



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos onze e doze dias do mês de abril de dois mil e dezoito, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “O Milton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Tricentésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. A mesa de abertura foi composta pelo conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** e pela conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora do CNS. Estabelecido o quórum, às 9h05, os coordenadores da mesa procederam à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes e os internautas que acompanham a reunião em tempo real. Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** também justificou a ausência do Presidente do CNS que estava em atividade externa, representando o Conselho, mas que estaria presente à reunião no final do dia. Em seguida, apresentou os objetivos da reunião: **1) Apreciar e aprovar os informes e indicações; 2) Apreciar os itens do Radar; 3) Apreciar, debater e deliberar acerca dos Conflitos da Ética em Pesquisa no Mundo da Saúde; 4) Apreciar e deliberar sobre o uso da modalidade Educação a Distância (EaD) na área da saúde, à exemplo do Projeto de Lei nº 5.414/2016; 5) Analisar, debater e deliberar sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde; 6) Assistir, apreciar e deliberar acerca dos Impactos da Portaria Nº 739 no Programa Farmácia Popular; 7) Apreciar e deliberar sobre as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN; e 8) Apreciar e deliberar sobre encaminhamentos das Comissões Intersetoriais e Grupos de Trabalho. ITEM 1 – APROVAÇÃO DAS ATAS DA 301ª REUNIÃO ORDINÁRIA E 62ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS - APROVAÇÃO DA PAUTA DA 304ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS. Primeiro, o coordenador da mesa colocou em apreciação as atas da 301ª Reunião Ordinária e 62ª Reunião Extraordinária do CNS. **Deliberação: não havendo manifestações, foram aprovadas, por unanimidade, as atas da 301ª Reunião Ordinária e da 62ª Reunião Extraordinária do CNS.** Em seguida, apresentou a pauta da 304ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação: aprovada, por unanimidade, a pauta da 304ª Reunião Ordinária do CNS. Seminário de formação para o controle social direcionado aos conselheiros nacionais de saúde –** conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** submeteu à apreciação do Pleno a proposta de realizar “Seminário de formação para o controle social” direcionado aos conselheiros nacionais de saúde, nos dias 10 (período da tarde) e 11 de maio de 2018. **Deliberação: o Plenário aprovou, por unanimidade, a realização de seminário de formação para o controle social no SUS, direcionado aos 144 conselheiros nacionais de saúde (titulares e suplentes), nos dias 10 (à tarde) e 11 de maio de 2018. Os conselheiros participantes da 304ª Reunião Ordinária deverão informar essa definição aos seus suplentes ou titulares para garantir a participação de todos no seminário. O plano de voo deverá ser apresentado até o dia 13 de abril e os conselheiros deverão inscrever-se na Plataforma do Seminário.** O coordenador da mesa aproveitou para registrar a presença na reunião de alunos do curso de Saúde Coletiva da UnB. **Homenagem à Secretária Executiva do CNS, Neide Rodrigues** - O CNS prestou homenagem à Secretária Executiva do CNS, **Neide Rodrigues**, que faleceu no dia 24 de março de 2018. Familiares da Secretária participaram da solenidade. Foi reproduzido vídeo com os principais momentos dela no CNS e vários conselheiros fizeram uso da palavra, destacando a contribuição da secretária executiva para o CNS e o controle social como um todo e sua incansável luta na defesa do SUS. Conselheiro **Fernando Pigatto** apresentou a proposta de nominar a 1ª CNVS como “Neide Rodrigues” e prestar homenagem a ela no documento final. **Recomposição da Secretaria Executiva do CNS –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou que a Sra. **Ana Carolina Dantas** foi indicada para assumir a Secretaria Executiva do CNS e o Sr. Marco Aurélio Pereira para compor também esta Secretaria. **Encaminhamento: não havendo manifestações contrárias, o Pleno referendou a indicação da Sra. Ana Carolina Dantas para Secretária Executiva do CNS e do Sr. Marco Aurélio Pereira para compor também a Secretaria Executiva do CNS.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, em nome da Mesa Diretora do CNS, destacou a importância do apoio da Mesa Diretora e do Pleno à secretaria executiva

55 do CNS no desempenho de suas funções administrativas, tendo em vista as pautas previstas e as
56 pressões internas e externas. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Informes.**
57 **Indicações. Justificativa de ausências** – Justificaram previamente ausência os conselheiros **Antônio**
58 **Muniz da Silva, Dylson Ramos Bessa Junior, Guilherme Franco Netto e José Vanilson Torres da**
59 **Silva.** Conforme informado no início dos trabalhos, o Presidente do CNS não participou da manhã do
60 primeiro dia de reunião por estar representando o Conselho em atividade externa. **Apresentação de**
61 **Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de**
62 **Saúde - Novo conselheiro: Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara,** Conselho Federal de Farmácia – CFF.
63 **Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde - Edna Maria; Jacildo de Siqueira Pinho; e**
64 **Tibério Guimarães. Informes - 1)** Conselheiro **Moyses Longuinho Toniolo de Souza** informou o
65 Pleno sobre a Nota Pública da Articulação Nacional de Luta contra AIDS - ANAIDS a respeito da
66 reportagem relativa à Profilaxia Pré-exposição - PrEP, veiculada pela revista Época, em 2 de abril de
67 2018. Na nota, a ANAIDS coloca que a abordagem reducionista, equivocada e permeada por preceitos
68 morais dispensada ao tema, apenas potencializa estigmas e, de forma subliminar, culpabiliza os
69 sujeitos pelo avanço da epidemia. A matéria, por sua vez, não apresenta de forma objetiva e elucidante
70 o tema, nem propõe um diálogo sobre a importância da ampliação das estratégias de prevenção a aids
71 e da incorporação de novas tecnologias pelo SUS. Além disso, salienta que a PrEP compõe um
72 conjunto de estratégias de prevenção combinada à aids, sendo adotada em diversos países e com
73 impactos importantes na redução de novas infecções. Além disto, sua dispensação esta vinculada ao
74 acompanhamento sistemático em serviços de saúde de referência e orientações constantes sobre a
75 importância de outros métodos de prevenção. A Nota foi disponibilizada no servidor. **2)** Conselheira
76 **Christianne Maria Oliveira Costa** informou sobre a agenda do Dia Mundial da Hemofilia nos Estados -
77 17 de abril. Durante este mês, a Federação Brasileira de Hemofilia – FBH, as Associações Estaduais e
78 os Centros de Tratamento de todo o País realizarão atividades alusivas ao Dia em todo o país. **3)**
79 Conselheira **Cleuza de Carvalho Miguel** comunicou o Pleno sobre a publicação da Portaria do
80 Ministério da Saúde de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - PCDT da
81 Esclerose Múltipla. A recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS -
82 Conitec levou em consideração a eficácia e segurança dos medicamentos incorporados. **4)** Conselheira
83 **Simone Maria Leite Batista** fez informes sobre atividades do dia mundial da saúde – ações realizadas
84 em Aracaju; participação de profissionais de práticas educativas na Plenária de Conselhos; e ação do
85 EdPopSUS, em Recife. **5)** Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** informou sobre as
86 propostas do FENTAS que seriam apresentadas ao Pleno naquela reunião: 1) Nota pública em defesa
87 do SUS (apreciação no item das comissões); e 2) Estratégias acerca da moratória de cinco anos para
88 abertura de cursos de Medicina: Nota de manifestação pública do CNS; Pedido do CNS de audiência
89 com os ministros da saúde e da educação; debate do tema na CIRHRT com vistas a apresentar forma
90 de manifestação, agendas de lutas e discussão permanente com dados demográficos dos cursos da
91 área da saúde, além de ampliação dos cursos avaliados pela Comissão (Farmácia, por exemplo); e
92 resolução que aborde a ampliação e aperfeiçoamento dos cursos existentes. **6)** Conselheiro **João**
93 **Donizeti Scaboli** fez um informe sobre o 28 de abril “Dia Mundial da Saúde e Segurança no Trabalho”;
94 e campanha “Abril verde”, que visa reduzir os acidentes de trabalho e os agravos à saúde do
95 trabalhador, além de mobilizar a sociedade para prevenção das doenças que ocorrem em decorrência
96 do trabalho (ações, eventos, palestras e exposições sobre o tema serão promovidos por todo o país). **7)**
97 Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** registrou as mudanças na gestão do Ministério da Saúde -
98 **Gilberto Occhi** assumiu o Ministério da Saúde no lugar de **Ricardo Barros**; e **Adeilson Loureiro**
99 assumiu a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde no lugar de **Antonio Carlos Figueiredo Nardi**.
100 Também serão indicadas novas representações do Ministério da saúde para compor o CNS. **8)**
101 Conselheira **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro** falou sobre o Dia Mundial de Conscientização do
102 Autismo - 2 de Abril - e atividades realizadas pelo Brasil para conscientizar e informar as pessoas a
103 respeito. Além disso, solicitou apoio do CNS à nota de repúdio ao ministro do Supremo Tribunal Federal
104 – STF, Gilmar Mendes, pela sua fala no IV Fórum Jurídico de Lisboa, em Portugal, que desrespeitou as
105 pessoas com autismo (no item 9 da pauta, foi aprovada moção do CNS a respeito da fala do Ministro).
106 **9)** Conselheira **Lenir Santos** informou o Pleno sobre a ação da Federação Brasileira das Associações
107 de Síndrome de Down – FBASD contra a desembargadora Marília Castro Neves, por danos morais, em
108 virtude da fala preconceituosa dela acerca de uma professora com síndrome de Down. Devido a
109 presença dos convidados para o item 3, acordou-se as indicações seriam feitas posteriormente. **ITEM 3**
110 **– RADAR – AEDES AEGYPTI E ARBOVIROSES. TUBERCULOSE. ESTADO DA ARTE DA**
111 **COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS – CONITEC -**
112 **Apresentação: Divino Valério Martins,** Coordenador dos Programas Nacionais de Controle e
113 Prevenção da Malária e das Doenças Transmissíveis pelo Aedes – CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS; **Marli**
114 **Souza Rocha,** representante da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da
115 Tuberculose – CGPNCT/DEVIT/SVS/MS; e **Artur Felipe Siqueira de Brito,** diretor do Departamento de
116 Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS/SCTIE/MS. *Coordenação:* conselheiro

117 **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **Aedes aegypti e Arboviroses** – O primeiro
118 expositor foi o coordenador/CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS, **Divino Valério Martins**, que falou sobre a
119 situação epidemiológica das arboviroses e malária no Brasil, explicando, inicialmente, que arboviroses
120 são doenças transmitidas por insetos, principalmente por mosquitos. Detalhou a situação
121 epidemiológica das arboviroses no Brasil, semana 1 a 13 de 2018, destacando os seguintes dados:
122 dengue: 72.886 casos prováveis (35,1 casos/100 mil hab.); Chikungunya: 20.487 casos prováveis (9,9
123 casos/100 mil hab.); e Zika: 1.959 casos prováveis (0,9 casos/100 mil hab.). No que diz respeito à
124 malária, destacou queda de 2007 a 2016, com aumento em 2017. Nesse cenário, apontou como
125 desafios em relação à malária: retomada da redução de casos; revisão de estratégias e metas para
126 eliminação; redução da letalidade em áreas de baixa transmissão; melhorar a oportunidade de
127 tratamento; e resposta rápida a surtos. Mostrou também **série histórica com levantamento**
128 **entomológico de 2016 e 2017, destacando:** **a)** Levantamento Entomológico 2016 – Classificação de
129 acordo com IIP – 2.284 municípios (61,6%) participaram do LIRAA – aumento de 27,3% em relação ao
130 mesmo período de 2015: 722 em situação satisfatória, 419 em situação de alerta e 116 em situação de
131 risco; e **b)** Levantamento Entomológico – Distribuição dos municípios de acordo com a metodologia
132 utilizada - LIRAA, LIA e Armadilha, 2017: 5.480 municípios participaram do LIRAA – Representando
133 98,4 % do total de municípios do País: 3.268 em situação satisfatória, 1.145 em situação de alerta e
134 461 em situação de risco. Ainda em relação ao levantamento entomológico, detalhou a distribuição dos
135 municípios de acordo com a metodologia utilizada: LIRAA: 4.636 municípios, correspondendo a 84,60%;
136 LIA: 538 municípios, correspondendo a 9,81%; Armadilha: 306 municípios, correspondendo 5,58%.
137 Também detalhou a situação epidemiológica da Dengue no Brasil, Semana - SE 1 a 13, 2016 a 2018:
138 **a)** 2016: 1.017.801 casos prováveis, com taxa de incidência de 493,9%; 2017: 99.003 casos prováveis,
139 com taxa de incidência de 47,7%; e 2018: 72.886 casos prováveis, com taxa de incidência de 35,1%.
140 No que diz respeito à situação epidemiológica de Chikungunya no Brasil, SE 1 a 13, 2016 a 2018, citou:
141 **a)** 2016: 114.149 casos prováveis e taxa de incidência de 55,4%; **b)** 2017: 52.871 casos prováveis e
142 taxa de incidência de 25,5%; **c)** 2018: 20.487 casos prováveis e taxa de incidência de 9,9%. Além
143 disso, destacou a situação epidemiológica de Zika no Brasil, SE 1 a 13, 2016 a 2018: **a)** 2016: 152.825
144 casos prováveis e taxa de incidência de 74,2%; **b)** 2017: 8.408 casos prováveis e taxa de incidência de
145 4,0%; e **c)** 2018: 1.959 casos prováveis e taxa de incidência de 0,9%. A representante da
146 CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS, **Marli Souza Rocha**, abordou na sua fala o panorama da tuberculose no
147 Brasil e o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Em relação à tuberculose no mundo,
148 contextualizou com os seguintes dados: 10,4 milhões de pessoas adoeceram com tuberculose em 2016
149 e 1,3 milhão morreram de tuberculose neste mesmo ano, incluindo 374 mil pessoas vivendo com HIV;
150 1,2 milhão de pessoas vivendo com HIV desenvolveram tuberculose; e em 2016, 490 mil pessoas
151 desenvolveram Tuberculose Multidroga-resistente (TB-MDR). No Brasil, detalhou que a situação é a
152 seguinte: 69 mil pessoas adoeceram com tuberculose em 2017; 4,5 mil morreram de tuberculose em
153 2016; 6,4 mil pessoas vivendo com HIV desenvolveram tuberculose; e 982 pessoas desenvolveram
154 TBDR em 2017. Detalhou o coeficiente de incidência de tuberculose por Unidade Federada, Brasil,
155 2017, explicando que são 33 casos novos a cada 100 mil, sendo Amazonas, Rio de Janeiro e
156 Pernambuco os Estados com taxas mais elevadas. Em relação às capitais, o coeficiente é de 51,9% e
157 as principais são as seguintes: Manaus, Rio de Janeiro, Recife, Belém, Cuiabá, Porto Velho e São Luís.
158 Ainda neste cenário, destacou os seguintes dados: percentual de realização de testes para HIV-2017
159 no Brasil: 73,4%; percentual de cura de casos novos de tuberculose por unidade federada no Brasil,
160 2016: 70,6%; percentual de cura de casos novos de tuberculose por unidade federada, Brasil, 2016:
161 70,6% (12,1% não avaliados); e percentual de abandono de casos novos de tuberculose por unidade
162 federada, Brasil, 2016: 9% (meta: 5%). Feito esse cenário, falou sobre o Plano Nacional pelo Fim da
163 Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil, que é constituído em três pilares: prevenção e
164 cuidados integrados centrados na pessoa com tuberculose; políticas arrojadas e sistema de apoio; e
165 intensificação da pesquisa e inovação. Explicou que a visão do Plano é “Brasil livre da tuberculose” e o
166 objetivo é acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no país até 2035. Detalhou que
167 as metas são: reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil hab. até 2035; e
168 reduzir o coeficiente de mortalidade por tuberculose para menos de um óbito por 100 mil hab. até 2035.
169 Nessa linha, pontuou como principais desafios: ampliação da realização do exame de cultura;
170 implantação de novas tecnologias de diagnóstico e tratamento; vigilância da tuberculose
171 drogaresistente; fortalecimento das ações de controle da tuberculose nas populações mais
172 vulneráveis; qualificação das ações de enfrentamento da doença na atenção básica; melhoria dos
173 sistemas de informação; ampliação e fortalecer as articulações intersetorial e intrassetorial; e vigilância
174 da Infecção Latente da tuberculose. Em relação ao debate do tema no CNS, lembrou que a tuberculose
175 está entre as doenças abordadas pela Comissão Intersetorial de Atenção à Pessoa com Patologias –
176 CIASPP. Na reunião da Comissão, realizada em julho de 2017, o Plano Nacional Pelo Fim da
177 Tuberculose foi ponto de pauta e, como encaminhamento, foi proposta a revisão da Resolução do CNS
178 nº 444, de junho de 2011, com o objetivo de apresentar ao Pleno do Conselho nova resolução alinhada

