fossem garantidas condições físicas, operacionais, técnicas e orçamentárias, incluindo espaços para reuniões, recursos para formação e apoio técnico especializado. Alertou que, sem essas condições, poderia ocorrer responsabilização indevida dos conselheiros e das conselheiras pelo eventual descumprimento dos prazos. Na sequência, conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** ponderou que a matéria apresentava diversas nuances e que as manifestações do Pleno haviam acrescentado questões relevantes ao debate. Em relação especificamente à proposta de prorrogação, observou que a caracterização dos 60 dias adicionais como medida de caráter excepcional constituía elemento novo em relação ao que havia sido anteriormente discutido. Por representar institucionalmente sua entidade, considerou necessário submeter a nova formulação à apreciação interna antes de assumir posicionamento, avaliando como precipitada tanto uma votação imediata quanto a transferência da decisão para manifestação posterior de apenas parte dos envolvidos. Diante das posições apresentadas, a Presidenta do CNS sistematizou as possibilidades de encaminhamento: ampliar o tempo para discussão, com repercussão sobre o cronograma de pactuação na CIT; aguardar nova manifestação dos gestores após consulta interna; ou submeter ao Pleno do CNS uma proposta de texto que expressasse a posição do controle social. Ressaltou, entretanto, que outras contribuições apresentadas durante o debate, especialmente aquelas referentes às condições estruturais e ao apoio aos conselhos, também precisariam ser consideradas. Conselheira **Shirley Marshal Morales** perguntou se havia acordo sobre o adiamento da definição para a próxima reunião do CNS, o que possibilitaria o aprofundamento do debate entre Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, com vista a consenso sobre a proposta o CNS. Em resposta aos questionamentos, a Coordenadora-Geral de Articulação Interfederativa/MS, **Fátima Ali,** explicou que a matéria não seria submetida à votação na CIT, mas à pactuação, o que pressupunha a construção prévia de consenso. Recordou que a proposta estava disponível para discussão desde fevereiro e reiterou que a revisão normativa buscava incorporar expressamente o papel dos conselhos e das conferências de saúde no planejamento do SUS. Confirmou o entendimento de que o gestor deveria garantir condições de funcionamento ao respectivo conselho de saúde e elucidou a evolução da discussão dos prazos: inicialmente 60 dias, posteriormente 90 e, após as contribuições do CNS, 120 dias, permanecendo em debate a possibilidade de acréscimo de mais 60 dias quando necessário. Conselheiro **André Luís de Oliveira** buscou construir uma alternativa de convergência, reafirmando que o prazo básico de 120 dias já estava consensuado e que a questão pendente se restringia à possibilidade de prorrogação por mais 60 dias, em caráter excepcional. Acrescentou à proposta a necessidade de assegurar aos conselhos condições técnico-operacionais e orçamentárias para o desempenho de suas atribuições. Considerou que, havendo possibilidade de renegociação e pactuação dessa formulação entre os gestores, seria possível evitar uma votação naquele momento. O diretor do DGIP/MS**, André Luís Bonifácio de Carvalho**, informou que a portaria já havia sido retirada anteriormente da pauta da CIT para possibilitar o diálogo com o CNS e que existia consenso tripartite sobre a versão encaminhada ao Conselho. Considerou, entretanto, que a introdução expressa do caráter excepcional da prorrogação constituía uma nova formulação, que precisaria ser apresentada aos dirigentes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

Propôs, assim, que não houvesse votação naquele momento e que a nova proposta fosse submetida aos dirigentes, com posterior resposta ao CNS, para manifestação. A Presidenta do CNS ponderou que, embora compreendesse a necessidade de consulta dos representantes aos respectivos dirigentes, o CNS também precisava preservar sua prerrogativa de apreciar uma matéria diretamente relacionada aos instrumentos de gestão e ao exercício do controle social. Avaliou que simplesmente aguardar uma decisão posterior dos gestores poderia significar deixar o Pleno sem manifestação formal sobre tema de grande relevância para o SUS. Diante do impasse, solicitou que os representantes do CONASS e do CONASEMS se manifestassem antes da definição do encaminhamento. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes,** representante do CONASS, reiterou que, embora pessoalmente considerasse possível a construção da solução proposta, sua manifestação deveria refletir a posição institucional da entidade que representava, razão pela qual necessitaria realizar consulta interna antes de se posicionar. Conselheiro **Rodrigo Faleiro de Lacerda**, representante do CONASEMS, por sua vez, explicou que deveria defender a posição já definida pela direção de sua entidade, embora reconhecesse que os dirigentes poderiam posteriormente revê-la. Ressaltou o entendimento de que seria importante ouvir o CNS sobre a portaria em questão, que interferia diretamente na participação dos conselhos e das conferências de saúde, mesmo não havendo a obrigatoriedade de submeter o tema ao Pleno. Indicou que eventuais sugestões aprovadas pelo Plenário do Conselho poderiam ser encaminhadas aos gestores para análise e resposta. Diante da dificuldade de construção de consenso, conselheiro **André Luís de Oliveira** reconheceu como avanço o fato de a proposta ter sido apresentada ao controle social antes de sua pactuação e ressaltou a necessidade de preservar o respeito institucional entre gestão e controle social, reconhecendo as atribuições próprias de cada instância. Como alternativa para superar o impasse, propôs que o posicionamento do CNS fosse formalizado por meio de uma recomendação, contemplando a garantia de apoio e condições técnico-operacionais e orçamentárias aos conselhos de saúde, bem como a possibilidade de prorrogação do prazo de 120 dias por até 60 dias, em caráter excepcional. A Presidência consultou o Pleno sobre a possibilidade de encerrar o debate mediante esse encaminhamento, ficando a COFIN/CNS responsável pela elaboração do documento, que retornaria ao Pleno ainda naquela reunião para leitura integral, apreciação e votação. A solução permitiria formalizar a posição do controle social sobre os prazos e as condições necessárias ao funcionamento dos conselhos, sem impedir a continuidade da tramitação da matéria na CIT. Conselheiro **Haroldo de Carvalho Pontes** registrou que precisaria se ausentar antes da apreciação da recomendação, em razão de compromisso previamente agendado. Ressaltou que sua ausência não deveria ser interpretada como tentativa de evitar a deliberação e declarou que, caso estivesse presente no momento da votação**, se absteria**. Feito esse registro, a Presidenta do CNS consultou o Pleno sobre a possibilidade de aprovar por consenso o encaminhamento proposto, que foi acolhido por aclamação. Dessa forma, ficou definido que a COFIN/CNS elaboraria a recomendação, contemplando as questões debatidas, para posterior retorno ao Pleno. Com isso, declarou encerrada a mesa do Item 9 e deu prosseguimento à pauta com o Item 10. **ITEM 10 – PANORAMA ATUAL DA SITUAÇÃO DAS HEPATITES VIRAIS NO BRASIL -** *Apresentação:* conselheira **Neide Barros**, representante do MSHV**; Jeová Pessin Fragoso,** Diretor Social e de Politicas do Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais - MBHV, *participação virtual;* **Marcelo Silva