179 às diretrizes do Plano Nacional. Por fim, falou sobre a Campanha Nacional Contra a Tuberculose 2018,
180 explicando que o material informativo estava disponível em
181 <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/tuberculose/>. Seguindo, o diretor do DGITS/SCTIE/MS,
182 **Artur Felipe Siqueira de Brito**, falou sobre o estado da arte da Comissão Nacional de Incorporação de
183 Tecnologias no SUS – CONITEC. Começou explicando que a CONITEC foi instituída pela Lei nº.
184 12.401/2011 e regulamentada pelo Decreto nº. 7.646/2011. Detalhou as definições do novo marco
185 regulatório - Lei nº 12.401/2011: incorporação baseada em evidências (eficácia e segurança) e estudos
186 de avaliação econômica (custo-efetividade); consulta pública para todas as avaliações; prazo para
187 avaliação: 180 dias, prorrogáveis por mais 90 dias; veda o uso de tecnologias sem registro na Anvisa e
188 de procedimentos experimentais; e incorporações serão feitas mediante Protocolos Clínicos e Diretrizes
189 Terapêuticas - PCDT. Além disso, destacou que Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS é a síntese
190 do conhecimento produzido sobre as implicações da utilização das tecnologias em saúde e constitui
191 subsídio técnico importante para a tomada de decisão sobre difusão e incorporação de tecnologias em
192 saúde (Banta e Luce, 1993). Detalhou que a CONITEC é um órgão deliberativo, assistida pelo
193 Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS, que tem por objetivo
194 assessorar o Ministério da Saúde - MS nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração
195 de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de PCDT. Acrescentou que
196 se estrutura em Plenário (13 membros) e Secretaria Executiva (DGITS) e tem por competências, de
197 acordo com o Decreto nº. 7.646/2011, emitir relatório sobre incorporação, exclusão e alteração pelo
198 SUS de tecnologias em saúde; e constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes
199 terapêuticas. Para tomada de decisão, considera: aspectos clínicos, econômicos, organizacionais e
200 questões relativas aos pacientes. Em relação às regras de incorporação, disse que se baseiam em
201 evidências científicas (eficácia, segurança e efetividade); estudos de avaliação econômica (custo-
202 efetividade); avaliação (180 dias); e disponibilização SUS (180 dias). Para ilustrar a produção da
203 CONITEC, destacou os seguintes números: de janeiro de 2012 a dezembro de 2017, 66 reuniões (62
204 ordinárias e 4 extraordinárias); 640 demandas (279 externas e 361 internas (MS), 102 demandas não
205 conformes e 91 demandas em avaliação); 257 consultas públicas; 42.630 contribuições; 215
206 tecnologias incorporadas ; 95 não incorporadas; e 44 tecnologias excluídas. Salientou que todas as
207 recomendações da CONITEC foram acatadas pelo Secretário da SCTIE e pelo Ministro da Saúde e o
208 impacto estimado com as incorporações é R\$ 2,5 bilhões. Detalhou as demandas por tipo de
209 tecnologia: 426 medicamentos, 119 procedimentos e 95 produtos. No que diz respeito à gestão:
210 tecnologias, 2017: 30 incorporações; 2018: 7 incorporações; 4 aguardando pactuação para publicação
211 no DOU; e 75 em análise; PCDT - 2017: 27 concluídos; e 2018: 12 publicados; 13 aguardando
212 publicação no DOU; e 40 em processo de elaboração. Ressaltou que a CONITEC é assistida pelo
213 Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – DGITS, cuja missão e visão é
214 qualificar o processo decisório na avaliação de tecnologias em saúde, buscando a promoção e a
215 proteção da saúde da população brasileira, a melhor alocação dos recursos disponíveis e a redução
216 das desigualdades regionais. Além disso, ser reconhecido pela excelência na gestão e incorporação de
217 tecnologias em saúde considerando o desenvolvimento tecnológico e as transformações sociais para
218 um Brasil saudável. Acrescentou que os objetivos estratégicos são: **1)** contribuir para a qualificação das
219 decisões judiciais e para a redução da judicialização do direito à saúde no país; **2)** aprimorar o processo
220 brasileiro de ATS em conformidade com o marco legal e o avanço da ciência; **3)** ampliar e qualificar a
221 participação social no processo de incorporação tecnológica; **4)** dar visibilidade ao processo de gestão
222 e incorporação de tecnologias em saúde; e **5)** gerir o processo de elaboração e revisão de PCDT.
223 Destacou que o monitoramento do Horizonte Tecnológico é a etapa específica na ATS que identifica
224 tecnologias novas e emergentes e prevê os impactos que essas possam causar no sistema de saúde.
225 Na linha de contribuir na qualificação das decisões judiciais e na redução da judicialização do direito à
226 saúde no país, destacou a disponibilização de sínteses de evidências e de fichas técnicas sobre
227 Tecnologias em saúde mais judicializadas. No que se refere ao processo de elaboração e revisão de
228 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, destacou: revisão dos PCDT, elaboração de PCDT
229 novos, publicação de Diretriz Metodológica para Elaboração de Diretrizes Clínicas, enquetes para
230 elaboração de escopo e para e priorização de temas para atualização de PCDT e consultas públicas
231 das proposta de PCDT/Diretrizes. Por fim, apresentou os canais de comunicação da Comissão:
232 Relatório para sociedade; divulgação - chamada pública; Twitter - @conitec_gov. **Manifestações.**
233 Conselheira **Lenir Santos** destacou a importância e relevância da CONITEC no processo de
234 incorporação tecnológica no SUS e frisou que a Comissão deve ser mais reconhecida e fortalecida no
235 seu papel. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** saudou a mesa pelas apresentações e destacou
236 o importante trabalho das áreas técnicas do Ministério da Saúde. A respeito da tuberculose, perguntou
237 se ainda é feita busca ativa de doentes e monitoramento durante o tratamento para evitar abandono.
238 Também sugeriu que os serviços de emergência notifiquem casos de tuberculose e outras doenças
239 transmissíveis. Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, após cumprimentar os técnicos pelas
240 apresentações, reconheceu as metas e o esforço do Ministério da Saúde para controlar as arboviroses,

241 mas ponderou que essas ações serão prejudicadas por conta das limitações financeiras impostas pela
242 EC n°. 95. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** reiterou a preocupação com a efetivação e
243 execução das metas relativas ao controle de doenças diante do corte de investimentos na saúde.
244 Parabenizou as apresentações e sugeriu a divulgação do importante trabalho da CONITEC (divulgar
245 vídeo à população, por exemplo). Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho** avaliou que se
246 vive momento crítico no controle das arboviroses e destacou a importância das epizootias porque
247 podem ajudar a prever surtos em humanos. Sobre a tuberculose, destacou a importância de cumprir a
248 meta de eliminação até 2035 e solicitou atenção para a importância de observar a transmissão por
249 animais, principalmente bovinos. Conselheiro **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara** reiterou os elogios
250 às apresentações e fez os seguintes questionamentos: qual a relação da CONITEC com o sistema do
251 Poder Judiciário? O judiciário tem seguido as orientações técnicas da Comissão? No que diz respeito à
252 tuberculose, perguntou como se dá a formação de profissionais de saúde para atender a população
253 carcerária. Conselheiro **Nelson Mussolini** também cumprimentou os expositores e ateu-se à
254 apresentação sobre a CONITEC. Elogiou a qualidade do trabalho técnico da Comissão, com destaque
255 para atuação do atual diretor, **Artur Felipe Siqueira de Brito** e da ex-diretora **Clarice Petramale**, e
256 concordou que é preciso fortalecer e divulgar esse trabalho. Explicou que entre 2002 e 2011 não houve
257 incorporação de novas tecnologias, o que resultou em amplo processo de judicialização. Nessa lógica,
258 pontuou que, entre outros benefícios, o trabalho desenvolvido pela CONITEC contribui para diminuir a
259 judicialização. Finalizando, sugeriu que todas as modificações de protocolos clínicos sejam objeto de
260 consulta pública, possibilitando a contribuição da sociedade civil. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira**
261 **Araújo** destacou que as temáticas em pauta são fundamentais para a sociedade e reforçou as falas
262 que reconheceram o importante trabalho da CONITEC. No que diz respeito à tuberculose, perguntou
263 qual a margem de segurança das informações disponibilizadas e qual a estratégia de comunicação
264 para controle da doença. Conselheiro **Antônio César Silva Mallet**, primeiro, elogiou as explanações e
265 salientou que as informações apresentadas apontam a importância da atenção básica no controle de
266 doenças. Nessa linha, questionou, para reflexão, como efetivar as políticas de saúde em municípios
267 que não possuem condições de manter-se, dispendo apenas de repasses Fundo a Fundo. Além dessa
268 questão, frisou o papel estratégico e importante da CONITEC e perguntou qual o entendimento, junto
269 com a ANVISA, sobre o direito dos contratantes de planos privados de saúde à cobertura de
270 medicamentos importados e/ou sem registro na ANVISA para uso “off-label”. Conselheira **Sarlene**
271 **Moreira da Silva** perguntou aos expositores se procedia a informação, divulgada na mídia, de
272 circulação de novo vírus - H1N3. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** pontuou como causas do
273 baixo índice de resistência em tuberculose a associação de dois medicamentos em um só e a
274 disponibilização desses medicamentos somente na rede pública. Nesse sentido, perguntou se os
275 índices de resistência bacteriana estavam estáveis e equipados a de outros países. Lembrou, inclusive,
276 que o Plano Nacional de Controle e Prevenção da Resistência Antimicrobiana estava em elaboração e
277 o Brasil participando desse processo. Por fim, perguntou qual a situação das salas de controle do
278 *Aedes* e a relação entre o aumento das chuvas e o número de casos de dengue e sugeriu o envio de
279 informações aos Conselhos Estaduais de Saúde – CES para ajudar no controle das arboviroses.
280 **Retorno da mesa.** A representante da CGPNCT/DEVIT/SVS/MS, **Marli Souza Rocha**, respondeu aos
281 questionamentos, destacando os seguintes aspectos: o MS reforça o Tratamento Diretamente
282 Observado da tuberculose na atenção básica, indicado a todos os pacientes, assim, o uso do
283 medicamento é supervisionada pelo profissional de saúde, com o objetivo de favorecer a adesão e
284 evitar o abandono; com a descentralização das ações para a atenção básica, espera-se que
285 diagnóstico e tratamento se deem o mais rápido possível, evitando assim entrada de pacientes na
286 emergência em situação mais grave; no caso de notificação de pacientes com tuberculose nas
287 unidades de emergência, a vigilância deve ser notificada para encaminhamento à atenção básica;
288 levará aos técnicos do programa a preocupação com a transmissão de tuberculose por
289 *Mycobacterium bovis*; ainda não há dados sobre índice de tuberculose na população privada de
290 liberdade, mas se observa aumento do diagnóstico nesse público por conta do trabalho de investigação
291 das equipes; no final de 2017, foram liberados R\$ 27 milhões para ações de busca ativa e tratamento
292 da população privada de liberdade; o Ministério da Saúde recomenda a Estados e Municípios que
293 divulguem dados sobre tuberculose; pode haver subnotificação de casos, mas se trata de número
294 pequeno e não influencia os resultados apresentados; os dados epidemiológicos sobre tuberculose são
295 divulgados no Portal do MS e no blog da tuberculose; o Programa Nacional recomenda que estados e
296 municípios elaborem planos para eliminação da tuberculose até 2035; a tuberculose é um problema
297 mundial e é preciso definir novas estratégias, inclusive medicações que diminuam o tempo de
298 tratamento, para atingir a meta definida; e no que diz respeito à tuberculose resistente a medicamentos,
299 a partir da expansão da rede de teste rápido para TB (em 2014), observa-se maior diagnóstico, mas o
300 Brasil não é considerado país de alta carga de tuberculose droga resistente. O
301 Coordenador/CGPNCMD/DEVIT/SVS/MS, **Divino Valério Martins**, a partir das falas pontuou que: o
302 Programa de Controle das Arboviroses no Brasil é centenário e, na linha de definir novas metodologias

303 para controle de vetores, foram instituídas as salas de monitoramento em todos os estados e em muitos
304 municípios, possibilitando o debate sobre controle do vetor inclusive com outros setores; a meta é
305 ampliar as salas de monitoramento para os municípios; as arboviroses são doenças sazonais,
306 ocorrendo no período de novembro a maio de cada ano; é preciso redobrar a atenção no período
307 chuvoso, porque, com aumento das chuvas, amplia-se a oferta de depósitos e, com isso, aumento de
308 mosquitos, o que eleva a probabilidade de casos; e o controle do vetor deve ser feito de forma conjunta,
309 com envolvimento da sociedade, profissionais de saúde, gestão. O diretor do DGITS/SCTIE/MS, **Artur**
310 **Felipe Siqueira de Brito**, a partir das falas, destacou que: o MS possui núcleo que trata da
311 judicialização, sob a coordenação da SE/MS e a demanda tem aumentado substancialmente; uso *off*
312 *label* do medicamento é a utilização para fim não aprovado, que não consta da bula, conforme registro
313 da ANVISA – o MS pode solicitar esse tipo de uso; a ANS possui processo de incorporação à parte,
314 mas considera as decisões da CONITEC; a ANS pode ser provocada a se manifestar sobre o uso *off*
315 *label* de medicamentos; o plano de comunicação da CONITEC está em reformulação – sugestão de
316 pensar agenda contínua com o CNS para informar sobre os avanços; para novas incorporações, o fator
317 econômico é considerado (no caso tecnologia melhor que a disponível, é possível revisão); e a
318 participação da sociedade foi ampliada nos processos de debate e definição da CONITEC. Conselheiro
319 **Neilton Araújo de Oliveira** acrescentou que pesquisas realizadas no Brasil e nos Estados Unidos
320 apontaram dados semelhantes: a cada 100 novos medicamentos, apenas 3% apresentam efeito
321 significativo a mais dos que os já existentes, 16% com efeitos mais incisivos e 80% não possui efeito
322 diferente de outro medicamento existente. Também informou que novo vírus da influenza em circulação
323 nos EUA está chegando ao Brasil e na campanha de vacinação oferecida pelo MS, esse vírus já será
324 coberto (ainda não foi definida data de início, mas não irá demorar). Como encaminhamento, sugeriu
325 que a Secretaria Executiva do CNS encaminhe correspondência aos Conselhos Estaduais e Municipais
326 de Saúde ressaltando a importância de realizarem visitas e acompanharem o trabalho das Salas de
327 Coordenação e Controle do *Aedes*, em seus estados e municípios, a fim de se integrarem e reforçarem
328 a contribuição do controle social para melhoria das ações de vigilância em saúde. **Deliberação: o**
329 **Plenário decidiu, com duas abstenções, que a Secretaria Executiva do CNS encaminhará**
330 **correspondência aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde ressaltando a importância de**
331 **realizarem visitas e acompanharem o trabalho das Salas de Coordenação e Controle do *Aedes*,**
332 **em seus estados e municípios, a fim de se integrarem e reforçarem a contribuição do controle**
333 **social para melhoria das ações de vigilância em saúde. As visitas poderão ser acompanhadas**
334 **também por representantes da Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde. Além disso, o**
335 **CNS solicitará aos CES e CMS que deem retorno das ações ao CNS. A fim de subsidiar os**
336 **Conselhos, será enviada, anexa à correspondência do CNS, a relação das Salas de Coordenação**
337 **e controle nos Estados e Municípios.** Conselheiro **Moysés Toniolo** solicitou autorização para
338 realizar reunião de integrantes da CIASPP com a área técnica de tuberculose para tratar sobre a
339 atualização da Resolução n°. 444. **Encaminhamento: acordou-se que o conselheiro Moysés**
340 **Toniolo conversaria com os representantes da área técnica da Coordenação Geral do Programa**
341 **Nacional de Controle da Tuberculose para definir a melhor data para realização da reunião**
342 **conjunta entre Comissão e Coordenação.** Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do
343 primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* –
344 **Antonio Pitol**, Pastoral da Saúde Nacional; **Carmen Lucia Luiz**, União Brasileira de Mulheres – UBM;
345 **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Cleoneide**
346 **Paulo Oliveira Pinheiro**, Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil – FENACELBRA;
347 **Cleuza Maria Faustino do Nascimento**, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em
348 Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; **Dylson Ramos Bessa Junior**,
349 Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; **Francisca Rêgo Oliveira de**
350 **Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Geordecy M. Souza**, Central
351 Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de Pós-Graduandos –
352 ANPG; **Heliana Neves Hemeterio dos Santos**, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais,
353 Travestis e Transexuais – ABGLT; **Jani Betânia Souza Capiberibe**, Associação Brasileira de Autismo
354 – ABRA; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos
355 Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
356 na Agricultura – CONTAG, **Lorena Baía de Oliveira Alencar**, Conselho Federal de Farmácia (CFF);
357 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Moysés Toniolo de**
358 **Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho
359 Federal de Nutricionistas (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Oriana Bezerra**
360 **Lima**, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
361 Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ricardo Barros**, Ministério da Saúde (MS); **Ronald Ferreira**
362 **dos Santos**, Federação Nacional dos Farmacêuticos – Fenafar; **Wanderley Gomes da Silva**,
363 Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**,
364 Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação

365 Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação
366 Brasileira Superando o Lúpus; **Antonio de Souza Amaral**, Associação Brasileira de Ostimizados –
367 ABRASO; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Christianne Maria de**
368 **Oliveira Costa**, Federação Brasileira de Hemofilia – FBH; **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção
369 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Denise Torreão Corrêa da Silva**,
370 Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa; **Dulcilene Silva Tiné**, Confederação Nacional de Saúde,
371 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços - CNS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das
372 Associações de Moradores – CONAM; **Francisco Claudio de Souza Melo**, Federação Interestadual
373 dos Farmacêuticos – FEIFAR; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira dos Aposentados e
374 Pensionistas – COBAP; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas'
375 e Idosos da Força Sindical – Sindnapi; **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de
376 Secretários de Saúde – CONASS; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**; Centro Brasileiro de Estudos de
377 Saúde – CEBES, **Ivo Ferreira Brito**, Ministério da Saúde; **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal
378 de Enfermagem – COFEN; **João Bosco Cavalcanti Chaves**, Federação Nacional dos Fisioterapeutas
379 e Terapeutas Ocupacionais – FENAFITO; **José Eri de Medeiros**, Conselho Nacional de Secretarias
380 Municipais de Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de
381 Trabalhadores Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil –
382 FASUBRA; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
383 **Maria das Graças Silva Gervásio**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Priscilla**
384 **Viegas Barreto de Oliveira**, Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rodrigo**
385 **Gomes Marques Silvestre**, Ministério da Saúde; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das
386 Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Sérgio Diego de França**, Organização
387 Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de
388 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; e **Shirley Marshal Diaz Morales**,
389 Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE. Retomando, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**
390 assumiu a coordenação dos trabalhos e procedeu às indicações. **Indicações - 1)** Audiência Pública “A
391 Saúde e o Pacto Federativo”. Data: 16 de abril de 2018. Horário: 14h às 18h. Local: Brasília/DF.
392 *Indicação:* conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**. **2)** Indicação de dois representantes dos
393 usuários e um representante dos trabalhadores da saúde para o “II Seminário Internacional de Amianto:
394 uma abordagem da Saúde dos Trabalhadores”. *Indicações:* Usuários: conselheiros **Geordeci de Souza**
395 **Menezes** e **Antônio Lacerda Souto**; e Trabalhadores: conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**. **3)**
396 Indicação de um representante do segmento usuários para substituir a ex-conselheira **Jani Capiberibe**
397 no Grupo de Trabalho “Gestão da Informação” e um representante do segmento gestores/prestadores
398 de serviço para compor o este Grupo. *Indicação:* usuários – conselheiro **Wanderley Gomes**; e
399 gestores/prestadores de serviço: aguarda indicação. **4)** Indicação de representantes, titular e suplente,
400 para o Comitê Técnico Assessor de Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do Ministério da
401 Saúde - CTA - VISAT/MS. *Indicação:* titular - conselheiro **Geordeci de Souza Menezes**; e suplente:
402 conselheiro **Guilherme Franco Neto**. **5)** Indicação de representantes, titular e suplente, para o Comitê
403 Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância. “A Comissão Intersectorial de Atenção à
404 Saúde nos Ciclos de Vida (Criança, Adolescente, Jovem, Adulto (a) e Idoso (a)) – CIASCV realizou sua
405 reunião no dia 2 de fevereiro de 2018 e teve como ponto de pauta o Comitê Intersectorial de Políticas
406 Públicas para a Primeira Infância, com a participação dos Conselhos envolvidos, no sentido de
407 esclarecer a decisão de compor ou não o referido comitê, conforme deliberação do Pleno do Conselho
408 Nacional de Saúde. Após debate, os membros da CIASCV concluíram, por unanimidade, que o CNS
409 deveria compor o Comitê, considerando: a articulação das ações setoriais com vistas ao atendimento
410 integral e integrado da criança na primeira infância; a necessidade imperativa de acompanhamento da
411 execução de Políticas voltadas à primeira Infância junto aos Estados, o Distrito federal e os Municípios
412 pelo Conselho Nacional de Saúde visando garantir o pleno atendimento dos direitos da criança na
413 primeira infância; o acompanhamento da execução de Políticas públicas voltadas à primeira infância; a
414 promoção, o desenvolvimento integral, prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a
415 criança na primeira infância; e o alinhamento com o Marco Legal da primeira Infância, aprovado, no
416 Governo da presidente Dilma Rousseff, no dia 8 de março de 2016. Trata-se de um marco jurídico que
417 cria uma série de programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral
418 das crianças desde o nascimento até os seis anos de idade, colocando a criança nessa faixa etária
419 como prioridade no desenvolvimento de programas, na formação dos profissionais e na formulação de
420 políticas públicas. Deste modo, a CIASCV esclareceu que o aceite significa a disposição do CNS em
421 debater, aprofundar e monitorar as Políticas Públicas para a Primeira Infância e seu controle social.”
422 Conselheira **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira** explicou que o FENTAS era contra a participação do
423 CNS no Comitê, por se tratar de um desdobramento do Programa Criança Feliz. Sendo assim, o
424 Conselho não deveria compor, nem legitimar suas definições. Nas suas palavras, as justificativas da
425 Comissão ainda eram insuficientes para justificar a participação. Conselheiro **Luiz Alberto Catanoco**
426 disse que o CONANDA apresentou argumentos para justificar a importância da participação do CNS no

427 Comitê e frisou que participar não significa concordância do CNS com o Programa. Diante da
428 divergência de encaminhamento, a mesa colocou em votação as propostas: **Adiar momentaneamente**
429 **a votação – 21 votos. 2) Votar naquele momento. A Proposta 1 foi vencedora com 21 votos. A**
430 **proposta 2 recebeu quatro votos. Quatro abstenções.** Sendo assim, o tema seria retomado
431 posteriormente para definição. **ITEM 4 – OS CONFLITOS DA ÉTICA EM PESQUISA NO MUNDO DA**
432 **SAÚDE - Apresentação:** conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, representante do Centro
433 Brasileiro dos Estudos de Saúde – CEBES; conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
434 coordenador da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP. A profa. **Marie Togashi**,
435 representante do Departamento de Farmácia da Universidade de Brasília – UnB e Presidente do
436 Comitê de Ética Humana da Faculdade de Ciências da Saúde, foi convidada, mas não pode
437 comparecer. **Coordenação:** conselheiro **André Luiz de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS.
438 Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP, abordou o tema começando
439 pela função do Sistema CEP/CONEP. Recuperou que a CONEP é uma das dezoito comissões ligadas
440 ao CNS, constituída pela Resolução do CNS n°. 196/96 como uma instância colegiada, de natureza,
441 normativa, deliberativa, reguladora, consultiva, educativa e formuladora de diretrizes e estratégias no
442 âmbito do CNS com constituição designada pela Resolução 246/97. O funcionamento/gestão da
443 CONEP é de responsabilidade compartilhada pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS e Secretaria de
444 Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS (Resolução CNS n°. 446/2011). A missão da
445 CONEP é elaborar e atualizar as diretrizes e normas para a proteção dos participantes de pesquisa e
446 coordenar a rede de Comitês de Ética em Pesquisa das Instituições. Disse que são 806 Comitês de
447 Ética em Pesquisa – CEP, sendo 61 na Região Norte, 162 na Nordeste, 61 na Centro-Oeste, 376 na
448 Sudeste - 376 e 146 na Sul. Seguindo, detalhou os direitos dos participantes de pesquisa, com base
449 nas Resoluções CNS n°s 466/2012, 441/2011, 340/2004 e 251/1997. Em primeiro lugar, destacou o
450 direito de acesso gratuito pós-estudo ao produto investigacional (quando for o caso): a Resolução CNS
451 n° 466 de 2012, item III. 3.d, afirma que as pesquisas devem “assegurar a todos os participantes ao
452 final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores
453 métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes”. Ainda complementa
454 (subitem d1) que “o acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação
455 individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de
456 extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante”. O
457 segundo é receber assistência (integral e imediata) por danos, de forma gratuita: a Resolução CNS n°
458 466/2012 define dano associado (ou decorrente) da pesquisa o “agravo imediato ou posterior, direto ou
459 indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa” (item II.6). Ainda no item V.6, a citada
460 Resolução define que “O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas
461 nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3,
462 bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se
463 refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa”. Além desses, é assegurado ao participante
464 requerer indenização por danos. A Resolução CNS n° 466/2012 (item IV.3) define que “os participantes
465 da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa,
466 previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do
467 pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa” (item V.7).
468 Cabe enfatizar que a questão da indenização não é prerrogativa da Resolução CNS n° 466/2012,
469 estando originalmente prevista no Código Civil (Lei 10.406/2002), sobretudo nos artigos 927 a 954, dos
470 Capítulos I (Da Obrigação de Indenizar) e II (Da I (Da Obrigação de Indenizar), Título IX (Da
471 Responsabilidade Civil). Além disso, receber ressarcimento de gastos (incluindo os de
472 acompanhantes). Ainda nos termos da Resolução CNS n° 466/2012, item II.21, o ressarcimento é
473 definido como “compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus
474 acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação”. Ainda, o item IV.3.g orienta
475 que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE deve conter obrigatoriamente “explicitação
476 da garantia 8 de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da
477 pesquisa e dela decorrentes”. A cobertura das despesas também pode se dar por meio do provimento
478 material prévio, assim definido pelo item II.18 da Resolução n° 466/2012: “compensação material,
479 exclusivamente para despesas de transporte e alimentação do participante e seus acompanhantes,
480 quando necessário, anterior à participação deste na pesquisa”. Além desses direitos, citou: receber as
481 informações do estudo de forma clara; ter oportunidade de esclarecer dúvidas; ter o tempo que for
482 necessário para a tomada de uma decisão autônoma; ter liberdade de recusa em participar do estudo;
483 ter liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer fase da pesquisa; ter liberdade de retirar o
484 consentimento de uso e guarda do material biológico; ter assegurada sua privacidade; e receber uma
485 via do TCLE (assinada e rubricada pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador). Deve-se rever
486 cuidadosamente o TCLE em busca de termos técnicos e inapropriadamente empregados ou traduzidos.
487 Termos de consentimento longos e excessivamente detalhados não são desejáveis. O título do
488 documento deve conter a expressão “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. Ademais, ter

489 assegurada a confidencialidade dos seus dados. O TCLE deve trazer a garantia de que os dados que
490 permitem a identificação do participante da pesquisa serão mantidos confidenciais a fim de preservar a
491 privacidade e não provocar danos, como, por exemplo, estigmatização e discriminação. O termo deve
492 ser um documento conciso, com linguagem fácil, redigido no formato de convite. Destacou ainda como
493 direitos: ter acesso gratuito ao método contraceptivo escolhido (quando for o caso); receber
494 aconselhamento genético gratuito (quando for o caso); ter acesso aos resultados dos exames
495 realizados durante o estudo; e solicitar retirada dos seus dados genéticos de bancos onde estejam
496 armazenados. Afora esses pontos, destacou a redução do tempo médio de tramitação, de maio de
497 2016 (31 dias) para março de 2018 (23 dias). Detalhou ainda os principais números alcançados pela
498 CONEP em 2017: 799 Comitês de Ética em Pesquisa cadastrados e ativos; 14.000 membros de CEP;
499 16.500.000 participantes de pesquisa nos últimos 5 anos; 550.000 pesquisadores cadastrados na
500 “Plataforma Brasil”; 2.736 pareceres consubstanciados emitidos; e 20 Anos de análise ética de
501 protocolos de pesquisa com seres humanos. Seguindo, falou sobre o PL n°. 7.082/2017, em tramitação
502 na Câmara dos Deputados, que dispõe sobre pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema
503 Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres Humanos. Explicou que o Projeto sugere que a
504 Comissão seja um órgão administrativo do Ministério da Saúde e, por outro lado, não há definição
505 sobre os integrantes da CONEP. No seu ponto de vista, o Projeto visa acabar com a independência da
506 CONEP/CNS e diminuir os direitos dos participantes de pesquisas (reduzir os direitos ao pós-estudo).
507 Detalhou a situação da tramitação atual do Projeto, explicando que em setembro foi realizada audiência
508 pública na Comissão de Ciência e Tecnologia, Comunicação e Informática - CCTCI, com avanço
509 importante, porque foi possível trazer setores da sociedade para apoiar o atual funcionamento do
510 sistema CEP/CONEP. Disse que o parecer do relator, que, entre outros aspectos, retira a CONEP do
511 âmbito do Conselho, seria apreciado na Comissão após a escolha do relator. Possivelmente, na
512 semana seguinte, a Comissão voltaria a ter atividade deliberativa e o parecer seria colocado para
513 votação com rapidez. Todavia, o Congresso, com a composição atual, funcionaria até mais ou menos
514 meados de junho. No seu entendimento, essa matéria possivelmente não seria votada nesta legislatura.
515 Em suma, disse que o quadro da tramitação ainda é negativo, mas foi possível melhorar algumas
516 questões secundárias e fazer com que a discussão chegasse a um novo momento (após as eleições).
517 Na sequência, expôs o representante do CEBES, conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, que
518 iniciou agradecendo a Mesa Diretora do CNS por pautar o tema, atendendo inclusive a sua solicitação.
519 Justificou que fez esse pedido após um pesquisador ter sido denunciado por usar a palavra “agrotóxico”
520 em suas pesquisas publicadas e intimado judicialmente a substituir o referido termo por “defensivo
521 fitossanitário”. Avaliou que ataques a pesquisadores e ao Legislativo contra os direitos dos participantes
522 de pesquisa representam o capitalismo ultraliberal que tem interesse em desregular e escapar de
523 todo mecanismo de controle social sob suas ações que visam apenas o lucro. Ressaltou que, nesse
524 contexto, incluem-se os projetos de lei que visam retirar do CNS a possibilidade de ter uma política de
525 Estado e, não de governo, em relação aos direitos das pessoas que são objetos de pesquisa em saúde.
526 Disse que, ao debater esse tema, a intenção é que o Pleno do CNS reconheça que suas deliberações
527 possuem efeito positivo para sociedade brasileira e conformam uma política de estado vital para
528 manutenção da vida, da saúde, da segurança alimentar... Destacou que a ética em pesquisa, setor
529 onde o capital pode ter lucro elevado e imediato, está em debate na Câmara dos Deputados. Do ponto
530 de vista de pesquisa, disse que a principal lacuna do PL é que o controle social de estado, e não de
531 governo, sobre os resultados de pesquisas clínicas e tecnologias em saúde, é apropriado na medida
532 em que alguém pretende lucrar com a venda para o setor público. Saliu que nesse ponto
533 concentra-se a atuação do Conselho. Defendeu uma política de saúde em que o Estado faça sua
534 política; a empresa que deseje testar produto entregue seu financiamento para este fim a um fundo
535 estatal; editais nacionais para concorrência pública sejam publicados; testes sejam realizados; e
536 resultados sejam realizados, independente do fabricante. Frisou que o fabricante não pode ter o
537 controle das finanças e definir quem irá fazer os testes. Saliu que há uma disputa entre o controle
538 social total privado e o controle social pelo controle da saúde – a saúde, bem social e direito público,
539 não pode ser entregue ao interesse privado. Com a diminuição dos recursos para pesquisas, disse que
540 tramita na CD Projeto para criação de órgãos de captação e financiamento no âmbito de cada
541 universidade e PL deputados ligados a São Paulo propõe que as universidades constituam fundos e do
542 total seja aplicado 10% do recurso para a pesquisa e os 90% investido em bolsas de capital. Caso entre
543 em prática, o gestor do fundo de ciência e tecnologia em cada universidade terá mais poder que o
544 reitor, que o conselho universitário e o pró-reitor de pesquisa na escolha e na decisão de prioridades de
545 pesquisa de cada universidade. Frisou que a criação de um fundo nacional de ciência e tecnologia, com
546 editais nacionais, controlados pelo CNPQ, é vital como política de estado. Assim como é vital a
547 manutenção da CONEP no âmbito do CNS como política pública de defesa da vida e da saúde.
548 Destacou que há linhas claras separando interesse mercantil e público e que há linhas destacando que
549 é possível conviver com o interesse corporativo e de investimento de novas pesquisas no setor privado
550 desde que este não domine ou anule o controle social. Todavia, os projetos legislativos em tramitação

551 no Congresso Nacional vão na linha de anular o controle social e extinguir o controle público.
552 **Manifestação.** Conselheiro **Moysés Toniolo** solicitou maiores detalhes sobre o PL 7.082, por conta
553 das diversas mudanças, inclusive para mobilizar as bases para debate do tema. Também manifestou
554 preocupação com projetos que visam beneficiar bem mais os patrocinadores das pesquisas do que os
555 usuários do Sistema. Conselheira **Christianne Maria Oliveira Costa** fez os seguintes
556 questionamentos: em relação ao patrocinador na pesquisa, no caso de organizações sociais, esse
557 patrocínio não pode voltar para o patrocinador a fim de ser investido para qualidade de vida do usuário?
558 Que critérios estabelecem os limites para abordagem do usuário na pesquisa? Conselheiro **Nelson**
559 **Mussolini** manifestou preocupação com as falas dos expositores porque poderia passar a ideia que os
560 produtos desenvolvidos pelo setor privado não são éticos. Inclusive, estranhou a ausência de
561 representante das clínicas de pesquisa para fazer um contraponto no debate. Considerando o custo
562 envolvido nas pesquisas de novas drogas farmacêuticas (R\$ 1 bilhão), perguntou se o Estado Brasileiro
563 possui condições de investir esse montante em pesquisas, ao invés de investir em áreas essenciais da
564 saúde. Lembrou, inclusive, que, a cada 10 mil moléculas em estudo, apenas uma resulta em produto
565 final. Defendeu que o controle social continue a cuidar da pesquisa clínica no Brasil, mas que a CONEP
566 considere as experiências exitosas de outros países. Rebateu a ideia de criminalização de pesquisa
567 clínica e ponderou que a proibição desse estudo traria sérios prejuízos aos usuários que utilizam os
568 medicamentos disponíveis. Conselheiro **Giovanny Kley Silva Trindade** destacou a importância de
569 debate acerca de conflito ético, avaliando o financiador, o pesquisador e participante da pesquisa.
570 Destacou a vulnerabilidade dos pós-graduandos que realizam pesquisa, sem nenhum tipo de seguro,
571 dispondo apenas de bolsa, e solicitou que essa situação seja debatida pela CONEP. Frisou que o
572 mercado tem sua importância, mas é preciso reconhecer que possui responsabilidade diferente do
573 Estado. Por fim, frisou que ciência, tecnologia e inovação devem servir ao benefício do povo brasileiro.
574 Conselheiro **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara** ponderou que é preciso encontrar meio termo que
575 assegure e salvasse os direitos dos participantes de pesquisa e, por outro lado, não impeça o
576 desenvolvimento de pesquisa clínica no país, tanto pelo setor público, quanto pelo privado. Também
577 perguntou se o novo projeto define como será a fiscalização dos comitês, a fim de evitar
578 comprometimento ético na análise de pesquisas. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** defendeu a
579 participação cidadã no acompanhamento das pesquisas e na defesa dos direitos dos participantes e,
580 por outro lado, lembrou que não é toda a indústria que está no patamar de maior ambição de lucro e
581 descuido com o sujeito da pesquisa. Também sugeriu realizar seminário da CONEP, para debater a
582 pesquisa na saúde indígena, junto com a atividade da CISI e da COFIN/CNS, prevista para agosto de
583 2018. Por fim, elogiou o cuidado ético dos integrantes da CONEP com a análise dos protocolos de
584 pesquisa que chegam à Comissão. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, na condição de
585 docente de instituição privada, destacou a dificuldade de realizar pesquisas e de olhar, de fato, para a
586 saúde da população. Salientou a importância de dar continuidade a esse debate, inclusive com a
587 participação de outras representações, na lógica da defesa do participante de pesquisa. Conselheira
588 **Sarlene Moreira da Silva** chamou a atenção para a peculiaridade da pesquisa com povos indígenas,
589 lembrando inclusive que está prevista em Resolução específica (nº. 304/2000) e defendeu a
590 manutenção da CONEP no âmbito do controle social. Além disso, destacou a importância da
591 atualização desta Resolução e também disse ser essencial conhecer o retorno das pesquisas para as
592 comunidades indígenas. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Heleno Rodrigues Corrêa Filho** comentou as
593 falas dos conselheiros, esclarecendo, inicialmente, que a sua proposta não foi de investimento público
594 do Estado na pesquisa clínica, mas sim, que os produtos tecnológicos e farmacêuticos e os insumos do
595 setor privado, para obtenção do registro clínico, sejam financiados pelo setor privado, por meio de
596 editais públicos, com controle do Estado (fundo público) e fiscalização do CNPQ. Disse que não se trata
597 de desestimular o setor privado, mas sim impedir que as pesquisas sejam conduzidas por aqueles que
598 têm interesse em aprová-las. Frisou que a intenção é ir contra propostas que retiram direitos de
599 usuários e enfraquecem o controle social. Destacou que há publicações científicas (Revista Lancet),
600 além de vasta literatura a respeito. Salientou que há propostas para rebater aqueles que são contra o
601 povo e o direito do usuário. Por fim, reiterou a defesa de fundo público de pesquisa socialmente
602 controlado e que o setor privado possa investir, mas não controlar o resultado. Conselheiro **Jorge**
603 **Alves de Almeida Venâncio** respondeu aos questionamentos do Pleno destacando que: a instituição
604 pública deve estar ciente no caso de pesquisa realizada no local e a resolução do CNS, aprovada na
605 última reunião, define o procedimento e os cuidados no recrutamento do usuário em pesquisa; OS pode
606 ser patrocinador de pesquisa, desde que assuma os compromissos em relação ao direito dos
607 participantes; na sua exposição, não questionou o setor privado; quadro da pesquisa do país – 10% de
608 laboratórios, 10% da FAPESP e pesquisa acadêmica; a CONEP está sob ataque – em que pese as
609 mudanças no projeto, foi mantida a proposta de acabar com a independência da Comissão – comissão
610 sem mandato vinculada ao ministro e ao secretário – o projeto não define limite para que haja
611 mudanças; o seminário proposto pela CONEP não é somente sobre saúde indígena, mas sim sobre a
612 Resolução nº. 304, que trata sobre todas as pesquisas com indígenas, assim, será necessária a