Silvério,** representante do Instituto Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos - ENFAR; e **Rodrigo de Macedo Couto,** Coordenador-Geral Substituto de Vigilância das Hepatites Virais - CGHV/DATHI/SVSA. *Coordenação:* conselheira **Priscila Torres da Silva**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheiro **Rodrigo César de Lacerda**, da Mesa Diretora do CNS. A mesa iniciou o item, com composição da mesa e apresentação dos participantes convidados para o debate. Salientou que a inclusão do tema na pauta havia sido solicitada pelo MBHV e dialogada com a Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde de Pessoas com Patologias - CIASPP e com a Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS/CNS. Conselheira **Neide Barros**, representante do MBHV, agradeceu a inclusão da pauta solicitada pelo Movimento e ressaltou que a atuação do MBHV estava orientada pela defesa da vida, do diagnóstico e do direito constitucional à saúde. Destacou que as hepatites virais permaneciam como importante problema de saúde pública, apesar dos avanços científicos e tecnológicos disponíveis, entre eles medidas de prevenção, vacinas para alguns tipos de hepatite, recursos diagnósticos e tratamentos eficazes, incluindo a possibilidade de cura da hepatite C. Salientou, entretanto, que esses avanços ainda não alcançavam todas as pessoas. Nesse sentido, apontou como desafios prioritários identificar as pessoas que viviam com hepatites virais sem conhecer seu diagnóstico, ampliar o acesso à

testagem, enfrentar as desigualdades regionais, reduzir o estigma e assegurar que ninguém fosse deixado para trás. Informou que o MBHV reunia 28 entidades associadas, com atuação em todo o território nacional, e reafirmou o compromisso do movimento com a defesa do SUS, da participação social, dos direitos humanos e de políticas públicas fundamentadas em evidências científicas. Defendeu o fortalecimento da vigilância em saúde, da Atenção Primária à Saúde, das ações de prevenção e vacinação, das estratégias de redução de danos e da assistência integral às pessoas que viviam com hepatites virais. Ressaltou, ainda, a necessidade de financiamento adequado, garantia do acesso contínuo aos medicamentos e desenvolvimento de estratégias direcionadas às populações em maior situação de vulnerabilidade. Ao concluir, reforçou a importância de manter o compromisso brasileiro com as metas de eliminação das hepatites virais até 2030, ressaltando que seu alcance dependeria da atuação conjunta entre governo, controle social, comunidade científica, profissionais de saúde e movimentos sociais. Destacou o papel estratégico do CNS na defesa do SUS e na formulação de políticas orientadas pelos princípios da equidade, universalidade e integralidade. Reafirmou a disposição do MBHV para continuar contribuindo de maneira propositiva e vigilante e assinalou que a eliminação das hepatites virais deveria ser compreendida não apenas como uma meta sanitária, mas como compromisso ético com a população brasileira e com a garantia do acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. Conselheiro **João Alves do Nascimento Junior**, Coordenador-Adjunto da CIVS/CNS, iniciou sua manifestação destacando a satisfação da Comissão com a realização do debate sobre o panorama das hepatites virais. Ressaltou que a inclusão da temática na pauta reafirmava o compromisso da CIVS/CNS em promover, no âmbito do CNS, a discussão de temas estratégicos para o fortalecimento da vigilância em saúde e o enfrentamento dos principais desafios sanitários do país. Salientou que as hepatites virais permaneciam como importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sobretudo por seu caráter frequentemente silencioso, podendo evoluir durante anos sem manifestação de sintomas e resultar em complicações graves, como cirrose, insuficiência hepática e câncer de fígado. Diante desse cenário, defendeu uma atuação de vigilância ativa, integrada e permanente. Ao abordar a resposta brasileira às hepatites virais, destacou a trajetória reconhecida do país e a capacidade de resposta do SUS, que disponibilizava vacinação contra as hepatites A e B, testes rápidos, diagnóstico laboratorial, tratamento gratuito para as hepatites B e C e estratégias de prevenção direcionadas às populações mais vulnerabilizadas. Avaliou que esses avanços demonstravam a capacidade do SUS de enfrentar grandes desafios sanitários quando sustentado por políticas públicas baseadas em evidências. Apesar dos avanços, chamou atenção para a persistência de desigualdades no acesso ao diagnóstico oportuno, ao tratamento e ao acompanhamento, bem como para a existência de milhares de pessoas que viviam com hepatites virais sem conhecimento do diagnóstico. Nesse sentido, apontou a necessidade de fortalecer a vigilância epidemiológica, ampliar a testagem, promover a integração das redes de atenção à saúde e desenvolver ações permanentes de educação em saúde. Nesse contexto, ressaltou o papel estratégico da Política Nacional de Vigilância em Saúde – PNVS, enfatizando que a vigilância não deveria se restringir à produção de indicadores, mas transformar as informações produzidas em ações capazes de orientar as políticas públicas, reduzir iniquidades e proteger a saúde da população. Por fim, João Alves afirmou que discutir as hepatites virais no âmbito do CNS também significava reafirmar os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Destacou o papel do controle social no acompanhamento, na proposição e no fortalecimento de políticas que assegurassem a todas as pessoas acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, sem qualquer forma de discriminação. Em nome da CIVS/CNS, agradeceu a participação dos expositores, conselheiros e demais presentes e manifestou a expectativa de que o debate produzisse contribuições para o aprimoramento das políticas de enfrentamento às hepatites virais. O primeiro expositor foi o Coordenador-Geral Substituto/CGHV/DATHI/SVSA/MS, **Rodrigo de Macedo Couto**, que iniciou a exposição justificando a ausência da titular da Coordenação e informou que apresentaria o panorama epidemiológico das hepatites virais no Brasil, associado às principais ações desenvolvidas pelo Programa Nacional das Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Contextualizou inicialmente os cinco tipos de hepatites virais – A, B, C, D e E – e suas diferenças quanto à evolução clínica. Explicou que as hepatites A e E apresentavam, em geral, curso agudo, enquanto as hepatites B e C poderiam evoluir para formas crônicas. Destacou entre as tecnologias disponibilizadas pelo SUS as vacinas contra as hepatites A e B e o tratamento para a hepatite C, capaz de promover a cura da infecção. Ressaltou que, diante da existência dessas tecnologias, um dos principais desafios consistia em assegurar seu acesso efetivo à população. Mencionou o Dia

Mundial de Luta contra as Hepatites Virais, celebrado em 28 de julho, e a campanha Julho Amarelo**,** destinada à conscientização e ao enfrentamento das hepatites virais. Na perspectiva internacional, situou o enfrentamento dessas doenças entre os compromissos assumidos no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS e das estratégias da Organização Mundial da Saúde – OMS para eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública até 2030. Explicou que a OMS estabeleceu metas programáticas e de impacto e produzia relatórios periódicos que permitiam aos países acompanhar os avanços alcançados. No contexto brasileiro, informou que o Programa Nacional das Hepatites Virais possuía 24 anos de atuação e destacou a aquisição centralizada, pelo Ministério da Saúde, de vacinas, medicamentos e insumos diagnósticos. Apresentou também os sistemas de informação utilizados para o acompanhamento da situação epidemiológica e assistencial, entre eles o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, sistemas relacionados à dispensação de medicamentos, mortalidade e imunização. Ressaltou, ainda, a elaboração de documentos técnicos destinados a orientar estados e municípios, como o Guia de Eliminação das Hepatites Virais e o Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical, que estabelecia parâmetros para reconhecimento dos entes que avançassem no cumprimento das metas estabelecidas. Ao detalhar as metas para eliminação das hepatites virais como problema de saúde pública, explicou que elas se dividiam em metas de impacto, relacionadas principalmente à redução da incidência e da mortalidade, e metas programáticas, vinculadas às estratégias necessárias para alcançar esses resultados. Nesse segundo grupo, destacou a ampliação do diagnóstico, com a meta de diagnosticar mais de 90% das pessoas infectadas, a oferta do tratamento e as ações preventivas, inclusive aquelas voltadas à prevenção da transmissão vertical da hepatite B. Ressaltou também a implantação das linhas de cuidado das hepatites virais, compreendidas como instrumento de organização da Rede de Atenção à Saúde para garantir diagnóstico, prevenção e tratamento, sob responsabilidade compartilhada das três esferas de gestão e com participação da sociedade civil. Associou essa estratégia à necessidade de qualificação permanente dos profissionais de saúde e à atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, diante da incorporação de novas tecnologias e medicamentos ao SUS. Na apresentação do cenário epidemiológico, explicou que os registros provenientes da demanda dos serviços de saúde não permitiam conhecer diretamente a prevalência real das hepatites virais, uma vez que parcela das pessoas infectadas não procurava os serviços ou desconhecia sua condição. Por essa razão, eram utilizadas modelagens matemáticas para estimar a magnitude das infecções. No caso da hepatite B, informou que a modelagem realizada em 2018 indicava que apenas cerca de 30% dos casos estimados eram conhecidos, evidenciando importante lacuna diagnóstica. Ao apresentar a série histórica da hepatite B, assinalou o impacto da pandemia de Covid-19 sobre as notificações, com redução expressiva em 2020 e manutenção, nos anos subsequentes, de níveis de detecção ainda inferiores aos observados no período pré-pandêmico. Informou que, em 2024, foram diagnosticados aproximadamente 11 mil casos novos de hepatite B e registrados 317 óbitos. Acrescentou que os dados de 2025 ainda seriam consolidados e publicados em boletim epidemiológico. Quanto à distribuição territorial, apontou heterogeneidade entre as unidades da Federação, destacando a Região Norte, Mato Grosso e a Região Sul entre as áreas de maior ocorrência. Em seguida, apresentou a cascata de cuidado da hepatite B, ferramenta que permitia aos estados e municípios acompanhar indicadores relacionados à detecção, vinculação aos serviços e tratamento. Os dados de 2025 demonstraram importantes lacunas assistenciais: 64% das pessoas com infecção crônica ainda não estavam vinculadas a serviços de saúde; 63% das pessoas elegíveis não recebiam tratamento; e foi identificado percentual de 32% de interrupção do tratamento. Lembrou que o tratamento da hepatite B era contínuo, o que tornava fundamental assegurar a vinculação permanente das pessoas aos serviços e o acesso regular aos medicamentos. Ressaltou que, embora a ocorrência da doença variasse territorialmente, as lacunas assistenciais estavam presentes em todas as regiões do país. Sobre a hepatite C, avaliou que a evolução dos indicadores nos últimos dez anos apresentava resultados relativamente mais favoráveis, embora também tivesse sido significativamente afetada pela pandemia. Explicou que a elevação da taxa de detecção observada entre 2014 e 2015 estava relacionada à mudança na definição de caso para fins de notificação. Informou que foram registrados aproximadamente 19 mil casos e 752 óbitos em relação à hepatite C e destacou que a cascata de cuidado também demonstrava lacunas no diagnóstico confirmatório e no início do tratamento. Segundo os dados apresentados, 25% das pessoas virêmicas não haviam iniciado tratamento em 2025. Acrescentou que essas dificuldades estavam presentes em todas as regiões, com destaque

para a Região Sul pela maior concentração de casos de hepatite C. Na abordagem da hepatite A, explicou que seu comportamento epidemiológico diferia das hepatites B e C por apresentar predominantemente quadro agudo e estar mais relacionado à ocorrência de surtos. Citou situações de comprometimento do saneamento e do acesso à água potável, como aquelas decorrentes de enchentes, entre os fatores capazes de favorecer surtos. Acrescentou que os casos haviam aumentado nos últimos anos e relacionou parte desse crescimento à transmissão associada a práticas sexuais, especialmente entre homens que fazem sexo com homens. Quanto à hepatite D, destacou sua concentração praticamente restrita à Região Norte do país. Explicou que o vírus da hepatite D dependia da presença do vírus da hepatite B para sua replicação e, portanto, as medidas de prevenção dirigidas à hepatite B, particularmente a vacinação, também contribuíam indiretamente para a prevenção da hepatite D. Ao concluir, retomou como desafio central a existência de lacunas no acesso ao diagnóstico, à vinculação aos serviços e ao tratamento, apesar da disponibilidade de tecnologias no SUS. Defendeu o fortalecimento da vigilância, dos protocolos e das linhas de cuidado, bem como da assistência farmacêutica, de forma a garantir o acesso regular aos medicamentos e demais tecnologias necessárias ao cuidado das pessoas com hepatites virais. Por fim, ressaltou que as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no enfrentamento às hepatites virais eram articuladas com a sociedade civil e orientadas pela perspectiva dos direitos humanos, mencionando a participação social em comissões e comitês técnicos relacionados à prevenção e às hepatites virais. Reafirmou a importância dessa interlocução para o desenvolvimento das políticas e colocou a Coordenação-Geral à disposição do CNS para o diálogo e esclarecimento das questões apresentadas pelo Plenário. Na sequência, expôs o Diretor Social e de Políticas do MBHV, **Jeová Pessin Fragoso**, com participação virtual, iniciou sua exposição destacando que as hepatites virais permaneciam como questão relevante de saúde pública, após mais de duas décadas de enfrentamento de doenças que provocaram expressivo número de mortes e comprometimento da qualidade de vida de milhares de pessoas no Brasil e no mundo. Recordou que a hepatite C havia sido identificada apenas em 1989 e contextualizou a implantação do Programa Nacional de Hepatites Virais no início dos anos 2000 e sua posterior integração à estrutura responsável pelas políticas de HIV/Aids e outras infecções transmissíveis. Avaliou que os avanços ocorreram gradativamente, diante das limitações técnico-científicas e terapêuticas existentes nas primeiras décadas. Recordou que, naquele período, não havia medicamentos suficientemente eficazes e seguros e que a resposta às hepatites era marcada também pela subnotificação, inclusive em razão das dificuldades de acesso aos exames complementares necessários à confirmação diagnóstica