613 participação da comunidade indígena e de pesquisadores da área de saúde e de ciências humanas - a
614 proposta é realizar o seminário em uma das reuniões da CONEP, com convite de segmentos da área
615 indígena, da CISI/CNS, de pesquisadores para levantar subsídios para atualização da Resolução nº.
616 304; é preciso acompanhar melhor o conjunto dos 800 CEP e a proposta é realizar processo mais
617 intensivo de formação de membros dos Comitês. Após essas falas, a mesa procedeu aos
618 encaminhamentos. **Deliberação: após debate, o Plenário apontou a necessidade de dar**
619 **continuidade ao debate deste tema. Sendo assim, a Mesa Diretora do CNS avaliará a melhor**
620 **forma de pautar esse tema novamente no Pleno para definição de encaminhamentos. ITEM 5 -**
621 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT**
622 **- Apresentação: Átila Lira**, Deputado Federal; e conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**, coordenador da
623 CIRHRT/CNS. O deputado federal **Orlando Silva** também foi convidado, mas não pode comparecer.
624 **Coordenação: conselheira Francisca Rêgo Oliveira Araújo**, da Mesa Diretora do CNS.
625 Contextualizando, a coordenadora da mesa explicou que no ponto seria promovido debate sobre a
626 modalidade Educação a Distância - EaD na área da saúde, com a presença do deputado federal **Átila**
627 **Lira**. Explicou que o deputado apresentaria seu posicionamento sobre a competência constitucional do
628 SUS de ordenar a formação dos recursos na área da saúde e impressões sobre os PL em tramitação
629 na Câmara dos Deputados sobre a modalidade EaD na área da saúde, a exemplo do nº. 5.414/2016,
630 que proíbe o incentivo do desenvolvimento e veiculação de programas de ensino à distância em curso
631 da área de saúde. O deputado federal, **Átila Lira**, cumprimentou os integrantes da mesa e os demais
632 presentes e explicou que, nos últimos anos, normas do Ministério da Educação modificaram a forma de
633 ensino, utilizando a modalidade EAD como instrumento de tecnologia para atingir a cobertura
634 educacional no Brasil. Disse que essa modalidade foi estendida à área da saúde, causando grande
635 impacto. Explicou que o MEC definiu a legislação que desobriga o ensino presencial na formação,
636 sobretudo na área da saúde, sem debate com as categorias. Inicialmente utilizado em cursos
637 gerenciais, os cursos a distância foram estendidos para a área da saúde, com exceção de Medicina e
638 Odontologia. Disse que o Conselho Federal de Enfermagem - COFEn questionou a situação, o que
639 gerou discussão e posicionamento mais concreto do MEC. Como resultado, o ex-ministro da Educação,
640 **Aloizio Mercadante**, definiu que a Enfermagem deveria ter autorização restritiva (o MEC não poderia
641 autorizar sem uma série de mecanismos e as escolas não poderiam criar os cursos sem autorização do
642 MEC – Medicina, Odontologia, Psicologia. Posteriormente, a Enfermagem foi incluída). Disse que ele foi
643 indicado como relator para analisar os projetos que visam definir nova regulação sobre ensino a
644 distância e apresentou substitutivo, inclusive com debate com MEC e CNE. A intenção é garantir que
645 cada conselho regional participe da formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Destacou que o
646 debate produziu compromissos – além de alterar as normas do MEC, fazer entendimento imediato
647 entre cada conselho com o CNE e CNS em cada área de formação. Inclusive, disse que, além do
648 debate no Legislativo, é preciso debate no Executivo para estabelecer norma que permita participação
649 mais efetiva do CNS nesse tema. Acrescentou que o PL de sua autoria foi aprovado na Comissão de
650 Educação da Câmara, no final de 2017 e encontra-se na Comissão de Seguridade Social, ainda sem
651 relator. Enquanto se aguarda a tramitação da lei, é preciso ação pró-ativa do CNS, articulada com os
652 conselhos profissionais, no MEC e no CNE para concretizar o compromisso assumido de envolver os
653 conselhos profissionais nos debates e frear a oferta de cursos ou assegurar que seja feita de acordo
654 com as contribuições dos conselhos profissionais. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** aproveitou
655 para destacar a dificuldade de relacionamento do CNS com o CNE/MEC e citou, por exemplo, que as
656 sugestões deste Conselho às Diretrizes Curriculares Nacionais não foram consideradas por aquele
657 Conselho. Conselheiro **Antônio Lacerda Souto** registrou estranhamento com a postura do MEC no
658 que se refere à pauta da educação e à falta de diálogo com o CNS. Conselheiro **Wilson Hiroshi de**
659 **Oliveira Uehara** ressaltou a importância de definir estratégias para acelerar a inclusão do curso de
660 graduação em Farmácia no rol de cursos analisados pelo CNS. Conselheira **Francisca Valda da Silva**
661 destacou a importância desse debate, lembrando que a tecnologia deve ser utilizada para ampliar a
662 ação do cuidado. Nessa linha, manifestou preocupação com a flexibilização da educação a distância
663 porque pode causar danos irreparáveis à vida e à saúde das pessoas. Lembrou que compete ao SUS
664 ordenar a formação de recursos humanos da saúde e o CNS, órgão máximo de deliberação do SUS,
665 organizou-se para cumprir esse papel. Lembrou que a educação é livre, inclusive à iniciativa privada,
666 desde que observadas as normas gerais da educação nacional condicionada à autorização e avaliação
667 da qualidade da educação. Disse que a educação a distância é bem-vinda como ferramenta nas aulas
668 presenciais, mas não pode ser o modo de organização de projeto pedagógico. Por fim, disse que o
669 processo de ordenação passa pela Resolução do CNS nº. 350, pela Resolução nº. 515, Decreto nº.
670 9.235/2017 e destacou a importância de aliança com o Legislativo para aprovação de leis que garantam
671 a qualidade da formação dos profissionais. A representante da Plenária de Conselhos, **Edna Maria**,
672 solicitou atenção para cursos a distância, ofertados em Rondônia pela UNOPAR, de Medicina,
673 Farmácia, Fisioterapia e Educação Física. **Retorno da mesa. O Deputado Federal Átila Lira** identificou
674 consenso nas falas sobre a necessidade de enfrentar essa situação o quanto antes, pois a legislação

675 flexibilizou e possibilitou oferta sem limites, permanecendo protegidos apenas os cursos de Medicina,
676 Odontologia, Enfermagem e Psicologia. Disse que é preciso buscar entendimento conjunto do MEC,
677 MS, CNE e CNS, haja vista a necessidade de participação do CNS e dos conselhos profissionais na
678 construção das Diretrizes Curriculares. Na Comissão de Seguridade de Família, é possível trabalhar
679 com o CNS, os conselhos profissionais e o CNE. O Deputado Federal **Átila Lira** disse que a intenção é
680 construir as DCN com o CNS, os conselhos profissionais e o CNE. Informou ainda que participaria de
681 audiência convocada pela deputada Alice Portugal para tratar de Projeto. Finalizando, o coordenador
682 da CIRHRT/CNS entregou ao deputado um apanhado de material e deliberações do Conselho
683 manifestando posição contrária à educação a distância na área da saúde. Seguindo, a coordenadora da
684 mesa procedeu ao debate do Parecer Técnico nº 000, de 11 de abril de 2018, que trata das
685 implicações/impactos da Portaria GM/MS nº 83/2018, que institui o Programa de Formação Técnica
686 para Agentes de Saúde - PROFAGS, na formação e no trabalho dos Agentes de Saúde - ACS e ACE
687 na Estratégia Saúde da Família - ESF. Conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria**, coordenador da
688 CIRHRT/CNS, explicou que a Comissão realizou reunião ampliada em abril de 2018 e, após debate, foi
689 elaborado parecer técnico que trata das implicações/impactos da Portaria GM/MS nº 83/2018, que
690 institui o PROFAGS, na formação e no do trabalho dos ACS e ACE na Estratégia Saúde da Família. No
691 parecer, disponibilizado aos conselheiros e também enviado com antecedência, o CNS se manifesta
692 contrário ao modelo de formação proposto por meio da Portaria GM/MS nº 83/2018, que institui o
693 PROFAGS, considerando que é dever do Estado a responsabilidade pela adequada formação
694 profissional dos trabalhadores da área da saúde e necessidade de democratizar a educação e formar
695 profissionais com perfil, número e distribuição adequados ao SUS. Explicou que a Comissão elaborou
696 minuta de resolução que aprova o parecer técnico (anexo) para deliberação do CNS. Feita essa
697 apresentação, foi aberta a palavra aos conselheiros para manifestações. Nas falas iniciais, foram
698 apresentadas as seguintes sugestões: não incluir posição do CNS no corpo da resolução (último
699 considerando); e incluir no "resolve" que o CNS é contra o PROFAGS. Antes de abrir aos demais
700 inscritos, conselheiro **Alexandre Fonseca Santos** solicitou vistas à minuta para melhor avaliação da
701 matéria. Na sequência, houve manifestações questionando o motivo do pedido de vistas. A fim de não
702 haver dúvidas, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** procedeu a explicações sobre o processo
703 diante de pedido de vistas. Explicou que, nos termos do Regimento Interno do CNS (Subseção III, Do
704 Pedido de Vista), apresentando o tema, qualquer Conselheiro poderá pedir vista para melhor avaliação
705 do ponto de pauta, cabendo ao Conselheiro ser relator do processo, remetendo-se a discussão sobre o
706 tema para a Reunião Ordinária subsequente. Ocorrendo o pedido de vista da matéria, a discussão
707 ficará suspensa automaticamente. A matéria retirada da ordem do dia, em virtude de pedido de vista,
708 será devolvida à Secretaria-Executiva até dez dias antes da reunião subsequente, para ser
709 disponibilizada ao CNS, acompanhada do parecer emitido pelo Conselheiro que pediu vista. Havendo
710 pedido de vista, o Presidente consultará o Plenário quanto ao interesse de mais algum Conselheiro
711 utilizar-se do mesmo direito, uma vez que não haverá novo pedido de vista. Quando mais de um
712 Conselheiro pedir vista de uma matéria, o prazo para apresentação dos pareceres será o mesmo
713 previsto no § 1º deste artigo, devendo a Secretaria-Executiva fornecer o material disponível para a
714 elaboração dos seus pareceres. O Conselheiro perde o direito de apresentação e apreciação do seu
715 parecer, nas seguintes situações: I - não cumprimento do prazo estabelecido no § 1º deste artigo; e II -
716 não comparecimento na reunião designada para tal fim. É vedado ao conselheiro relator designar a
717 outro a apresentação do seu parecer. Diante do pedido de vistas, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira**
718 **Araújo** interrompeu a discussão e perguntou se algum outro conselheiro desejaria solicitar vistas. Não
719 havendo, disse que o conselheiro **Alexandre Fonseca Santos**, representante do Ministério da Saúde,
720 deveria apresentar parecer até o dia 28 de abril de 2018, ou seja, até dez dias antes da próxima
721 Reunião Ordinária do CNS, que acontecerá em 9, 10 e 11 de maio. O tema será pautado para debate
722 na próxima reunião do Conselho. Antes de encerrar, conselheiro **Gerdo Bezerra de Faria** informou que
723 representantes do DEGES e da SGTES estavam presentes à reunião ampliada que debateu o tema. A
724 seguir, conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** justificou que não seriam apresentados processos
725 na reunião, por conta das mudanças nas datas das reuniões. No mais, disse que o Conselho,
726 cumprindo o dispositivo constitucional, tem assumido o papel de ordenar a formação de recursos
727 humanos na área da saúde e é preciso definir formas de fazer valer as deliberações deste Colegiado.
728 Salientou, ainda, que na agenda de atividades da CIRHRT/CNS está prevista reunião com o Ministério
729 da Educação. Feitas essas considerações, procedeu aos encaminhamentos. **Deliberação: como**
730 **resultado, as deliberações foram as seguintes: 1) manter a agenda de mobilização do CNS no**
731 **MEC/CNE, contando com o apoio dos Conselhos Profissionais da área da saúde, das**
732 **Associações de Ensino e dos parlamentares envolvidos com os PL contra EaD; 2) remeter para**
733 **a CIRHRT/CNS e a Mesa Diretora/CNS a definição de estratégias para acelerar a inclusão do**
734 **curso de graduação em Farmácia no rol de cursos analisados pelo CNS; e 3) delegar à Mesa**
735 **Diretora do CNS a construção de estratégia para buscar, no Poder Legislativo, a elaboração de**
736 **normativa jurídica que defina claramente o papel do Ministério da Educação - MEC, do Ministério**

737 da Saúde - MS e do Conselho Nacional de Saúde - CNS na ordenação da formação profissional
738 dos trabalhadores da área da saúde, de acordo com o estabelecido na Constituição Federal de
739 1988. Definido esse ponto, a mesa retomou o debate sobre a participação do CNS no Comitê
740 Intersectorial de Políticas Públicas para a Primeira Infância. Após novas ponderações, o Pleno ainda não
741 chegou a consenso sobre a participação do Conselho no Comitê. Sendo assim, a proposta da CIASCV
742 foi submetida à votação. **Deliberação: o Plenário aprovou, com 23 votos favoráveis, dez votos**
743 **contrários e uma abstenção, a participação do CNS no Comitê Intersectorial de Políticas Públicas**
744 **para a Primeira Infância. Diante dessa definição, aprovou, com nove abstenções, as seguintes**
745 **indicações do segmento dos usuários para compor o Comitê, representando o CNS: conselheira**
746 **Vânia Lúcia; e conselheira Marisa Furia Silva. O segmento de trabalhadores da saúde decidiu**
747 **não indicar representante, por ser contra a participação do CNS no Comitê. ITEM 6 – 16ª**
748 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - Balanço das atividades. Coordenação: conselheiro Ronald**
749 **Ferreira dos Santos, Presidente do CNS; e conselheiro Rildo Mendes, da Mesa Diretora do CNS. 1ª**
750 **Conferencia Nacional de Vigilância em Saúde – 1ª CNVS, realizada de 27 de fevereiro de 2018 a 2**
751 **de março de 2018. Conselheiro Fernando Zasso Pigatto fez um breve informe sobre a realização e**
752 **desdobramentos da 1ª CNVS. Na sua avaliação, a Conferência representou uma vitória do controle**
753 **social, com definições importantes sobre a vigilância em saúde. Inclusive, apresentou a proposta de**
754 **denominar a 1ª CNVS “Neide Rodrigues” em homenagem à Secretária-Executiva do CNS, falecida em**
755 **março de 2018. O Presidente do CNS explicou que a proposta é lançar a Política Nacional de Vigilância**
756 **em Saúde no congresso da ABRASCO. 21ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e**
757 **Movimentos Sociais e Populares, realizada nos dias 4 e 5 de abril de 2018 – O representante da**
758 **Coordenação de Plenária, Jacildo de Siqueira Pinho fez um informe sobre a 21ª Plenária e avaliação**
759 **do processo. Pontuou como dificuldades enfrentadas: falta de apoio dos gestores estaduais e**
760 **municipais e, em alguns estados, dos conselhos de saúde para realização da Plenária; número de**
761 **participantes aquém do esperado (850 participantes e previsão de 1200), por conta das dificuldades; e**
762 **necessidade de os conselheiros conhecerem o SUS (foi solicitada capacitação). Por outro lado,**
763 **identificou como pontos positivos: Plenária foi um processo preparatório da 16ª CNS; e a dinâmica**
764 **utilizada possibilitou ouvir mais os participantes. A representante da Coordenação de Plenária, Edna**
765 **Regina dos Santos, solicitou que o CNS homologue a moção de apoio, aprovada na 21ª Plenária, para**
766 **manutenção e fortalecimento da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos de Saúde. Semana**
767 **da saúde - Conselheiro Ronald Ferreira dos Santos, Presidente do CNS, fez um balanço positivo das**
768 **atividades realizadas pelo CNS, pelos Estados e entidades durante a Semana da saúde, com destaque**
769 **para as atividades nos locais de trabalho, diálogo com a sociedade sobre o trabalho e o serviço em**
770 **saúde e ações nas praças de divulgação sobre controle social e participação. Além disso, destacou a**
771 **coleta de assinaturas para o abaixo-assinado em apoio à Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI**
772 **nº. 5.658, que tem como objetivo vetar a Emenda Constitucional 95/2016. Encaminhamento: divulgar**
773 **as atividades realizadas. Também será definida disse que será definida marca da 16ª**
774 **Conferência e poderão ser enviadas contribuições para carta aos candidatos às eleições. Além**
775 **disso, informou que o Ministro de Estado da Saúde foi chamado a participar de audiência no Palácio do**
776 **Planalto, por essa razão, estaria presente no início do segundo dia de reunião. Nada mais havendo a**
777 **tratar, encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e**
778 **conselheiras no período vespertino do primeiro dia de reunião: Titulares – Antonio Pitol, Pastoral da**
779 **Saúde Nacional; Artur Custódio Moreira de Sousa, Movimento de Reintegração das Pessoas**
780 **Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; Carlos de Souza Andrade, Confederação Nacional do**
781 **Comércio – CNC; Carmen Lucia Luiz, União Brasileira de Mulheres – UBM; Carolina Abad,**
782 **Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama – FEMAMA; Cleuza**
783 **Maria Faustino do Nascimento, Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde,**
784 **Trabalho, Previdência e Assistência Social – FENASPS; Dylson Ramos Bessa Junior, Organização**
785 **Nacional de Entidades de Deficientes Físicos – ONEDEF; Geordeci M. Souza, Central Única dos**
786 **Trabalhadores; Heliana Neves Hemeterio dos Santos, Associação Brasileira de Lésbicas, Gays,**
787 **Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT; Jani Betânia Souza Capiberibe, Associação Brasileira**
788 **de Autismo – ABRA; João Donizeti Scaboli, Força Sindical; João Rodrigues Filho, Confederação**
789 **Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; Lorena Baía de Oliveira Alencar, Conselho Federal**
790 **de Farmácia (CFF); Luiz Alberto Catanoce, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e**
791 **Idosos - SINDINAPI/FS; Luiz Aníbal Vieira Machado, Nova Central Sindical de Trabalhadores –**
792 **NCST; Maria Laura Carvalho Bicca, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; Moysés**
793 **Toniolo de Souza, Articulação Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; Nelson Augusto Mussolini,**
794 **Confederação Nacional da Indústria – CNI; Neilton Araújo de Oliveira, Ministério da Saúde; Oriana**
795 **Bezerra Lima, Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV); Rildo Mendes, Articulação dos**
796 **Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; Ronald Ferreira dos Santos, Federação Nacional dos**
797 **Farmacêuticos – Fenafar; Wanderley Gomes da Silva, Confederação Nacional das Associações de**
798 **Moradores – CONAM; e Zaira Tronco Salerno, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).**