e ao encerramento das notificações. Ao relatar sua própria experiência como pessoa diagnosticada com hepatite C no final da década de 1990, ressaltou as dificuldades então existentes para acessar informação, diagnóstico e tratamento, contrapondo aquele cenário à situação atual, que considerou significativamente mais favorável. Diferenciou aspectos das hepatites B e C, destacando que a hepatite B dispunha de vacina e tratamento contínuo, mas não de cura, enquanto a hepatite C não possuía vacina, porém contava, desde meados da década passada, com tratamentos capazes de alcançar taxas de cura superiores a 95%. Ponderou que, apesar desses avanços, permanecia complexo alcançar a meta de eliminação das hepatites virais até 2030 estabelecida pela OMS. Nesse contexto, ressaltou o papel estratégico do CNS no apoio às ações implementadas pelo Ministério da Saúde e na superação dos obstáculos ainda existentes. Destacou a relevância da prevenção da transmissão vertical e das estratégias de microeliminação e afirmou que o Brasil ocupava posição de protagonismo internacional no enfrentamento às hepatites virais. Contudo, chamou atenção para um desafio que considerou ainda insuficientemente enfrentado: o cuidado das pessoas que, mesmo após o tratamento da hepatite, permaneciam com cirrose hepática e risco de evolução para complicações graves, inclusive câncer de fígado. Defendeu, nesse sentido, a implantação de uma linha de cuidado específica para a cirrose hepática, estruturada desde a Atenção Primária à Saúde. Ao recuperar a trajetória das políticas de enfrentamento às hepatites, reconheceu o trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde e a participação histórica da sociedade civil, da qual destacou o MBHV. Mencionou como avanço emblemático a alteração da forma de dispensação dos medicamentos para hepatites, com a migração do componente especializado para o estratégico, medida que simplificou o acesso e reduziu barreiras burocráticas para os usuários. Ressaltou que os avanços alcançados decorreram também da construção conjunta entre poder público e sociedade civil. Traçou uma linha histórica do enfrentamento às hepatites virais, explicando inicialmente que, entre 2000 e 2024, haviam sido notificadas aproximadamente 826 mil pessoas, mas a magnitude real seria superior em razão da subnotificação. Recordou que a

triagem para hepatite C nos bancos de sangue somente passou a ser realizada em 1993, de modo que, anteriormente, havia risco de transmissão por transfusões e utilização de hemoderivados. Destacou, ainda, a elevada endemicidade histórica da hepatite B, particularmente na Região Norte, e a relevância da hepatite C nas regiões Sul e Sudeste. Ao descrever as dificuldades enfrentadas no passado, explicou que a vacinação contra hepatite B era inicialmente limitada por faixa etária, enquanto a hepatite C enfrentava importantes barreiras diagnósticas, incluindo ausência de testagem nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA, pouca realização de campanhas continuadas e dificuldades de acesso a exames confirmatórios e de biologia molecular. Acrescentou que, após a confirmação diagnóstica, muitos pacientes ainda precisavam realizar biópsia hepática, procedimento invasivo e sujeito a longas filas de espera, que em determinadas localidades podiam ultrapassar um ano. Essas barreiras provocavam interrupções no percurso assistencial e retardavam o início do tratamento. Na sequência, abordou a evolução do tratamento da hepatite C. Recordou o período em que eram utilizados interferon e ribavirina, tratamentos prolongados, com importantes reações adversas e baixa efetividade. Caracterizou o período entre 2000 e 2015 como particularmente difícil para as pessoas em tratamento, em razão da duração de 48 a 72 semanas, da toxicidade, da perda significativa de qualidade de vida e das frequentes interrupções terapêuticas. Ressaltou que a posterior introdução dos antivirais de ação direta representou uma mudança decisiva no enfrentamento da hepatite C, ampliando substancialmente as possibilidades de cura. Apesar dos avanços, enfatizou a existência de uma lacuna na linha de cuidado. Explicou que a eliminação do vírus da hepatite C não significava necessariamente alta clínica, pois pessoas que já apresentavam cirrose continuavam expostas ao risco de descompensação e de complicações graves, como encefalopatia hepática, ascite, hemorragia digestiva e comprometimento renal. Defendeu, portanto, acompanhamento permanente e adequado mesmo após a cura virológica. Citou a revolução dos DAAs, explicando que representou uma vitória para a saúde pública, pois a qualidade de vida do paciente é finalmente mantida durante o tratamento. Sinalizou que a assistência à hepatite C é bastante eficaz, apesar da necessidade de melhoria na notificação. Apesar desse cenário positivo, destacou que existe o desafio sobre a implementação da linha de cuidado com a forma evolutiva. Para ilustrar essa situação, compartilhou sua própria trajetória: informou que recebeu o diagnóstico já em estágio avançado de cirrose, submeteu-se a diferentes tratamentos sem resposta satisfatória e, posteriormente, apresentou descompensação hepática, evoluindo para a necessidade de transplante de fígado. A partir dessa experiência, chamou atenção para o vazio assistencial no acompanhamento da cirrose, que, segundo avaliou, contrastava com os importantes avanços alcançados pelo Programa Nacional de Hepatites Virais. Nesse sentido, alertou para a elevada mortalidade associada à cirrose hepática e afirmou que parte dos eventos graves poderia ser controlada mediante resposta assistencial rápida e especializada. Fez um apelo ao CNS para contribuir com a retomada e o avanço de uma proposta de protocolo de atenção à cirrose hepática, elaborada a partir de iniciativa da Sociedade Brasileira de Hepatologia e que, segundo informou, permanecia sem conclusão na estrutura do Ministério da Saúde. Defendeu que sua implementação poderia contribuir para reduzir a mortalidade e organizar adequadamente o percurso assistencial dessas pessoas. Ao detalhar a linha de cuidado proposta, ressaltou a necessidade de organização desde a Atenção Primária à Saúde, com qualificação dos profissionais e definição de fluxos para encaminhamento oportuno ao especialista. Observou que, na ausência de protocolos estruturados, pacientes com cirrose descompensada podiam ser estabilizados nos serviços de urgência e retornar ao território sem conseguir acesso oportuno ao hepatologista, permanecendo expostos a novas descompensações e agravamentos. Acrescentou que o acompanhamento não deveria se restringir ao rastreamento periódico do câncer hepático já previsto nos protocolos relacionados às hepatites. Defendeu uma abordagem integral, que contemplasse suporte físico e de saúde mental, avaliação nutricional, acompanhamento psicológico, prevenção da sarcopenia e manejo das manifestações decorrentes da cirrose, considerando insuficiente limitar o cuidado ao controle da infecção viral. Por fim, reconheceu novamente os esforços desenvolvidos pelo Ministério da Saúde para alcançar a eliminação das hepatites virais até 2030, mas enfatizou que eliminar o vírus não seria suficiente se a pessoa curada permanecesse sem acompanhamento para as sequelas e complicações hepáticas já instaladas. Reforçou, assim, o pedido de apoio do Conselho para a construção de uma linha integral de cuidado para a cirrose hepática, abrangendo não apenas pessoas acometidas por hepatites virais, mas todos os usuários que necessitassem desse acompanhamento. Na sequência, o representante da ENFAR, **Marcelo**