799 *Suplentes* – **Analice Dantas Santos**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Ana Lúcia da**
800 **Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus; **Clarice Baldotto**, Associação de
801 Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de
802 Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn;
803 **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força
804 Sindical – Sindnapi; **José Eri Osório de Medeiros**, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de
805 Saúde – CONASEMS; **Jupiara Gonçalves de Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
806 Técnicos Administrativos em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil – FASUBRA; **Lenise**
807 **Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Rafaela Bezerra**
808 **Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Sarlene**
809 **Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB; **Sérgio**
810 **Diego de França**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**,
811 Pastoral da Criança. Iniciando o segundo dia de reunião, a mesa foi composta pelo Ministro de Estado
812 da Saúde, **Gilberto Occhi**, pelo conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS;
813 pelo conselheiro **Nelson Mussolini**, da Mesa Diretora do CNS, e pelo conselheiro **Ronald Ferreira dos**
814 **Santos**, Presidente do CNS. Iniciando, o Presidente do CNS deu boas-vindas ao Ministro da Saúde,
815 que participava da reunião do CNS pela primeira vez, substituindo o ex-ministro **Ricardo Barros**.
816 Destacou a importância da presença do Ministro **Occhi** no Conselho, pois reforça o compromisso com
817 o controle social. Recuperou que no último período, em que pese as dificuldades, foi possível realizar
818 três conferências da saúde, com resultados importantes para o fortalecimento do SUS. Também
819 entregou ao Ministro de Estado da Saúde o planejamento do CNS, com destaque para a missão do
820 Conselho (“Defender o Sistema Único de Saúde público, integral, gratuito, universal e de qualidade,
821 mobilizando a sociedade brasileira em defesa do estado democrático e do direito à saúde, e participar
822 da formulação e monitoramento da política nacional de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo do
823 controle social) e para as diversas atividades realizadas segundo essa diretriz. Entre os desafios do
824 CNS para o futuro, destacou a organização da 16ª Conferência Nacional de Saúde que apontará
825 diretrizes para assegurar a saúde do povo brasileiro. Por fim, frisou que a presença do Ministro da
826 Saúde nas reuniões do Conselho é fundamental para impulsionar o protagonismo da gestão
827 participativa no SUS e construir soluções para os problemas. O Ministro de Estado da Saúde, **Gilberto**
828 **Occhi**, saudou os presentes na pessoa do Presidente do CNS e dos representantes do Ministério da
829 Saúde e destacou a responsabilidade de assumir a gestão do Ministério da Saúde. Explicou que a sua
830 gestão será pautada por confiança, trabalho, respeito, primando pelo diálogo, escuta e respeito às
831 opiniões. Além disso, afirmou que conhecimento e informação são essenciais para avançar na gestão
832 eficiente, ampliando o acesso à saúde no Brasil. Disse que definiu dez pontos prioritários para sua
833 gestão, mas primará pelo diálogo com diferentes setores para subsidiar a tomada de decisões. Afirmou
834 também que dará continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido pelo Ministro Barros, sempre
835 com o intuito de avançar cada vez mais. Chamou a atenção para a importância do setor saúde que,
836 junto com a segurança pública, afeta todos os setores da sociedade. Comprometeu-se a participar das
837 reuniões do CNS e a ouvir as diferentes opiniões dos conselheiros e conselheiras sobre as decisões na
838 saúde, visando melhor serviço e atendimento à população brasileira. Por fim, disse que a intenção é
839 reforçar a participação e contribuição do Ministério da Saúde nas comissões do Conselho na busca de
840 ampliar os debates e adotar medidas mais adequadas a todos. Em virtude de outro compromisso, o
841 Ministro da Saúde não poderia permanecer na reunião para debate. Por essa razão, foi aberta a
842 palavra para apenas uma intervenção. Conselheira **Altamira Simões dos Santos de Sousa**,
843 representante da Rede Nacional Lai Lai Apejo no CNS, dirigindo-se ao Ministro de Estado da Saúde,
844 salientou que a população negra “não possui direito à cidade” e a “segurança pública significa morte”
845 para esse segmento. Destacou que se vive no país vários retrocessos, após treze anos de avanços em
846 políticas sociais e inclusivas, muitas delas decorrentes do Programa Bolsa Família. Nessa linha,
847 salientou que o corte no número de beneficiários do Programa trouxe prejuízos para diversos
848 segmentos da população, sendo a Região Nordeste a mais afetada. Para ilustrar a importância desta
849 política social, explicou que é aluna cotista do curso de Psicologia por conta do Programa. Nesse
850 contexto, perguntou ao Ministro de Estado da Saúde que novas estratégias serão adotadas para
851 reverter as perdas e impedir o avanço das violências e do fundamentalismo, que interfere inclusive na
852 saúde da mulher no que diz respeito à sexualidade. Além disso, quis saber o que será feito para
853 garantir a continuidade do SUS que, entre outros aspectos, assegura o mínimo de bem-estar à
854 população negra. O Ministro de Estado da Saúde comprometeu-se a responder posteriormente aos
855 questionamentos da conselheira. O Presidente do CNS explicou que a reunião do Conselho será
856 organizada com antecedência a fim de possibilitar a participação do Ministro da Saúde. Também
857 destacou a disposição do Ministro da Saúde para o diálogo e o reforço à estrutura das comissões na
858 busca de soluções. **ITEM 7 – IMPACTOS DA PORTARIA Nº 739 NO PROGRAMA FARMÁCIA**
859 **POPULAR** - *Apresentação:* **Sérgio Mena Barreto**, Presidente-Executivo da Associação Brasileira de
860 Redes de Farmácias e Drogarias – ABRAFARMA; **Bruno César Almeida Abreu**, Sindicato da Indústria

861 de Produtos Farmacêuticos no Estado de São Paulo – SINDUSFARMA; **Cleonice Lisbete Silva Gama**,
862 coordenadora do Programa Farmácia Popular/DAF/SCTIE/MS; e conselheiro **Ronald Ferreira dos**
863 **Santos**, Presidente do CNS. *Coordenação:* conselheiro **Nelson Augusto Mussolini**, da Mesa Diretora
864 do CNS. Contextualizando, conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** explicou que o tema foi pautado
865 por conta da preocupação com o impacto da Portaria nº 739 no Programa Farmácia Popular. Destacou
866 que o “Programa Farmácia Popular” e “Aqui tem Farmácia Popular”, junto com o Programa Nacional de
867 DST/Aids e Programa dos Genéricos, compõe o rol de programas exitosos instituídos no país,
868 garantidores de acesso. Explicou que foi feito convite à representação do Conselho Nacional de Política
869 Fazendária – CONFAZ, formado pelos Secretários de Fazenda, Finanças ou Tributação dos Estados e
870 do Distrito Federal, mas não foi indicado representante. Relatou que, diante da publicação da Portaria,
871 entidades do setor farmacêutico enviaram ofício ao Ministro da Saúde solicitando suspensão dos
872 efeitos da medida que altera os valores de referência dos medicamentos da Farmácia Popular e cria
873 sérios riscos ao acesso de brasileiros ao Programa. Para a cadeia farmacêutica, a medida, que deverá
874 entrar em vigor no dia 30 de abril de 2018, representa uma arriscada e precipitada intervenção do
875 Governo no Programa, visto que altera não apenas os preços, mas toda a sua lógica anterior. A
876 ausência de debates técnicos impede que se conheçam os critérios adotados para se chegar aos
877 valores determinados. Também registrou que os representantes de CONASS e CONASEMS deveriam
878 estar presentes acompanhando esse e outros debates importantes do Conselho. Por fim, informou que
879 o representante da ABRAFARMA, **Sérgio Mena Barreto**, foi conselheiro do CNS e ajudou a
880 implementar o “Programa Farmácia Popular”. Feitas essas considerações, abriu a palavra aos
881 palestrantes. O primeiro expositor foi o representante do SINDUSFARMA, **Bruno César Almeida**
882 **Abreu**, que iniciou sua fala com um pouco da história do SINDUSFARMA, empresa fundada em 1933,
883 que representa mais de 95% da participação de mercado da indústria farmacêutica no Brasil. Falou
884 sobre o Programa “Aqui tem Farmácia Popular”, destacando os seguintes números: 34.543 farmácias
885 credenciadas; 4.463 municípios atendidos; 667 apresentações; 33 Princípios ativos; 21 milhões
886 beneficiários do Programa; expansão do acesso e redução de custos com internações: exemplo -
887 asma: 781 mil pessoas obtiveram medicação sem custo, reduzindo internações no SUS em 16% (20 mil
888 internações a menos); e orçamento do governo para 2018: R\$ 3 bilhões. Recuperou que o “Programa
889 Farmácia Popular” foi instituído em 2004 por intermédio da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que
890 autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ a disponibilizar medicamentos mediante ressarcimento,
891 e pelo Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a Lei e institui o “Programa Farmácia
892 Popular do Brasil”. Em 2006, pela Portaria nº 491, o Ministério da Saúde expandiu o Programa Farmácia
893 Popular do Brasil, com a criação do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, na modalidade co-
894 pagamento. Nesse modo, com credenciamento da rede privada de farmácias e drogarias comerciais e
895 a criação dos Valores de Referência – VR, para serem aplicados na modalidade co-pagamento, para
896 cinco princípios ativos indicados para o tratamento da hipertensão e quatro para o tratamento do
897 diabetes. Em 2009, por meio da Portaria nº 749, de 15 de abril de 2009, todos os Valores de Referência
898 do programa “Aqui tem Farmácia Popular” sofreram redução. A partir de 2011, o programa “Aqui tem
899 Farmácia Popular” passou a disponibilizar os medicamentos indicados para o tratamento da
900 hipertensão e do diabetes sem custos para os usuários. Esta campanha foi denominada “Saúde Não
901 Tem Preço”. Ainda no histórico dos Programas, destacou, em 28 de março de 2018, a publicação da
902 Portaria MS nº 739 que definiu nova metodologia para trazer os VR distintos, por Unidade da
903 Federação. Explicou que a CMED maneja com dificuldade seis valores diferentes na definição do preço
904 (um para cada alíquota de ICMS, entre 12% e 20%). A Portaria nº 739/18 aplica Valores de Referência
905 distintos em estados com alíquotas iguais de ICMS e citou como exemplos Paraná e São Paulo, ambos
906 com 18%: hipertensão arterial – VR. PR: R\$ 0,20; e VR SP: R\$ 0,13 (diferença de 54%). Também
907 destacou que há diferenças de alíquotas estaduais, de incidência de valores de ICMS para preços de
908 medicamentos, assim, criam-se problemas operacionais – de seis valores de ICMS para 27 valores de
909 referência. Explicou que desde a criação do “Programa Farmácia Popular” os valores de referência
910 pagos pelo governo sofreram redução. Entre a Portaria 491/2006 e a 111/2016, ainda vigente, a
911 redução dos preços chegou a 64% (Mais de 70%, considerando a Portaria 739/18): hipertensão arterial
912 - VR. Portaria 491/2006: R\$ 0,166; e VR Portaria 111/2016: R\$ 0,06 (diferença de - 64%). No que diz
913 respeito ao “Aqui tem Farmácia Popular”, mostrou gráfico com a evolução do total de valores pagos e
914 quantidade autorizada, período de 2011 – 2017, com destaque para o aumento considerável da
915 quantidade autorizada e crescimento menor do orçamento. Nos últimos sete anos, os valores gastos
916 pelo Ministério da Saúde com o “Programa Aqui tem Farmácia Popular” cresceram 274%. No mesmo
917 período, a quantidade autorizada pelo Ministério da Saúde com o Programa cresceu 383%. Também
918 mostrou o impacto da iniciativa à indústria, que produz e dispensa medicamentos, no período de 2006 a
919 2018: reajustes dos salários por conta das convenções coletivas de trabalho –130,58%; aumento do
920 valor médio do dólar (impacto porque a matéria prima utilizada no Brasil é importada): 55,50%;
921 reajustes dos medicamentos (média geral): 76,19%; IPCA (inflação): 103,79%; e queda dos valores de
922 referência do Programa. Acrescentou que a diferenciação proposta pela Portaria causará redução de

923 60% no Programa em São Paulo. Sobre os medicamentos de uso crônico, diabetes e hipertensão,
924 mostrou a evolução do total de unidades/internações SUS, no período de janeiro de 2016 a maio de
925 2017, com índice base de janeiro/2016 = 100: venda de medicamentos para Hipertensão/Diabetes nas
926 farmácias cresceu 25,4% (jan/16-mai/17); e quantidade de internações devido a Hipertensão/Diabetes
927 no SUS diminuiu 18,96% (jan/16-mai/17). Mostrou mapa das Alíquotas do ICMS dos medicamentos no
928 Brasil, explicando que São Paulo é o único Estado a cobrar o ICMS pelo VR publicado pelo MS. Os
929 outros estados cobram por um redutor, sempre acima do que o Valor. Ou seja, São Paulo terá uma
930 redução ainda mais perniciososa, que inviabilizará o Programa. Apresentou exemplos de variação dos VR
931 por UF do “Farmácia Popular”, de acordo com a Portaria 739/2018, para mostrar a diferença da
932 remuneração de valores entre os Estados, destacando que São Paulo terá uma diferença a menor de
933 33%. No custo médio por embalagem (caixa), destacou que a embalagem primária (blister)
934 +embalagem secundária (caixa) + Bula = R\$ 1,00 a 1,20. No caso da hidroclorotiazida 25mg x 30 – R\$
935 1,50, daí perguntou onde estão as remunerações do princípio ativo, manufaturação, logística, entre
936 outros aspectos. Por fim, pontuou os prováveis impactos da Portaria 739/2018: **1)** Não há transparência
937 nos cálculos dos novos Valores de Referência que expliquem tanta diferença nos valores; **2)** o
938 Programa só é sustentável a longo prazo na ótica do co-pagamento - quando se fala em gratuidade, há
939 a exigência de maior comprometimento e transparência por parte do governo; **3)** o Programa é uma
940 política de Estado, não de governo: não se deve mudar a cada gestão; **4)** a indústria não pode operar
941 com prejuízo: R\$ 1,50 (Hidroclorotiazida 25 mg x 30) não remunera nem o valor do placebo; **5)** os
942 impactos do fim do Programa serão relevantes para todos os entes federativos – União, estados e
943 municípios, pois levará a restrições no acesso e impactos no SUS (maior número de internações, maior
944 aquisição de medicamentos etc); e **6)** os usuários poderão ter interrupção em seus tratamentos. Na
945 sequência, expôs o Presidente-Executivo da ABRAFARMA, **Sérgio Mena Barreto**, explicando que faria
946 ao CNS a mesma apresentação feita ao Ministro da Saúde. Explicou que o “Programa Farmácia
947 Popular” representa um percentual pequeno das vendas das grandes redes, mas consome parcela
948 relevante do tempo de atendimento: 2,3% participação de venda; 6,6% de atendimentos do Programa;
949 e 16,7% tempo de atendimento. Em função do elevado tempo de atendimento, o custo de pessoal por
950 unidade vendida no programa é de R\$ 5,81 - bastante acima da margem bruta obtida. Disse que, além
951 do custo de atendimento, o Programa Farmácia Popular também gera outras despesas diretas que
952 precisam ser custeadas: despesas com PBMs (processamento das transações): 1%; despesas
953 financeiras (prazo de recebimento médio de 56 dias em 2017): ~2%; e despesas com glosas: ~ 2%.
954 Também não foram consideradas despesas de locação, energia elétrica, fretes, sacolas, bobinas, bem
955 como despesas administrativas, despesas de CDs e de depreciação. Lembrou que em 31 de março de
956 todos os anos o preço de fábrica dos medicamentos é corrigido pela inflação (aproximadamente 3% em
957 2018), reduzindo a margem bruta das redes, uma vez que os preços de referência não são ajustados.
958 Salientou que o cálculo do Ministério da Saúde desconsiderou este aumento que ocorrerá em 60 dias.
959 Disse ainda que a margem no Programa depende dos descontos de compra obtidos por cada rede,
960 dado altamente estratégico e que não é reportado à ABRAFARMA. A decisão de permanência ou não
961 no Programa é de cada empresa à luz da sua rentabilidade. Acrescentou que o Programa concentra-se
962 em regiões populares e pequenos municípios, atendidos por redes menores e independentes com
963 baixo poder de compra. Assim, eventual redução nos preços poderá forçar a sua saída e gerar
964 interrupção do programa em regiões populares. Destacou que, a cada R\$ 100 de venda da farmácia,
965 65% é direcionado para pagamento do produto à indústria e o lucro bruto é 31,56%. Desse total,
966 descontadas as despesas (R\$ 26,00), o que sobra é R\$ 5,58; e, pagos os impostos, o lucro líquido é de
967 2,76%. Disse que a margem baixa de lucro da rede de farmácias é uma realidade de todo o mundo,
968 não só do Brasil. Explicou que a ABRAFARMA, em parceria com a Fundação Getúlio Vargas, realizou
969 estudo de mercado em São Paulo. Em média, desde 2012, o desconto médio em genérico é de 35 e
970 36%; medicamento de referência – entre 17 e 19%; no similar, 15 a 18%; média de 22%. Destacou que
971 os descontos ocorrem por conta de descontos na indústria. Mostrou casos reais do que ocorre em São
972 Paulo a partir da Portaria n°. 737/2018, que definiu 27 preços diferentes de princípios ativos. No caso
973 do Atenolol 25 mg, ressaltou: EMS - Preço Máximo ao Consumidor - PMC: R\$ 15,04; preço praticado
974 em SP: R\$ 5,90; VR em vigor: R\$ 3,30; VR Nova Portaria: R\$ 2,40; Boisintética - Preço Máximo ao
975 Consumidor - PMC: R\$ 19,84; preço praticado em SP: R\$ 12,95; VR em vigor: R\$ 3,30; VR Nova
976 Portaria: R\$ 2,40; Sandoz: Preço Máximo ao Consumidor - PMC: R\$ 14,86; preço praticado em SP: R\$
977 6,38; VR em vigor: R\$ 3,30; e VR Nova Portaria: R\$ 2,40. Apresentou esses números para demonstrar
978 que a Portaria levará à falta de medicamentos progressivamente porque as farmácias não conseguirão
979 mais comprar as medicações. Ou seja, à medida que os estoques acabarem, não será mais possível
980 dispensar medicamento para a população. Citou, por exemplo, que a partir do início de março não
981 haverá mais insulina na rede, porque não será possível repor por conta dos preços. Acrescentou que a
982 rede pública de farmácias foi desmontada e agora será a privada. Por fim, disse que foi publicada nota
983 na Folha de São Paulo “Atendimento a vinte milhões de brasileiros pelo Farmácia Popular ameaçado”,
984 alertando a população sobre o que está acontecendo. A última expositora foi a coordenadora do