Silva Silvério, iniciou sua exposição agradecendo a oportunidade de participar do debate no CNS e ressaltou que sua apresentação complementaria as exposições anteriores sobre o panorama das hepatites virais. Contextualizou o tema no âmbito do Julho Amarelo, mês de conscientização e enfrentamento às hepatites virais, e destacou a magnitude dessas doenças como problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Ao apresentar o cenário epidemiológico, concentrou-se especialmente nas hepatites B e C, em razão de seu potencial de cronificação. Informou que mais de 300 milhões de pessoas viviam com essas infecções no mundo e apresentou estimativas que apontavam, no Brasil, mais de 1 milhão de pessoas infectadas, considerando aproximadamente 1 milhão com hepatite B e mais de 500 mil com hepatite C. Alertou, ainda, para projeções segundo as quais a mortalidade global por hepatites poderia superar a de outras doenças de grande relevância epidemiológica, como tuberculose, HIV e malária. Ressaltou que um dos principais desafios para o enfrentamento das hepatites B e C decorria do caráter silencioso dessas infecções, uma vez que muitas pessoas permaneciam assintomáticas durante longo período e somente chegavam aos serviços de saúde quando já apresentavam complicações importantes. Acrescentou que a ocorrência e o cuidado das hepatites estavam diretamente relacionados aos determinantes sociais da saúde, destacando fatores como saneamento, acesso à informação e às medidas preventivas e barreiras de acesso aos serviços. Dessa forma, ponderou que o problema não poderia ser abordado exclusivamente sob uma perspectiva biológica. Defendeu, nesse contexto, o enfrentamento das desigualdades estruturais, das barreiras de acesso e da discriminação institucional que atingiam especialmente as populações em maior situação de vulnerabilidade. Considerou fundamental ampliar a capacidade do sistema de identificar as pessoas infectadas, assegurar o diagnóstico e promover sua vinculação ao acompanhamento e ao tratamento. Na sequência, destacou a Atenção Primária à Saúde – APS como ordenadora do cuidado e da Rede de Atenção à Saúde, ponderando que os serviços especializados, isoladamente, não teriam capacidade para responder à magnitude da demanda. Ressaltou o potencial da APS para desenvolver ações de prevenção, educação em saúde, vacinação contra as hepatites A e B e identificação das pessoas nos territórios. Defendeu, ainda, a organização do cuidado de forma multiprofissional, mobilizando os diferentes trabalhadores do SUS para o alcance das metas de redução das hepatites virais. Ao abordar o percurso assistencial, afirmou que o enfrentamento efetivo das hepatites dependia de diagnóstico oportuno e de um itinerário terapêutico claramente definido. Destacou a importância da implementação das linhas de cuidado e da ampliação da testagem na Atenção Primária, lembrando que a política vigente recomendava e financiava a realização de testes rápidos nas oportunidades de contato dos usuários com os serviços. Salientou que a ampliação da testagem permitiria identificar precocemente pessoas infectadas antes do aparecimento de manifestações clínicas mais graves. Para tanto, defendeu a garantia de financiamento e disponibilidade dos testes nos serviços, associada à educação permanente dos profissionais de saúde. Explicou que a rede deveria possuir porta de entrada definida, mecanismos efetivos de referência e contrarreferência, fluxos diagnósticos e terapêuticos organizados e nitidez quanto aos locais onde cada etapa do cuidado seria realizada. Ressaltou, igualmente, a necessidade de acompanhamento das pessoas após o tratamento, particularmente daquelas curadas da hepatite C, mas que permanecessem com consequências da doença, e das pessoas com hepatite B, que necessitavam de acompanhamento contínuo para controle da evolução da infecção. Com apoio de infográfico, detalhou o itinerário do usuário na rede, ressaltando que a testagem deveria ocorrer nas diferentes oportunidades de contato com o sistema, inclusive entre gestantes, pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e pessoas que faziam uso de drogas, observadas as recomendações de periodicidade. Explicou que a triagem por teste rápido deveria estar disponível na Atenção Primária e que, diante de resultado reagente, deveria ser garantida a confirmação diagnóstica por teste de carga viral. Para isso, destacou a necessidade de cada território estabelecer nitidamente os fluxos de coleta e encaminhamento das amostras e apresentou a distribuição de equipamentos destinados à realização desses exames no país. Também ressaltou a importância da utilização da cascata de cuidado como instrumento de gestão e acompanhamento, permitindo identificar as diferenças entre o número de pessoas diagnosticadas e aquelas efetivamente inseridas em tratamento e acompanhamento, bem como investigar as razões dessas lacunas. Reiterou que as ações preventivas poderiam ser amplamente desenvolvidas na Atenção Primária e defendeu seu fortalecimento mediante financiamento adequado, trabalhadores da saúde, estrutura material e educação permanente. Enfatizou, ainda, que o alcance das metas nacionais dependia da articulação entre macroplanejamento e microplanejamento nos territórios. Defendeu a

capacitação dos trabalhadores para realização do diagnóstico situacional, identificação dos nós críticos de cada território, elaboração de planos de ação e organização local do cuidado. Avaliou que políticas nacionais abrangentes somente produziriam os resultados esperados se os profissionais que atuavam diretamente nos serviços estivessem preparados para compreender as particularidades epidemiológicas e assistenciais de seus territórios e transformá-las em ações concretas. Ao concluir, afirmou que a eliminação das hepatites virais era tecnicamente alcançável, considerando a disponibilidade de vacinas contra as hepatites A e B e de tratamento eficaz para a hepatite C. Ponderou, contudo, que o alcance das metas dependia da capacidade de instrumentalizar a rede, qualificar o sistema de saúde e, sobretudo, capacitar e valorizar os trabalhadores do SUS. Finalizou reconhecendo a importância da participação dos trabalhadores, usuários, entidades e movimentos que integravam as comissões intersetoriais e o CNS para o fortalecimento das políticas públicas e a transformação da realidade sanitária brasileira. Concluídas as exposições, a coordenação abriu a palavra para manifestações. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bica** destacou a relevância das apresentações e reconheceu o trabalho desenvolvido pelos representantes do movimento social e pelos demais envolvidos na pauta das hepatites virais. Ressaltou a importância da doação de órgãos e relacionou o tema à atuação dos profissionais e movimentos na sensibilização da sociedade. Ao abordar a micropolítica nos territórios, defendeu o envolvimento da população nas causas de interesse coletivo, independentemente da experiência pessoal ou familiar com determinada enfermidade, e enfatizou o exercício da cidadania por meio da participação, da disseminação de informações e do compartilhamento de conhecimentos. Conselheira **Shirley Marshal Morales** manifestou satisfação com a realização da mesa e recordou sua experiência, desde 2005, no Programa Nacional de Hepatites Virais, especialmente nas atividades de vigilância epidemiológica e de formação de profissionais da Atenção Primária à Saúde para interpretação dos marcadores sorológicos. Destacou que o diagnóstico precoce foi fundamental para reduzir o agravamento da doença, o sofrimento das pessoas e a necessidade de transplantes. Defendeu o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, a formação dos profissionais, a valorização da imunização e a garantia do acesso oportuno à vacina contra a hepatite B, inclusive nas maternidades. Ressaltou, ainda, a necessidade de ampliar o financiamento destinado à vigilância em saúde e à atenção primária, bem como investir na qualificação dos trabalhadores para que o país avance na perspectiva de eliminação das hepatites virais. Por fim, valorizou a atuação do controle e da participação social na melhoria das condições de vida das pessoas afetadas. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** ressaltou a necessidade de assegurar a integralidade do tratamento das pessoas com hepatites virais e recuperou o histórico das discussões sobre o acesso ao tratamento, lembrando que, inicialmente, os custos elevados impunham restrições à universalização da assistência. Destacou os avanços alcançados ao longo dos anos, inclusive tecnológicos, mas ponderou que o cuidado não deveria se limitar ao enfrentamento do vírus, devendo contemplar as consequências do adoecimento, entre elas a cirrose e outras comorbidades. Nesse sentido, reforçou os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade no acesso ao cuidado. Concluídas as falas, a mesa abriu para as pessoas convidadas. O Diretor Social e de Politicas do MBHV, **Jeová Pessin Fragoso,** agradeceu as contribuições apresentadas e reiterou a solicitação para que o CNS contribuísse, por meio de recomendação, para a retomada do diálogo referente ao protocolo relacionado à atenção às pessoas com cirrose hepática. Defendeu a participação de sociedades científicas nesse processo e ressaltou que a medida poderia contribuir para superar um importante gargalo assistencial e salvaguardar a vida das pessoas acometidas pela cirrose, inclusive em decorrência das hepatites virais. O representante do ENFAR, **Marcelo Silva Silvério,** reforçou a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da qualificação de seus trabalhadores, de modo que dispusessem das informações necessárias para ofertar adequadamente os recursos disponíveis no SUS. Destacou a realização de testes rápidos, as ações de educação em saúde e prevenção, a vacinação e a organização do itinerário assistencial das pessoas com resultado reagente, incluindo acesso aos exames de confirmação diagnóstica, aos serviços especializados e posterior acompanhamento pela Atenção Primária. Defendeu, nesse sentido, a estruturação de linhas de cuidado adequadas às características de cada território e ressaltou o papel do CNS na indução de políticas públicas capazes de organizar os itinerários de diagnóstico, tratamento e acompanhamento, ampliar a identificação e o tratamento dos casos e contribuir para reduzir novas ocorrências. Conselheiro **João Alves do Nascimento**, coordenação da CIVS/CNS, agradeceu as contribuições dos expositores e manifestou a expectativa de que o debate constituísse um marco para ampliar a

apropriação, pela vigilância em saúde e pelo controle social, das políticas relacionadas às hepatites virais. Destacou especialmente a necessidade de enfrentar as iniquidades, considerando o contingente de pessoas que desconheciam sua condição e as dificuldades de acesso ao tratamento adequado, e ressaltou a importância da Política Nacional de Vigilância em Saúde nesse processo. O Coordenador-Geral/CGHV/DATHI/SVSA/MS, **Rodrigo de Macedo Couto**, ressaltou a importância da articulação com a sociedade civil, sobretudo pela capacidade dos movimentos sociais de alcançar e estabelecer comunicação com populações em situação de vulnerabilidade. Em relação ao protocolo mencionado durante o debate, explicou que a matéria relacionada à evolução para cirrose não estava sob responsabilidade da CGHV/MS, mas da área de Atenção Especializada, e informou que a Coordenação poderia estabelecer contato e contribuir para a retomada do processo. Quanto às questões relativas à vigilância em saúde, à atenção primária e à vacinação, informou que já estavam em desenvolvimento ações nessa direção e destacou a realização de oficinas para construção das linhas de cuidado junto às unidades da Federação, em processo coletivo envolvendo as gestões federal, estaduais e municipais e a sociedade civil. Ao final, colocou a área à disposição para os encaminhamentos decorrentes do debate. Conselheira **Neide Barros**, representante do MSHV, agradeceu à Mesa Diretora e ao Pleno do Conselho pela realização do debate e ressaltou a importância de dar maior visibilidade, no âmbito do Conselho, à realidade das hepatites virais. Reforçou a solicitação de elaboração de recomendação do CNS para promover o diálogo em torno do protocolo relacionado à atenção às pessoas com cirrose, com participação da sociedade científica, e defendeu a continuidade dessa discussão em outros espaços do Conselho. **A seguir, a mesa procedeu à leitura dos encaminhamentos que surgiram do debate: solicitar ao Ministério da Saúde: 1) que haja diálogo sobre o protocolo 250000.208620/2019-34, que traz a proposta da implementação da Linha de Cuidado completa para a prevenção, diagnóstico e tratamento da cirrose e suas complicações no SUS, com convite ao controle social e as sociedades científicas; 2) que haja maior investimento em formação dos trabalhadores para a prevenção e controle das hepatites e demais ISTs; 3) que implemente a integralidade do tratamento das hepatites; e 4) que fortaleça as ações de vigilância em saúde e da atenção primária à saúde. Deliberação: as propostas foram aprovadas, por aclamação.** Após agradecer a participação das pessoas convidadas, a mesa encerrou este ponto de pauta. Antes de proceder ao último item da reunião, foi aberto espaço para relato sobre as articulações realizadas ao longo do dia em defesa das prerrogativas do Conselho Nacional de Saúde e do pleno exercício da representação de seus conselheiros. Conselheira **Rosaura de Oliveira Rodrigues** informou que representantes do CNS haviam se reunido, naquela tarde, com o Ministro da Saúde, que demonstrou disposição para contribuir com a resolução da situação e reconheceu a prerrogativa do Conselho de exercer sua autonomia e assegurar a atuação de suas representações, em conformidade com a legislação. Mencionou, nesse contexto, a moção apresentada pelo FENTAS, que havia reunido fundamentos legais relacionados aos direitos dos conselheiros no exercício de sua representação. Ressaltou que as pessoas conselheiras deveriam ter asseguradas as condições necessárias ao exercício de suas funções, sem constrangimentos ou assédio, e informou que estavam sendo realizadas articulações institucionais, inclusive com o Ministro da Saúde e outros interlocutores governamentais, com o objetivo de superar o impasse. Alertou que a situação ultrapassava o caso concreto, uma vez que poderia estabelecer precedente prejudicial à autonomia e à atuação dos conselhos de saúde nas esferas nacional, estadual e municipal. Defendeu, assim, a preservação do direito à representação plena como condição indispensável ao exercício do controle social e à presença do CNS nos diferentes espaços de participação e formulação das políticas públicas. Como encaminhamento das articulações realizadas naquele dia, propôs a realização de uma Reunião Extraordinária do Pleno do CNS, em São Paulo, com pauta específica sobre a situação, após a Reunião Ordinária prevista para agosto. Argumentou que a realização da atividade no local onde ocorria o problema fortaleceria a atuação institucional do Conselho e conferiria maior visibilidade à defesa das prerrogativas do controle social. Sugeriu que a reunião fosse realizada em um único dia e em prazo próximo à reunião ordinária, de modo a assegurar celeridade ao encaminhamento. A Presidenta do CNS agradeceu a iniciativa e o empenho das pessoas envolvidas nas articulações, avaliando que as medidas concretas adotadas conferiam maior consistência ao enfrentamento da situação, para além das manifestações e notas já produzidas. Por estar diretamente envolvida no caso, ponderou sobre a necessidade de cautela na condução do encaminhamento e de observância dos procedimentos institucionais, a fim de evitar que sua atuação pudesse ser interpretada como decisão em causa própria. Após

elucidações, a mesa colocou a proposta em votação. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a realização de** r**eunião extraordinária do CNS em São Paulo, após a reunião ordinária do Conselho do mês de agosto, para debater o fortalecimento do controle social e as dificuldades relacionadas à liberação da conselheira Fernanda Lou Sans Magano, Presidenta do CNS, para o pleno exercício das atribuições decorrentes de seu mandato como conselheira nacional e Presidenta do Conselho. Será verificada uma data mais breve possível no mês de agosto.** Definido esse ponto, procedeu-se ao último item da pauta. **ITEM 11 – ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas -** *Composição da mesa:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, Presidenta do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. **1)** Minuta de recomendação referente à portaria GM/MS que altera a Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017, no tocante ao Planejamento no âmbito do SUS. O documento foi lido integralmente, visto que não foi enviado no prazo regimental. A minuta recomenda ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS: 1) a inclusão na minuta de portaria no artigo 97, parágrafo 4º e no artigo 100-A, parágrafo 3º. (que tratam respectivamente do prazo de 120 dias para deliberação dos Conselhos de Saúde em relação ao Plano de Saúde e ao parecer conclusivo do Relatório Anual de Gestão) da possibilidade de prorrogação por mais 60 dias, se houver necessidade e em caráter excepcional; e 2) a inclusão na minuta de portaria de dispositivo específico que evidencie que os gestores do Sistema Único de Saúde nas três esferas de governo devem garantir as condições técnico-operacionais, orçamentárias, administrativas e estruturais dos conselhos de saúde para esse fim. A seguir, a mesa colocou a minuta em votação. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a minuta de recomendação. O conselheiro Haroldo de Carvalho Pontes registrou previamente sua abstenção, em razão de não poder permanecer até o momento da votação. 2)** Com anuência do Pleno do Conselho, foi feita apreciação, em bloco, de cinco minutas de recomendação, que foram enviadas com antecedência no prazo regimental. **a)** Recomenda ao Ministério da Saúde e ao Ministério das Relações Exteriores a garantia da participação da sociedade civil na força-tarefa para a reforma da arquitetura global da saúde da Organização Mundial da Saúde, assim como em outras instâncias multilaterais correlatas. **b)** Recomenda ao Ministério da Saúde e ao Ministério das Relações Exteriores a conclusão do Sistema de Acesso a Patógenos e Repartição de Benefícios (PABS) e a efetivação do Acordo sobre Pandemias no âmbito da Organização Mundial da Saúde. **c)** Recomenda ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde, ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e às instâncias competentes do Congresso Nacional que tomem conhecimento da Parecer constante do Anexo I, parte integrante desta Recomendação, e adotem as providências institucionais cabíveis relativas aos projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional relacionados à saúde digital, à governança de dados em saúde, à inteligência artificial, à regulação de plataformas digitais e ao enfrentamento da desinformação em saúde. **d)** Recomenda ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde, ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, à Presidência da Câmara dos Deputados e à Presidência do Senado Federal que tomem conhecimento do Parecer constante do Anexo I, parte integrante desta Recomendação, e adotem as providências institucionais e técnicas cabíveis relativas ao Projeto de Lei nº 1.010/2025, que dispõe sobre a implementação de diretrizes nacionais para a educação midiática e digital no ensino fundamental e médio. **e)** Recomenda ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS que tomem conhecimento do Parecer constante do Anexo I, parte integrante da Recomendação, e adotem as providências institucionais cabíveis para a construção e consolidação de uma Política Nacional de Comunicação no âmbito do SUS. Em três recomendações seria necessário retificar o texto, com substituição de “nota técnica” por “parecer”. **Deliberação: aprovadas, em bloco, por unanimidade as cinco minutas de recomendação, com a retificação em três delas (substituição de “nota técnica” por “parecer”). 3)** Pendência. Item 8 – apreciação e votação dos encaminhamentos que emergiram do debate: **a)** Encaminhar à Presidência da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS todas as recomendações já aprovadas pelo CNS relacionadas à saúde suplementar, para conhecimento, análise da atual Diretoria Colegiada e construção de um diálogo participativo com o controle social; **b)** realizar, na próxima reunião presencial da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar - CISS/CNS, um amplo debate sobre o fortalecimento institucional da ANS,

seus desafios atuais e as medidas necessárias para ampliar a força de trabalho, aprimorar a regulação, a transparência e a participação social na saúde suplementar; **c)** recomendar à ANS que oriente as operadoras de planos de saúde sobre o cumprimento da Lei nº 15.378/2026, que estabelece o Estatuto dos Direitos do Paciente, unifica os direitos, deveres e garantias de quem utiliza serviços públicos ou privados de saúde no Brasil. Visando ampliar a humanização do cuidado centrado na pessoa; **d)** recomendar à ANS que determine a revisão dos modelos assistenciais das operadoras, superando a lógica quantitativa e garantindo tempo adequado de atendimento, cuidado centrado na pessoa e qualidade assistencial efetiva; **e)** recomendar à ANS que oriente as operadoras de planos de saúde a assegurarem condições dignas de trabalho aos profissionais de saúde, incluindo remuneração adequada, autonomia técnica, tempo suficiente para consultas e medidas efetivas de enfrentamento à sobrecarga e à precarização das relações de trabalho, reconhecendo a valorização da força de trabalho como elemento essencial para a qualidade, a segurança e a humanização do cuidado; **f)** recomendar que a ANS fortaleça a regulação da qualidade assistencial das operadoras de plano de saúde, para que tenham parâmetros claros de tempo de atendimento, continuidade do cuidado, integração das redes e monitoramento por indicadores de experiência do paciente, resolutividade e condições de trabalho, visando, sobretudo, a limitação dos reajustes de planos de saúde de todos os tipos; **g)** recomendar que a ANS institua agenda permanente de diálogo com as comissões do CNS, em especial com a CISS/CNS, CISB, CIABS, CISPP, CISMU e CIPPE, para debater as necessidades de cuidado