985 Programa Farmácia Popular/DAF/SCTIE/MS, **Cleonice Lisbete Silva Gama**, começou a sua fala
986 cumprimentando os presentes e registrando a ausência de representação dos usuários na mesa para
987 debater o tema. Explicou que o Ministério da Saúde vem trabalhando na otimização do uso de recursos
988 para ampliar o acesso da população às políticas de saúde. Apresentou alguns números para
989 contextualizar a discussão: 30.567 farmácias ativas em 4.284 municípios; orçamento de R\$ 3
990 bilhões/ano; 10,5 milhões/mês; e nos dez anos do Programa foram mais 13 milhões/mês. Sobre a
991 Portaria nº 739, explicou que houve debate com a indústria e as proposições foram consideradas na
992 definição da proposta. Disse que a intenção é garantir mais acesso dos usuários aos produtos, e não
993 restringir. Explicou que a mudança nos valores do repasse federal para as farmácias elimina distorções
994 de preços pagos por medicamentos, pois alguns produtos estavam com valores 200% acima do
995 mercado e outros com valores defasados. Assim, com a nova proposta, produtos tiveram redução de
996 preço, outros aumento. Esclareceu que o novo cálculo considera valores de mercado, impostos e
997 margem de lucro. Acrescentou que a base de cálculo é valores cobrados pelos fabricantes, informados
998 na base do Sistema de Acompanhamento de Mercado de Medicamentos – SAMMED, mantido pela
999 ANVISA. Foram adicionados: 7% de margem de distribuição; 38,2% de margem das farmácias (38,2%
1000 = PMC/PF) e ICMS e impostos praticados por unidade da federação. Ao decompor o orçamento de
1001 2017, destacou: margem da farmácia somou R\$ 778,6 milhões; preço fabricante: R\$ 1,2 bilhão;
1002 margem distribuição: R\$ 83 milhões; imposto real: R\$ 696 milhões. Com isso, R\$ 2,8 bilhões
1003 repassados. Também mostrou gráficos com distribuição do percentual de ressarcimento em 2017,
1004 considerando a carga tributária variável por Estado. Destacou que os impostos estão contribuindo para
1005 os valores dos medicamentos e o raciocínio foi retirar as margens, ajustar os valores e pagar os custos.
1006 Nessa lógica, os valores de referência de nove produtos terão aumento, sete terão redução e quatro
1007 variam de acordo com o Estado. Também falou sobre a insulina, explicando que o repasse dos valores
1008 será calculado pelo preço pago nas contas públicas. Assim, o valor será de R\$ 10,50, adicionado 40%
1009 de margem de lucro para as drogarias e o ICMS do Estado. Atualmente, as insulinas dispensadas pelo
1010 programa, que são as mesmas distribuídas nas Unidades Básicas de Saúde, tem valor 152% maior do
1011 que as adquiridas de forma centralizada pela pasta. Com a medida, a economia para os cofres públicos
1012 pode chegar a mais de R\$ 10 milhões por ano, sendo que não haverá ônus para o usuário. Também
1013 mostrou gráfico explicando que o número de farmácias credenciadas ao Programa cresce a cada ano –
1014 de 2006 a 2016 – e existe uma fila de estabelecendo aguardando para se credenciar. Sobre os valores
1015 de referência, houve crescimento de 2006 a 2015, leve queda em 2016, aumento de 2017 para 2018
1016 (mais medicamentos dispensados com o mesmo orçamento). Antes de abrir para o debate, conselheiro
1017 **Nelson Mussolini** explicou à coordenadora do Programa Farmácia Popular/DAF/SCTIE/MS que o
1018 CNS é composto, majoritariamente, por usuários, portanto, esse segmento estava representado no
1019 debate. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** assumiu a falha pela ausência de representante do
1020 segmento de usuários na mesa e agradeceu à representante do Ministério da Saúde pelas informações
1021 elucidativas. Por outro lado, disse que é preciso ouvir o contraponto, lembrando que a indústria
1022 farmacêutica é um dos setores com grande peso na economia do país. Ressaltou que é preciso
1023 negociar com a indústria, inclusive para garantir a diminuição de preço dos medicamentos. Defendeu o
1024 Programa e sua continuidade de forma mais equânime possível. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
1025 **Bicca** fez os seguintes questionamentos: qual a interface do “Programa Farmácia Popular” com outros
1026 programas sociais do governo? e por que as farmácias não compram em rede para diminuir custo? No
1027 seu entendimento, farmácia é um bom negócio e é inaceitável o anúncio do representante de farmácias
1028 que irá faltar medicamentos, inclusive insulinas, por conta da nova Portaria. Por fim, reiterou a defesa
1029 dos direitos da sociedade brasileira e dos usuários do SUS à política de medicamentos. Conselheiro
1030 **Antônio Lacerda Souto** explicou que o Programa é fundamental para os trabalhadores rurais e apelou
1031 ao governo e às indústrias que tenham responsabilidade social com essa iniciativa. Manifestou
1032 preocupação com a adoção do modelo “ordem e progresso” nas políticas de governos, porque é
1033 excludente e defende o grande capital. Conselheiro **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara** avaliou que o
1034 “Farmácia Popular” é um dos programas exitosos do país e concordou que deve tornar-se uma política
1035 de Estado. Disse que o debate deixa claro a necessidade de MS e indústria ampliarem o diálogo e
1036 negociação. Salientou que é preciso assegurar diminuição do custo de medicamentos, todavia, é
1037 preciso ter cuidado para não faltar insumos para os usuários do Sistema. Também disse que é preciso
1038 ter cuidado para evitar o descredenciamento de farmácias e dificultar o acesso dos usuários ao
1039 Programa. Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** começou a sua fala frisando que é preciso
1040 fugir do maniqueísmo e identificando dois interesses distintos defendidos pelos expositores – o da
1041 indústria farmacêutica e o do MS – e nenhum deles é o lado dos usuários e dos trabalhadores.
1042 Lembrou que a indústria farmacêutica foi um dos setores que teve maiores lucros, inclusive a partir da
1043 dor e do adoecimento das pessoas. Em síntese, disse que a intenção é assegurar o funcionamento do
1044 SUS para garantir integralidade e universalidade do atendimento. Conselheira **Sueli Terezinha Goi**
1045 **Barrios** salientou que o Programa é um integrante da Política Nacional de Assistência Farmacêutica,
1046 portanto, o CNS deve defender o acesso, o uso adequado e racional e a assistência de qualidade para

1047 que saúde se concretize como direito às pessoas. Nessa lógica, registrou o seu incômodo com as
1048 apresentações, pois a saúde foi tratada como mercadoria e o lucro a partir da doença. Conselheira
1049 **Francisca Valda da Silva** somou-se às falas dos seus antecessores e registrou o seu desconforto com
1050 a afirmação do expositor que a portaria, ao diminuir o preço, causará falta de medicamentos e
1051 aumentará a internação. Lembrou que a atenção básica, além de outros programas, é a responsável
1052 pela diminuição da internação hospitalar, da mortalidade, da morbidade e não o uso de medicamentos.
1053 Lembrou que o Ministério da Saúde deve ser o árbitro da promoção da saúde e deve ser o garantidor
1054 da atenção à saúde. Conselheira **Francisca Rêgo Oliveira Araújo** avaliou que é preciso dar
1055 continuidade ao debate deste tema, inclusive para ouvir as posições de todos os segmentos envolvidos.
1056 Considerando o “Programa Farmácia Popular” como parte integrante do acesso e da integralidade do
1057 cuidado, disse que o sistema do controle social deve fiscalizar para que não falte medicamentos à
1058 população. Conselheiro **Wanderley Gomes da Silva** começou ponderando que eventuais cortes no
1059 Programa afetarão 20 milhões de pessoas atendidas pelo Programa. Reforçou a importância de debate
1060 com o setor produtor de medicamentos, a fim de não prejudicar o acesso aos usuários. Lembrou,
1061 inclusive, que várias decisões foram tomadas sem o debate prévio com o CNS. Como
1062 encaminhamento, sugeriu que o CNS recomende ao Ministro de Estado da Saúde a prorrogação, para
1063 entrada em vigor, da Portaria nº 739/2018, a fim de discutir o impacto dos novos valores de referência
1064 dos medicamentos do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”. Conselheiro **Douglas Vinicius Pereira**
1065 lembrou que o SUS é um sistema distribuidor de renda e isso desagrade o grande capital e, nessa
1066 linha, recordou que foi chamado seminário para discutir proposta de novo sistema de saúde para o
1067 país. Questionou a informação do lucro líquido da indústria farmacêutica (3%), porque essa não é a
1068 lógica do sistema capitalista. Como saídas, pontuou o investimento na rede pública de produção de
1069 medicamento (FIOCRUZ) e centralização da compra de medicamentos no MS. Conselheira **Maria**
1070 **Leitão Bessa** disse que é preciso lutar para que o “Programa Aqui tem Farmácia Popular” não acabe,
1071 pois a falta de medicamentos pode causar a morte de usuários que dependem dos medicamentos
1072 dispensados pelo Programa. Conselheira **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro** disse que o medicamento
1073 Prolopa HBS é dispensado pelo Programa apenas para pacientes maiores de 40 anos, prejudicando o
1074 acesso de pessoas abaixo dessa idade. Sendo assim, solicitou a revisão desta regra, lembrando que a
1075 doença de Parkinson pode acometer pessoas abaixo dessa faixa etária. Conselheiro **Heleno**
1076 **Rodrigues Corrêa Filho** disse que é preciso ter cuidado ao debater esse tema, lembrando, inclusive,
1077 que o copagamento não é a opção do SUS. Conselheiro **Antônio César Silva Mallet** destacou que é
1078 fundamental assegurar o acesso ao medicamento na assistência farmacêutica básica e, nessa lógica, o
1079 Programa possui caráter complementar. Ponderou que os expositores trataram do tema, cada um com
1080 seu viés, o que era legítimo e citou a fala da representante do MS que abordou a questão tributária.
1081 Avaliou que é preciso negociação entre as três esferas de gestão para evitar que a questão tributária
1082 impacte de forma tão incisiva no custo do medicamento e que o custo seja repassado aos usuários. Por
1083 fim, perguntou se foi feita avaliação do impacto dos modelos 1 e 2 do Programa no que diz respeito ao
1084 acesso à assistência farmacêutica e à relação com a diminuição de internações. Conselheiro **Nelson**
1085 **Mussolini** retificou que os expositores não afirmaram nas suas falas que os medicamentos que
1086 compõem o “Programa Farmácia Popular” iriam desaparecer do SUS. Explicou que participara de duas
1087 reuniões, junto com outras entidades, com o Ministério da Saúde, para tratar do tema e, posteriormente,
1088 de uma reunião individual. Disse que, em janeiro de 2018, o Ministro da Saúde informou que criaria GT
1089 para tratar do tema e perguntou se esse Grupo já se reuniu. Também questionou por que o Paraná,
1090 que possui a mesma carga tributária, sofreu menos de redução de preço e mais aumento de preços.
1091 Lembrou que um dos argumentos para acabar com as farmácias próprias foi o alto custo logístico (para
1092 cada R\$ 100, R\$ 80 era gasto com logística). Assim, perguntou por que essa regra não se aplica
1093 atualmente. Por fim, esclareceu que a insulina não irá desaparecer da rede; a diferença é que, nas
1094 farmácias, será distribuída todos os dias e, nos postos, apenas de segunda a sexta, em horário
1095 definido. Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio** disse que é preciso maiores esclarecimentos,
1096 entendendo que haverá falta de medicamentos porque as farmácias não irão trabalhar com prejuízo.
1097 Ponderou que o Ministério da Saúde pode optar por distribuir a medicação pela rede própria, mas é
1098 preciso informar a população sobre os locais de dispensação. Disse que o Ministério da Saúde está
1099 reduzindo a sua participação no conjunto da despesa geral da saúde e, nessa linha, manifestou
1100 preocupação com a proposta pois pode repassar mais despesas para Estados e Municípios, o que
1101 agravará ainda mais a falta de medicamento. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** manifestou
1102 preocupação com o viés comercial do debate, lembrando que a prioridade é preservar a vida das
1103 pessoas. Inclusive, perguntou por que não incentivar a produção de medicamentos em universidades, a
1104 fim de suprir a demanda do SUS. O Presidente do CNS, entendendo a importância do tema, disse que
1105 é preciso aprofundar o debate, inclusive com escuta dos vários segmentos. Nessa linha, convidou o
1106 setor farmacêutico para participar do debate sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Retorno da**
1107 **mesa.** A coordenadora do Programa Farmácia Popular/DAF/SCTIE/MS, **Cleonice Lisbete Silva Gama**,
1108 respondeu aos questionamentos dos conselheiros destacando os seguintes aspectos: as ações do

1109 Ministério da Saúde são definidas considerando inclusive o compromisso com o acesso da população
1110 às políticas de saúde; na última reunião do MS com os segmentos, foi sugerida nova proposta do
1111 Programa, mas não foi possível avançar nesse sentido porque o GT ainda não se reuniu; o Ministério
1112 da Saúde apresentou os valores de referência; na negociação, é preciso debater em profundidade os
1113 modelos de acesso à política de medicamento; o controle social precisa avaliar pontualmente os
1114 motivos da diferença de preços dos medicamentos nos Estados; copagamento e gratuidade – o
1115 Ministério da Saúde paga 90% do valor de referência (o usuário paga 10%) e o preço é tabelado por
1116 princípio ativo; implementação da Farmácia – aproveita a capacidade da cadeia logística instalada;
1117 complexo – farmácia popular cobrir custos por pessoal. O Presidente-Executivo da ABRAFARMA,
1118 **Sérgio Mena Barreto**, esclareceu que: as condições de melhor compra são repassadas aos usuários,
1119 uma vez que a margem da farmácia é fixa (cerca de 28%); todos os produtos continuarão a ser
1120 comercializados no SUS, inclusive insulinas; a rede privada não conseguirá mais dispensar porque o
1121 preço médio da insulina é R\$ 43,58, a farmácia compra da indústria por R\$ 26 (assim, é inviável que o
1122 governo pague R\$ 14,00); é essencial ampliar o debate inclusive com a indústria. O representante do
1123 SINDUSFARMA, **Bruno César Almeida Abreu**, pontuou os seguintes aspectos na sua fala: é
1124 importante a participação do controle social no debate; a CMED não avaliza a proposta de definir 27
1125 Valores de Referência; GT para debater o tema não foi convocado, ao contrário do acordado; a
1126 indústria não visa o lucro a partir da doença, mas sim, investe em saúde, por meio de pesquisas para
1127 descoberta de novos medicamentos. Na sequência, foi aberta a palavra para encaminhamentos.
1128 **Deliberação: como resultado deste debate, o Plenário aprovou o mérito de recomendação ao**
1129 **Ministro de Estado da Saúde solicitando a prorrogação para entrada em vigor da Portaria nº 739,**
1130 **de 27 de março de 2018; e apoio à iniciativa do CNS, por meio de sua Mesa Diretora, em**
1131 **conjunto com a Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica -**
1132 **CICTAF/CNS, de promover reunião entre a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos**
1133 **Estratégicos do Ministério da Saúde e as entidades representativas dos setores produtivo,**
1134 **varejista e atacadista de medicamentos, ainda durante o mês de abril de 2018, com o intuito de**
1135 **discutir o impacto dos novos valores de referência dos medicamentos do Programa “Aqui Tem**
1136 **Farmácia Popular” e os possíveis riscos de desabastecimento nas farmácias e drogarias**
1137 **credenciadas (o texto da recomendação foi apreciado em outro item). Informe sobre a campanha**
1138 **nacional de vacinação contra a Influenza 2018 –** Atendendo à solicitação do Plenário, a
1139 coordenadora do Programa Nacional de Imunizações – PNI/MS, **Carla Domingues**, fez um informe
1140 sobre a campanha nacional de vacinação contra a Influenza 2018. Explicou que a 20ª Campanha
1141 Nacional de Vacinação contra a Influenza começa no dia 23 de abril e seguirá até 1º de junho, sendo
1142 sábado (12 de maio), o dia de mobilização nacional. Ao todo, deverão receber a vacina 54,4 milhões
1143 de pessoas que integram os grupos prioritários. Para isso, o Ministério da Saúde adquiriu 60 milhões
1144 de doses da vacina, que serão entregues em etapas aos estados (40% já disponibilizado). Disse que
1145 será assegurado vacina para 100% do público-alvo da campanha. **ITEM 8 – COMISSÃO**
1146 **INTERSETORIAL DE FINANCIAMENTO E ORÇAMENTO – COFIN -** Devido ao avançado da hora,
1147 não foi possível abordar os itens previstos para este ponto. Conselheiro **André Luiz de Oliveira** fez um
1148 breve informe sobre o calendário dos Seminários Controle Social na Saúde: Financiamento do SUS,
1149 que estão sendo desenvolvidos pelo CNS em parceria com a CGU; e o Sistema Conselhos - Rede
1150 Conselhos do SUS, que está sendo desenvolvido. Detalhou que o calendário de Seminários é o
1151 seguinte: Amapá - Dia e Hora: 6 de abril, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no
1152 Estado do Amapá. Acre - Dia e Hora: 9 de agosto, das 14h às 18h. Local: Auditório da Controladoria
1153 Regional da União no Estado do Acre. Alagoas - Dia e Hora: 7 de junho, das 14h às 18h. Local:
1154 Controladoria Regional da União no Estado de Alagoas. Amazonas - Dia e Hora: 12 de julho, das 14h
1155 às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado do Amazonas. Endereço: Avenida Japurá,
1156 nº 329 – Centro. Bahia - Dia e Hora: 6 de abril, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União
1157 no Estado da Bahia. Ceará - Dia e Hora: 12 de abril, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da
1158 União no Estado do Ceará. Distrito Federal - Dia e Hora: 9 de agosto, das 14h às 18h.
1159 Local: Controladoria-Geral da União. Espírito Santo - Dia e Hora: 12 de abril, das 14h às 18h.
1160 Local: Controladoria Regional da União no Estado do Espírito Santo. Goiás - Dia e Hora: 7 de junho,
1161 das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado de Goiás. Maranhão - Dia e
1162 Hora: 10 de maio, das 14h às 18h. Local: Controladoria da União no Estado do Maranhão. Mato Grosso
1163 - Dia e Hora: 12 de julho, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado de Mato
1164 Grosso. Mato Grosso do Sul - Dia e Hora: 12 de julho, das 14h às 18h. Minas Gerais - Dia e Hora: 7 de
1165 junho, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado de Minas Gerais. Pará - Dia e
1166 Hora: 7 de junho, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado do Pará. Paraíba -
1167 Dia e Hora: 7 de junho, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado do Paraíba.
1168 Paraná - Dia e Hora: 12 de abril, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado do
1169 Paraná. Pernambuco - Dia e Hora: 10 de maio, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União
1170 no Estado de Pernambuco. Piauí - Dia e Hora: 12 de abril, das 14h às 18h. Local: Controladoria