das pessoas com doenças crônicas, transmissíveis, demais agravos à saúde no âmbito da saúde suplementar e da saúde da mulher; **h)** recomendar que a ANS institua agenda regulatória específica sobre o envelhecimento da população na saúde suplementar, incluindo campanhas de enfrentamento ao etarismo, análise dos impactos dos reajustes dos planos de saúde para pessoas idosas e criação de grupo de trabalho com participação do controle social, especialistas, operadoras, prestadores e representantes das pessoas idosas, visando garantir equidade, proteção financeira, permanência nos planos e cuidado integral ao longo do envelhecimento; **i)** recomendar que a ANS promova o debate regulatório e legislativo sobre a atualização da Lei nº 9.656/1998, com o objetivo de ampliar a cobertura obrigatória de medicamentos orais de alvo específico para doenças imunomediadas, garantindo maior equidade no acesso a terapias já disponíveis ou incorporadas ao SUS e superando a desigualdade atualmente existente em relação aos medicamentos orais já assegurados aos pacientes oncológicos; **j)** recomendar que ANS estabeleça um canal de diálogo direto com os territórios; **k)** recomendar que a ANS amplie o diálogo público sobre sua estrutura, competências e canais de relacionamento com os usuários da saúde suplementar, promovendo o debate sobre estratégias de fortalecimento da participação social, da transparência institucional e da escuta qualificada da sociedade na regulação dos planos de saúde; **l)** recomendar que a ANS: promova amplo debate e atuação regulatória sobre os cartões de desconto para acesso a serviços de saúde, avaliando seus impactos na proteção dos consumidores, na transparência das informações, na qualidade da assistência ofertada e nos riscos de confusão com planos de saúde, de modo a garantir segurança, clareza e adequada orientação à população, e que inclua o CNS no GT que dialoga sobre os cartões de descontos; **m)** recomendar que a ANS amplie a transparência e a disponibilidade de informações sobre as operadoras de planos de saúde, de forma clara, acessível e comparável, permitindo que os usuários possam realizar uma escolha informada antes da contratação, considerando indicadores como qualidade assistencial, rede credenciada, cobertura, índice de reclamações, negativas de atendimento, reajustes, situação econômico-financeira e desempenho regulatório das operadoras; e **n)** recomendar ao Ministério da Saúde e à Agência Nacional de Saúde, a criação de um grupo de trabalho para estabelecer um protocolo de tratamento multidisciplinar para atenção adequada às pessoas com transtornos de espectro autista que seja implementado no âmbito do SUS da saúde suplementar. **Deliberação: as propostas foram aprovadas, em bloco, por unanimidade. 4)** Moção de Solidariedade e Defesa da Autonomia do Controle Social no SUS, elaborada por integrantes do Grupo de Trabalho 04 – Saúde Integral das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, reunidas no 12º Congresso Nacional da União Brasileira de Mulheres, realizado na cidade de São Paulo, na sede da UNIP Indianópolis, entre os dias 26 e 28 de junho de 2026. No documento, o Grupo manifesta solidariedade e apoio à Presidenta do CNS, **Fernanda Lou Sans Magano**, e defende a autonomia e a legitimidade do controle social no SUS. A moção ressaltou que a participação social constitui elemento essencial da democracia e que conselheiras e conselheiros devem exercer plenamente suas funções, sem cerceamentos ou retaliações, conforme assegurado pela legislação. O documento repudiou

quaisquer restrições ao trânsito, à expressão e ao exercício das atribuições dos representantes do controle social, considerando-as violações às prerrogativas dos conselhos de saúde e aos princípios democráticos. Por fim, reafirmou a defesa da participação popular, da autonomia do CNS e do direito de seus representantes ocuparem plenamente os espaços de decisão e deliberação do SUS. **Deliberação: a moção foi aprovada por aclamação.** Por fim, atendendo à solicitação, conselheira **Sueli Correia** apresentou, para conhecimento, uma cartilha produzida coletivamente, com textos que retratavam as experiências, práticas e ações desenvolvidas nos territórios, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a atuação da ANEPS. Informou que a publicação havia sido lançada durante atividade da Rede Unida, e disponibilizou exemplares aos conselheiros e conselheiras interessados, ressaltando que o material possibilitava conhecer melhor o trabalho desenvolvido nos territórios. A Presidenta do CNS agradeceu à conselheira pelo compartilhamento da publicação e destacou que a iniciativa representava uma conquista do movimento popular. Ressaltou a importância do fortalecimento dos movimentos e da educação popular para o exercício da democracia direta. **ENCERRAMENTO –** Nada mais havendo a tratar, a Presidenta do CNS declarou encerrada a reunião desejando bom retorno aos participantes e agradecendo a presença e a contribuição de todas as pessoas. Estiveram presentes na tarde do segundo dia de reunião as seguintes pessoas conselheiras nacionais: *Titulares* – **Agnelo Temrité Wadzatsé**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); **Anselmo Dantas**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Antonio Erinaldo Lima Vasconcelos**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG); **Claudemir Moreira Vaz**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Derivan Brito da Silva**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); **Elenilson Silva de Souza**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB/CGTB); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Helenice Yemi Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Lucimary Santos Pinto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS); **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo (ABRA); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Rosa Maria Anacleto**, União de Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Veridiana Ribeiro da Silva**, Conselho Federal de Farmácia – CFF; **Victoria Matos das Chagas Silva**, União Nacional dos Estudantes (UNE). *Suplentes* – **Andrea Cristina Pavei Soares**, Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB); **Carlos Alberto Ebeling Duarte**, Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose - ART TB BR; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física (CONFEF); **Daniele da Silva dos Santos Moretti**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil (CTB); **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; **Francisco Marcelino Rogério Filho**, Federação Brasileira de Hemofilia (FBH); **Gilson Silva**, Força Sindical (FS); **Lúcia Helena Modesto Xavier**, Associação de Diabetes Juvenil (ADJ); **Madson Carlos Ferreira**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Neide Barros da Silva**, Movimento Brasileiro de Luta Contra as Hepatites Virais (MBHV); **Obede Muniz Teodoro**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos (COBAP); **Oldack Cezar Rocha Sucupira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Rosângela Dornelles**, Associação Brasileira de Apoio e Defesa dos Direitos das Vítimas da Covid-19 - Associação Vida e Justiça; **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE); **Silvia Cavalleire da Silva**, União Nacional LGBT (UNA-LGBT); **Suely Corrêa de Oliveira**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Thiago Soares Leitão**, Rede Nacional de Religiões Afro Brasileiras e Saúde – RENAFRO.