1171 Regional da União no Estado do Piauí. Rio de Janeiro - Dia e Hora: 6 de abril, das 14h às 18h.
1172 Local: Controladoria Regional da União no Estado do Rio de Janeiro. Rio Grande do Norte - Dia e
1173 Hora: 10 de maio, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado do Rio Grande do
1174 Norte. Rio Grande do Sul - Dia e Hora: 6 de abril, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da
1175 União no Estado do Rio Grande do Sul. Rondônia - Dia e Hora: 12 de julho, das 14h às 18h.
1176 Local: Controladoria Regional da União no Estado de Rondônia. Roraima - Dia e Hora: 12 de julho, das
1177 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado de Roraima. Santa Catarina - Dia e
1178 Hora: 10 de maio, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União no Estado de Santa
1179 Catarina. São Paulo - Dia e Hora: 12 de abril, das 14h às 18h. Local: Controladoria Regional da União
1180 no Estado de São Paulo. Sergipe - Dia e Hora: 7 de junho, das 14h às 18h. Local: Controladoria
1181 Regional da União no Estado de Sergipe. Tocantins - Dia e Hora: 10 de maio, das 14h às 18h.
1182 Local: Controladoria Regional da União no Estado de Tocantins. Além disso, explicou que o Sistema
1183 Conselhos - Rede Conselhos do SUS, que está em desenvolvimento, possibilitará interlocução entre
1184 conselhos e será uma ferramenta útil ao CNS, inclusive às comissões. Conselheira **Sarlene Moreira da**
1185 **Silva** solicitou que seja assegurada a participação de conselheiros municipais de saúde de Roraima no
1186 seminário que será realizado em Roraima e o conselheiro André Luiz de Oliveira explicou que
1187 verificará a possibilidade de atender à solicitação. Se não for possível, disse que será definido outro
1188 momento para capacitar esse público. Definido esse ponto, a mesa encerrou a manhã do segundo dia
1189 de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* – **Adolorata**
1190 **Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Altamira Simões**
1191 **dos Santos de Sousa**, Rede Nacional Lai Lai Apejo; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional
1192 dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Antônio Pitol**,
1193 Pastoral da Saúde Nacional; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio – CNC;
1194 **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas – FIO; **Davi Vital do**
1195 **Rosário**, Federação Nacional das Associações de Pessoas com Doenças Falciformes – FENAFAL;
1196 **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO;
1197 **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Gilberto Magalhães Occhi**, Ministério da
1198 Saúde; **Giovanny Kley Silva Trindade**, Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **João**
1199 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores
1200 na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
1201 – CONTAG; **Luiz Alberto Catanoso**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos -
1202 SINDINAPI/FS; **Maria do Carmo Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria**
1203 **Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Nelcy Ferreira da**
1204 **Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas (CFN); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional
1205 da Indústria – CNI; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos
1206 Povos Indígenas da Região Sul – ARPINSUL; **Ronald Ferreira dos Santos**, Federação Nacional dos
1207 Farmacêuticos – Fenafar; **Sarlene Moreira da Silva**, Coordenação das Organizações Indígenas da
1208 Amazônia Brasileira – COIAB; **Thereza de Lamare Franco Netto**, Ministério da Saúde; **Vanja Andréa**
1209 **Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação
1210 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho
1211 Federal de Farmácia – CFF; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).
1212 *Suplentes* – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ;
1213 **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Cleuza de Carvalho Miguel**,
1214 Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM; **Douglas Vinicius Reis Pereira**, Direção
1215 Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação
1216 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira
1217 de Enfermagem – ABEn; **Gerdo Bezerra de Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Gilene**
1218 **José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical –
1219 Sindnapi; **Heleno Rodrigues Corrêa Filho**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES; **Ivone**
1220 **Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**,
1221 Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de
1222 Gays – ARTGAY; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down –
1223 FBASD; **Maria Leitão Bessa**, Associação Brasileira de Alzheimer - ABRAZ; **Rafaela Bezerra**
1224 **Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Sérgio Diego**
1225 **de França**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**,
1226 Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Shirley**
1227 **Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Sueli Terezinha Goi Barrios**,
1228 Associação Brasileira da Rede Unida – REDE UNIDA; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da
1229 Criança. Retomando, a mesa foi composta para o item 9 da pauta. **ITEM 9 – COMISSÕES**
1230 **INTERSETORIAIS DO CNS. Grupos de Trabalho - Apresentação:** conselheiro **Geordeci Menezes de**
1231 **Souza**, da Mesa Diretora do CNS; e **Marco Aurélio Pereira**, da Secretaria Executiva do CNS - 1)
1232 **Comissão Intersectorial de Vigilância em Saúde – CIVS/CNS – 1ª CNVS** - conselheiro **Fernando**

1233 **Pigatto** fez um informe, para conhecimento, sobre a última reunião da Comissão. **2) Comissão**
1234 **Intersectorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE/CNS –** Conselheiro **Geordeci**
1235 **Menezes de Souza** fez a leitura, para conhecimento, de dois documentos produzidos pela Comissão:
1236 Nota de Pesar pelo falecimento da Secretária Executiva do CNS, Neide Rodrigues; e Nota de Apoio ao
1237 Conselho Nacional de Saúde – CNS pela participação no Fórum Social Mundial de 2018. “Nota de
1238 pesar: A Comissão Intersectorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE com muito pesar se
1239 une a equipe do Conselho Nacional de Saúde - CNS, conselheiras e conselheiros, familiares e amigos
1240 neste momento de dor pela morte de Neide que nos pegou de surpresa e tão repentinamente. Neide
1241 Rodrigues se destacava pela dedicação à suas atribuições em especial como uma liderança política
1242 de causas sociais minoritárias com foco sempre em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), do
1243 controle social, das políticas públicas e dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde. Na sua última
1244 missão como Secretária Executiva do CNS conduziu de forma exemplar pautando sempre o
1245 compromisso do conselho na preservação do direito humano a vida e a saúde. Agradecemos o tempo
1246 que podemos conviver com ela. Neide Rodrigues será sempre lembrada pelo profissionalismo,
1247 competência e sensibilidade para lidar com as adversidades. Levemos viva conosco a lembrança da
1248 mulher incansável pela defesa do SUS. Neide, presente! Brasília, 26 de março de 2018.” “Nota de
1249 Apoio. A Comissão Intersectorial de Políticas de Promoção da Equidade – CIPPE manifesta seu apoio
1250 ao Conselho Nacional de Saúde – CNS pela participação no Fórum Social Mundial de 2018. A CIPPE
1251 reconhece a importância do espaço da tenda do CNS no FSM pela abrangência dos debates pela
1252 saúde, pela democracia, pela defesa do SUS e pelo fortalecimento do controle social, permitindo o
1253 diálogo com milhares de participantes. Além disso, a tenda foi um espaço aberto de referência e apoio
1254 aos movimentos sociais para organizar, resistir e transformar. Parabéns ao CNS! “Resistir é criar,
1255 resistir é transformar”. Brasília, 26 de março de 2018.” Conselheira Altamira Simões dos Santos de
1256 Sousa registrou que a ausência das representações da população do campo e das águas e do
1257 Ministério da Saúde tem prejudicado os trabalhos da Comissão. O Presidente do CNS informou que
1258 será feito reforço na assessoria técnica da Comissão para solucionar eventuais problemas. Conselheiro
1259 **Neilton Araújo de Oliveira** comprometeu-se a verificar a situação dos representantes do MS na
1260 Comissão. **3) Informe e convite para participar do 13º Congresso Internacional Rede Unida.** O
1261 convidado **Alcindo Ferla** convidou o CNS a participar do 13º Congresso da Rede Unida que ocorrerá
1262 em 30 de maio de 2018, em Manaus/Amazonas. As inscrições deverão ser feitas de 2 de abril de 2018
1263 a 25 de maio de 2018. O tema do Congresso é “*Faz escuro, mas cantamos: redes em re-existência nos*
1264 *encontros das águas*”. *Destacou a criação do Prêmio Antônio Levino – Experiências de Políticas*
1265 *Públicas Inclusivas e solicitou a participação de entidades (inscrições de 3 de abril a 2 de maio de*
1266 *2018).* **4) COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA –**
1267 **CISTT/CNS –** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** informou o Pleno do CNS sobre a marcação
1268 de novas oficinas de formação de controle social em saúde do trabalhador e da trabalhadora do projeto
1269 de articulação de capacitação do controle social: AM – 26 e 27 de abril de 18; PB - 3 e 4 de maio; GO –
1270 10 e 11 de maio; SE – 24 e 25 de maio; e AL – 28 e 29 de maio. **5) COMISSÃO INTERSETORIAL DE**
1271 **SAÚDE BUCAL – CISB/CNS –** Conselheiro **Cláudio Ferreira do Nascimento** fez os seguintes
1272 informes: **a)** primeira reunião da CISB de 2018; e **b)** definição de proposta de calendário de reuniões.
1273 Além disso, solicitou retorno em relação às propostas da Comissão definidas na reunião da Comissão
1274 realizada em novembro de 2017 (entre as propostas, convocação da Conferência Nacional de Saúde
1275 Bucal; e realização de novo levantamento de saúde bucal em 2020). Conselheiro **Geordeci Menezes**
1276 **de Souza**, sobre a proposta da Comissão de convocação da Conferência Nacional de Saúde Bucal,
1277 lembrou que o Plenário aprovou que as conferências temáticas da 16ª Conferência. **Encaminhamento:**
1278 **remeter a proposta de calendário à Mesa Diretora do CNS, para organização da agenda de**
1279 **reuniões das comissões em 2018.** **6) COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER –**
1280 **CISMu/CNS –** conselheira **Francisca Valda da Silva** fez os seguintes informes: o Relatório Final da 2ª
1281 Conferência Nacional de Saúde das Mulheres está disponível na página do CNS e foi divulgado; foi
1282 elaborada cartilha detalhando como criar CISMUs nos estados; e estão sendo definidas iniciativas para
1283 dar respostas à proposta de realizar conferências de saúde da mulher a cada quatro anos (por
1284 exemplo, realização de seminário nacional antecedendo a 16ª CNS). **7) COMISSÃO INTERSETORIAL**
1285 **DE ATENÇÃO A SAÚDE NOS CICLOS DE VIDA – CIASCV –** Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite**
1286 informou o Pleno sobre a última reunião da Comissão, realizada no dia 2 de abril, destacando que será
1287 encaminhada à Mesa Diretora do CNS a proposta da Comissão de realizar reunião conjunta do CNS
1288 com o CNAS, buscando integração entre SUS e SUAS. A intenção é apresentar proposta para CIT e
1289 ANVISA. Acrescentou que a próxima reunião da Comissão será realizada nos dias 26 e 27 de junho de
1290 2018. **Encaminhamento: solicitar à Comissão que defina o calendário de reuniões e envie à Mesa**
1291 **Diretora do CNS.** **8) COMISSÃO INTERSETORIAL ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – CIAN/CNS –**
1292 Conselheira **Zaira Tronco Salerno** fez um informe sobre a última reunião da Comissão, com destaque
1293 para as minutas elaboradas para apreciação do Pleno do CNS. Informou ainda sua participação,
1294 representando o CNS, em mesa de debate sobre rotulagem, realizada no CONSEA. No mais,

1295 comunicou que a CIAN/CNS realizará atividade autogestionada no XXV Congresso Brasileiro de
1296 Nutrição. Na sequência, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** procedeu à leitura dos instrumentos
1297 elaborados pela CIAN que demandavam deliberação. **Recomendação elaborada pela CIAN e**
1298 **aprovada ad referendum pelo CNS.** O texto é o seguinte “Recomendação nº 000, de 23 de março de
1299 2018. O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas competências regimentais
1300 e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e garantidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de
1301 setembro de 1990; pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de
1302 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
1303 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e
1304 considerando que a Rede Globo, cuja atuação no segmento das comunicações se dá por meio de
1305 concessão pública, sendo o maior veículo de comunicação do país atingindo, atualmente, no mínimo,
1306 100 milhões de brasileiros e brasileiras diariamente e, portanto, possui grande responsabilidade social
1307 em relação às informações divulgadas; considerando a informação transmitida no capítulo do dia 27 de
1308 março de 2018, de sua novela, “O Outro Lado do Paraíso”, na qual o “diretor do hospital”, sugeriu que
1309 sua esposa, enfermeira, amamentasse o bebê de outra mulher, dizendo que é um gesto de amor e
1310 ainda ofereceu para levar leite ordenhado para o bebê; considerando que essa atitude, conhecida como
1311 “amamentação cruzada”, traz diversos riscos ao bebê, podendo transmitir doenças, infectocontagiosas,
1312 sendo a mais grave, HIV/Aids; considerando que, desde 1985, com o advento da Aids, a amamentação
1313 cruzada começou a ser contraindicada e que hoje é uma contraindicação formal pela Organização
1314 Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde; considerando que a Portaria nº 1.016, de 26 de
1315 agosto de 1993, em seu inciso VII, estabelece que são “atribuições da equipe de saúde [...] proibir que
1316 as mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus (amamentação cruzada)”; considerando
1317 as informações da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em seu artigo “Os perigos da amamentação
1318 cruzada”, é importante ressaltar que há diferenças entre o leite oferecido diretamente pela mãe e o que
1319 é doado para o Banco de Leite Humano (BLH); considerando que consta do artigo da FIOCRUZ que
1320 “No BLH o leite é tratado, pasteurizado e, por isso, isento de qualquer possibilidade de transmissão de
1321 doenças. A mãe não deve amamentar outra criança que não seja o seu filho. Mesmo se esta mãe
1322 estiver com os exames normais ou se teve uma gravidez tranquila, ela pode estar em uma janela
1323 imunológica, e esse bebê correr o risco de contrair alguma doença”; considerando que é fundamental
1324 que qualquer informação divulgada por órgãos de imprensa seja embasada em estudos científicos
1325 éticos, atualizados e comprovados, com base no Ministério da Saúde e na Sociedade Brasileira de
1326 Pediatria; e considerando as atribuições do Presidente do Conselho Nacional de Saúde, previstas no
1327 Art. 13, VI, da Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008. Recomenda *ad referendum* do
1328 Pleno: que a Rede Globo proceda a correção da informação veiculada e que traga à população
1329 informações adequadas sobre aleitamento materno conforme normas vigentes. **Deliberação: a**
1330 **recomendação foi aprovada por unanimidade.** Conselheira **Ivone Martini de Oliveira** informou que
1331 o COFEN também apresentou representação e a Rede Globo colocou no ar uma cena explicando que
1332 uma mãe não deve amamentar outra criança que não seja o seu filho. **9) Apreciação de minuta de**
1333 **recomendação – mérito aprovado no item 7 da pauta.** O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000,
1334 de 12 de abril de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua Trecentésima Quarta
1335 Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2018, no uso de suas atribuições conferidas
1336 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
1337 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006,
1338 cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação
1339 brasileira correlata; e considerando o disposto na Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, que autoriza a
1340 Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras
1341 providências; considerando o previsto no Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004, que regulamenta a
1342 Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o Programa “Farmácia Popular do Brasil”, que visa à
1343 disponibilização de medicamentos, em municípios e regiões do território nacional; considerando a
1344 Resolução CNS nº 338/2004, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; considerando a Portaria nº 739, de 27 de março de 2018, que “altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para atualizar os valores de referência dos medicamentos do Programa Aqui Tem Farmácia Popular para o tratamento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e asma”, que entrará em vigor no dia 30 de abril de 2018; considerando a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, em especial o objetivo 3: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”; e considerando a nota publicada na Folha de São Paulo, no dia 25 de março do presente ano, e no Correio Braziliense, no sábado, dia 24 de março, assinada por entidades do setor produtivo e varejista de medicamentos, alertando a população brasileira para o risco ao Farmácia Popular oferecido pelas mudanças que o Ministério da Saúde pretende promover no programa. Recomenda: ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde: que prorrogue por 30 dias a entrada em vigor da Portaria nº 739, de 27 de março de 2018; e que apoie a iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, por meio de sua Mesa Diretora, em conjunto com a Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e

1357 Assistência Farmacêutica (CICTAF/CNS) de promover reunião entre a Secretaria de Ciência,
1358 Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e as entidades representativas dos setores
1359 produtivo, varejista e atacadista de medicamentos, ainda durante o mês de abril de 2018, com o intuito
1360 de discutir o impacto dos novos valores de referência dos medicamentos do Programa “Aqui Tem
1361 Farmácia Popular” e os possíveis riscos de desabastecimento nas farmácias e drogarias credenciadas.
1362 **Deliberação: a recomendação foi aprovada com um voto contrário. 10) Moção de repúdio –**
1363 **sugerida pela conselheira Maria do Carmo Tourinho Ribeiro.** O texto é o seguinte: **“Moção de**
1364 **Repúdio nº 000, de 11 de abril de 2018.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua
1365 Trecentésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2018, no uso de suas
1366 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
1367 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
1368 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de
1369 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Constituição da República Federativa do
1370 Brasil de 1988 (CF/1988), que determina, em seu Art. 196, que a promoção da saúde, bem como sua
1371 proteção e recuperação deve ser garantida pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que
1372 visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e
1373 serviços de saúde; considerando a necessária defesa dos direitos humanos e dos usuários dos
1374 serviços públicos, assim como o compromisso com as diversas pautas do campo da saúde e grupos
1375 sociais que lutam contra iniquidades e opressões; considerando que em 03 de abril de 2018 o Exmo.
1376 Ministro Gilmar Mendes, participando do IV Fórum Jurídico de Lisboa, em Portugal, citou que “uma
1377 Corte Suprema não deve estar indiferente ao que ocorre no mundo externo (...) não pode ter um tipo de
1378 autismo ocupacional, isto é evidente”; considerando que a declaração do Ministro do Supremo Tribunal
1379 Federal brasileiro não se coaduna com os sensíveis avanços da nossa sociedade no que se refere ao
1380 respeito às pessoas com deficiência; considerando que vivemos em um país democrático, organizado
1381 formalmente como Estado de Direito, e a necessidade de vivenciá-lo em nossas atitudes e referências
1382 ao outro, notadamente quando no exercício da coexistência respeitosa com a alteridade constitutiva da
1383 realidade social; considerando que as pessoas com transtorno do espectro autista exigem respeito, por
1384 entenderem que assim lhes garante a Constituição e, mais do que isso, que o dever de respeito ao
1385 outro é regra basilar ao convívio social e deve ser salvaguardado pelas autoridades públicas; e
1386 considerando que os magistrados, em todas as esferas do Judiciário, têm a liberdade de se expressar
1387 como todos os demais cidadãos, o que não lhes garante a prerrogativa de exporem opiniões
1388 discriminatórias ou de apologia aos preconceitos históricos de nossa sociedade, mas pelo contrário, a
1389 atividade que escolheram lhes impõe uma série de limitações, de natureza normativa, presentes no
1390 Código de Ética da Magistratura, dentre as quais o dever de manter a integridade de sua conduta e o
1391 de comportar-se em sua vida privada de modo a dignificar a função de magistrado. **Vem a público:**
1392 repudiar as declarações pejorativas e preconceituosas do Ministro Gilmar Mendes, ao apropriar-se,
1393 indevidamente, da palavra autismo, empregando o termo de maneira inadequada e vexatória.”
1394 **Deliberação: a moção de repúdio foi aprovada por unanimidade. 11) Minuta de recomendação,**
1395 **elaborada pela CIAN/CNS.** O texto é o seguinte: **“Recomendação nº 000, de 12 de abril de 2018.** O
1396 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua Trecentésima Quarta Reunião Ordinária,
1397 realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2018, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de
1398 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
1399 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as
1400 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
1401 correlata; e considerando a Recomendação nº 22, de 9 de junho de 2017, do Plenário deste CNS com
1402 indicativos sugestionados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); Considerando a
1403 definição de Alimentação Adequada e Saudável do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e
1404 Nutricional (Consea), segundo o qual “A realização de um direito humano básico, com a garantia ao
1405 acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos
1406 aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo da vida e as necessidades
1407 alimentares especiais, pautada pelo referencial tradicional local, deve atender aos princípios da
1408 variedade, equilíbrio, moderação e prazer (sabor), às dimensões de gênero e etnia, e às formas de
1409 produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de
1410 organismos geneticamente modificados”; considerando que é um direito básico do consumidor “a
1411 informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de
1412 quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que
1413 apresentem”, conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei nº 8.078, de 11 de
1414 setembro de 1990; considerando o posicionamento público do Instituto Nacional do Câncer (INCA)
1415 acerca dos agrotóxicos; considerando o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde
1416 (OPAS/OMS) intitulado “Sistemas alimentares e nutrição” com informações sobre a experiência
1417 brasileira para enfrentar todas as formas de má nutrição; considerando o exposto no Dossiê da
1418 Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco): “Agrotóxicos um Alerta sobre o Impacto dos

1419 Agrotóxicos na Saúde”; e considerando o Projeto de Lei nº 4.148, de 2008, de autoria do Deputado Luis
1420 Carlos Heinze, que tramita como PLC 34/2015, e nega o direito do consumidor à informação sobre a
1421 presença de transgênicos em alimentos. Recomenda ao Congresso Nacional: que mantenha a
1422 obrigatoriedade, na informação, em relação a presença de transgênicos na rotulagem dos alimentos.”
1423 **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 12) Minuta de moção de**
1424 **reconhecimento.** O texto é o seguinte: “Moção de Reconhecimento nº 000, de 12 de abril de 2018. O
1425 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Quarta Reunião Ordinária,
1426 realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2018, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de
1427 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
1428 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
1429 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
1430 correlata; e considerando que no dia 13 de março de 2018 a professora Dr^a Sônia Maria Fleury
1431 Teixeira, foi demitida da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas na Fundação
1432 Getúlio Vargas (EBAPE/FGV), depois de mais de 35 anos de dedicação à docência e à pesquisa
1433 científica; considerando que a professora Sônia Fleury é a mais produtiva da EBAPE, segundo os
1434 indicadores de avaliação da produção acadêmica, tendo contribuído na formação de incontáveis
1435 gestores, acadêmicos e militantes políticos, por meio de suas aulas e da orientação de monografias,
1436 dissertações e teses; considerando que Sônia Fleury foi presidente do Centro Brasileiro de Estudos em
1437 Saúde (CEBES) e diretora da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), sendo
1438 reconhecida como uma das pessoas mais influentes na construção do pensamento brasileiro e latino-
1439 americano em saúde, tanto pela comunidade acadêmica quanto por gestores públicos e lideranças
1440 sociais por todo o Brasil e no exterior; considerando que seus estudos contribuíram na construção do
1441 projeto da reforma sanitária brasileira que não se restringe à assistência médica, conformando-se,
1442 antes, como um projeto civilizador de ampliação da democracia e enfrentamento das desigualdades
1443 sociais; considerando que ela foi participante ativa da Assembleia Nacional Constituinte de 1987, cuja
1444 contribuição para a formulação do capítulo da seguridade social e do desenho do SUS foi fundamental
1445 para a criação do mecanismo mais inovador e progressista de nossa carta cidadã, contribuindo de
1446 forma exemplar para a incorporação da noção de cidadania como elemento de democratização da
1447 sociedade brasileira; considerando que Sonia Fleury, como cientista social de ponta, vinculou de forma
1448 singular a administração pública com as políticas sociais e de saúde, sempre enfatizando o sentido
1449 político da construção da igualdade; e considerando que a EBAPE/FGV, ao demitir uma das suas
1450 principais intelectuais, empobrece os estudos em Administração Pública e cerceia o pluralismo e o
1451 debate de ideias na escola, distanciando-se de seus compromissos históricos com as necessidades
1452 reais da sociedade brasileira. Vem a público solidarizar-se, apoiar e reafirmar o respeito e a admiração
1453 à professora Sônia Fleury, bem como reconhecer o trabalho permanente e qualitativo de compromisso
1454 com a saúde pública e universal, no sentido de renovação e construção de novos passos na defesa de
1455 forma intransigente da democracia e dos direitos sociais. **Deliberação: a moção de reconhecimento**
1456 **foi aprovada por unanimidade. 13) Minuta de moção de reconhecimento. “Moção de Repúdio nº**
1457 **000, de 11 de abril de 2018.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na sua Trecentésima
1458 Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2018, no uso de suas atribuições
1459 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de
1460 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho
1461 de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
1462 legislação brasileira correlata; e considerando a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
1463 (CF/1988), que determina, em seu Art. 196, que a promoção da saúde, bem como sua proteção e
1464 recuperação deve ser garantida pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à
1465 redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços
1466 de saúde; considerando a ação dos membros do Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco que
1467 estiveram de forma firme na defesa do Sistema Único de Saúde e somando forças contra as propostas
1468 de terceirização da gestão das unidades de Saúde do estado; considerando a ação dos membros do
1469 Conselho Estadual de Saúde do Acre que, logo após o conhecimento da possibilidade de proposta de
1470 terceirização, aprovou moção de repúdio, como também criou uma comissão com objetivo de
1471 acompanhar e avaliar o processo de terceirização do Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco
1472 (HUERB) com vistas a garantir um processo de debate da questão de modo público, participativo e
1473 transparente; considerando a Comissão criada pelo Conselho Estadual de Saúde do Acre cuja
1474 finalidade é acompanhar e avaliar o processo de Terceirização do HUERB contando já com estudo
1475 profundo sobre os reais impactos da terceirização baseada nas realidades nacionais e estudos
1476 acadêmicos; considerando o trabalho dos professores do Curso de Bacharelado de Saúde Coletiva, do
1477 Centro de Ciência da Saúde e Desporto da Universidade Federal do Acre, Dr. Cleber Ronald Inácio dos
1478 Santos, Dr. Marta Adelino da Silva Faria e Esp. Carol Parente que foram fundamentais no processo de
1479 aprofundamento e fundamentação quanto aos impactos da terceirização na saúde; considerando que o
1480 Fórum Viva SUS, o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Acre (Sintesac) e o Fórum de

1481 Movimentos Sociais do Acre, que estiveram no processo de mobilização, conscientização e
1482 organização da sociedade civil e usuários denunciando os impactos perversos da terceirização das
1483 unidades de saúde; considerando a ação do Dr. Glaucio Ney Shiroma Oshiro, Promotor de Justiça do
1484 Ministério Público Estadual, no processo de mediação entre as partes e sua função de guardião da
1485 legalidade no que tange ao respeito do devido processo legal e da democracia; e considerando o
1486 trabalho dos 11 Deputados Estaduais do Acre, em especial os parlamentares Jenilson Leite e
1487 Raimundinho da Saúde, que derrubaram, na Assembleia Legislativa do estado, o projeto de lei que
1488 tinha como objetivo regulamentar a terceirização. **Vem a público:** reconhecer o importante trabalho dos
1489 defensores e defensoras do SUS nos debates em torno da terceirização do Hospital de Urgência e
1490 Emergência de Rio Branco (HUERB) no estado do Acre, em especial: dos membros do Conselho
1491 Municipal de Saúde de Rio Branco; dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Acre; dos
1492 professores de Saúde Coletiva, Dr. Cleber Ronald Inácio dos Santos, Dr. Marta Adelino da Silva Faria e
1493 Esp. Carol Parente; do Fórum Viva SUS, do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado do Acre
1494 (Sintesac) e do Fórum de Movimentos Sociais do Acre; do Dr. Glaucio Ney Shiroma Oshiro, Promotor
1495 de Justiça do Ministério Público do Estado do Acre e dos Deputados Estaduais, sobretudo, Jenilson
1496 Leite e Raimundinho da Saúde.” **Deliberação: a moção de reconhecimento foi aprovada por**
1497 **maioria. 14) Minuta de recomendação, elaborada pela CIAN/CNS.** O texto é o seguinte:
1498 “Recomendação nº 000, de 12 de abril de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), na
1499 sua Trecentésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2018, no uso de
1500 suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de
1501 dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de
1502 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de
1503 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando a Recomendação nº 22, de 9 de junho de 2017,
1504 do Plenário deste CNS com indicativos sugeridos à Agência Nacional de Vigilância Sanitária
1505 (Anvisa); considerando o direito social à alimentação garantido no Art. 6º da Constituição Federal de
1506 1988 (CF/1988); considerando que é um direito básico do consumidor “a informação adequada e clara
1507 sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características,
1508 composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem”, conforme previsto no
1509 Código de Defesa do Consumidor (CDC), Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990; considerando que,
1510 segundo o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), as regras vigentes sobre informação
1511 nutricional nos rótulos de alimentos no Brasil não garantem o direito à informação sobre a composição
1512 e qualidade nutricional dos alimentos devido a vários problemas de visualização e compreensão do
1513 conteúdo e de mensagens contraditórias na parte frontal da embalagem; considerando a experiência
1514 bem sucedida do Chile em adotar um modelo de rotulagem nutricional frontal de advertências com a
1515 utilização de texto com linguagem direta e simples, o uso da alusão gráfica do octógono que remete a
1516 uma placa de “Pare” e o uso da cor preta; considerando a importância do alinhamento da rotulagem
1517 nutricional com o Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, que tem como
1518 princípio que as escolhas alimentares devem levar em conta a extensão e o propósito do
1519 processamento industrial dos alimentos; considerando as recomendações de organismos internacionais
1520 de saúde incluindo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde
1521 (OPAS), de que a adoção de regras de rotulagem de alimentos adequadas contribui para melhores
1522 escolhas alimentares e conseqüentemente para a prevenção da obesidade, hipertensão, diabetes e
1523 outras doenças crônicas; considerando as evidências internacionais de que a informação nutricional
1524 complementar disposta na parte da frente da embalagem, com mensagens e símbolos simples e de
1525 fácil visualização, é benéfica para o entendimento dos consumidores e influencia na mudança da
1526 intenção de compra de alimentos; e considerando o relatório “Aprimoramento da informação nutricional
1527 nos rótulos de alimentos no Brasil”, baseado em robustas evidências científicas, apresentado à Anvisa
1528 pelo Idec e por pesquisadores em *design* da informação da Universidade Federal do Paraná (UFPR),
1529 com o apoio da Aliança Pela Alimentação Adequada e Saudável, de mais de trinta organizações da
1530 sociedade civil, além das mais de 80 mil pessoas físicas que assinam a petição manifestando posição
1531 favorável à adoção do modelo de rotulagem nutricional apresentado. Recomenda: aos diretores da
1532 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), na figura do Diretor-Presidente, Jarbas Barbosa, que
1533 adotem o modelo de rotulagem nutricional frontal de advertência proposto pelo Instituto Brasileiro de
1534 Defesa do Consumidor (Idec) e pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) como o mais adequado
1535 para os objetivos do Direito à saúde, Direito à informação e Direito Humano à Alimentação Adequada e
1536 Saudável.” Feita a leitura, foram colocadas as seguintes questões: os documentos com conteúdo mais
1537 complexo ou grande volume de informação devem ser enviados previamente aos conselheiros para
1538 debate mais aprofundado; os textos dos instrumentos de manifestação do CNS devem ser mais
1539 consistentes e concisos; a recomendação também deve ser encaminhada à Comissão de Seguridade
1540 Social e outras comissões do Congresso, inclusive na linha de garantir a implementação das
1541 deliberações. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. Além disso, foi**
1542 **solicitado à Mesa Diretora do CNS que promova debate e elabore proposta de fluxo para**

1543 **apresentação de atos normativos para deliberação do CNS. 15) Minuta de recomendação.** O
1544 texto é o seguinte: “Recomendação nº 000 de 12 de abril de 2018. O Plenário do Conselho Nacional de
1545 Saúde (CNS), na sua Trecentésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de
1546 2018, no uso de suas atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº
1547 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo
1548 Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição da República
1549 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que as doenças
1550 reumáticas acometem cerca de 15 milhões de pessoas no Brasil, com destaque para evidências dos
1551 usuários do SUS de que uma consulta com médico especialista, isto é, Reumatologista, pode demorar
1552 quase 5 anos de espera, de acordo com dados do Ministério da Saúde; considerando que as doenças
1553 reumáticas são a segunda maior causa de afastamento no trabalho, conforme dados do Ministério da
1554 Previdência Social (atualmente Ministério da Fazenda); considerando que doenças reumáticas,
1555 representam mais de 120 (cento e vinte) tipos de doença e que o Protocolo Clínico e Diretrizes
1556 Terapêuticas (PCDT) não contemplam todas as doenças, se limitando a 7 (sete) doenças, quais sejam:
1557 Artrite Reumatoide; Artrite Psoriásica; Artrite Reativa; Espondilite Anquilosante; Esclerose Sistêmica;
1558 Lúpus e Osteoporose; considerando que a necessidade de apoio para as pessoas acometidas com
1559 doenças reumáticas e suas famílias, bem como melhoria da efetividade das ações de diagnóstico
1560 precoce, foi formalizada já na 14ª Conferência Nacional de Saúde (14ª CNS), por meio da Moção nº 32
1561 constante do Relatório Final da 14ª CNS; considerando que a Portaria/MS nº 3.443, de 11 de novembro
1562 de 2010, instituiu a Câmara Técnica em Reumatologia, coordenada pelo Departamento de Ações
1563 Programáticas e Estratégicas em Saúde (DAET/SAS/MS), desde 2014; considerando que, conforme
1564 resposta obtida ao questionamento registrado via Portal de Acesso a Informação ao Cidadão, em abril
1565 de 2017, não há reuniões periódicas da Câmara Técnica em Reumatologia, encontrando-se, portanto,
1566 inativa; considerando o descumprimento do Art. 25 do Decreto nº 7.646/2011, tendo em vista que o
1567 prazo de incorporação de novas tecnologias para as doenças reumáticas, têm sido superior aos 180
1568 dias, atingindo mais de 416 dias; considerando a Nota Técnica nº 17/2018 - DAF/SCTIE/MS, que
1569 orienta acerca das regras do novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Artrite
1570 Reumatoide, onde o médico deve prescrever o medicamento biológico, com preferência entre 2 (dois)
1571 com menor custo, sem considerar questões clínicas individuais e de segurança de cada paciente, e
1572 que, em virtude disso, a ANVISA não recomenda múltiplas trocas entre medicamentos biológicos e
1573 biossimilares; e considerando, por fim, os fatos apresentados e do impacto orçamentário que as
1574 doenças reumáticas, representam para todas as esferas do poder público e nos aspectos
1575 socioeconômicos para o paciente e as famílias afetadas. Por intermédio das discussões havidas por
1576 articulação da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias (CIASPP/CNS),
1577 resguardando os direitos fundamentais dessa população. Recomenda ao Ministério da Saúde que: **1)**
1578 Reative a Câmara Técnica de Reumatologia, com atualização dos representantes e inclusão do
1579 Conselho Nacional de Saúde, com calendário anual de reuniões e apresentação de relatório trimestral;
1580 **2) Implemente a Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doenças Reumáticas; 3) Cumpra as**
1581 **coberturas estabelecidas nos PCDTs; e 4) Regule a intercambialidade entre produtos biológicos**
1582 **e biossimilares, nos PCDTs.” Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 16)**
1583 **Recomposição da CIAN/CNS por conta da saída da CONTAG (titular) – apreciação da proposta do**
1584 **Fórum de Usuários. Deliberação: o Plenário decidiu incluir a CNBB, antes suplente, como titular e**
1585 **contemplar a ONCB como suplente (conselheiro Sérgio Diego de França). A ARPINSUL também**
1586 **deve indicar representante para a Comissão. 17) Notas elaboradas pelo Fórum das Entidades**
1587 **Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS) e proposições do Fórum, para apreciação**
1588 **do Pleno do CNS: a) Nota pública em defesa do SUS; e b) Estratégias acerca da moratória de cinco**
1589 **anos para abertura de cursos de Medicina: Nota de manifestação pública do CNS (foi feita leitura);**
1590 **Pedido do CNS de audiência com os ministros da saúde e da educação; debate do tema na CIRHRT**
1591 **com vistas a apresentar forma de manifestação, agendas de lutas e discussão permanente com dados**
1592 **demográficos dos cursos da área da saúde, além de ampliação dos cursos avaliados pela Comissão**
1593 **(Farmácia, por exemplo); e resolução que aborde a ampliação e aperfeiçoamento dos cursos**
1594 **existentes. “Moratória na abertura de cursos de Medicina: “O SUS, instituído como uma Política de**
1595 **Estado na década de 80, inscrito na Constituição Federal de 1988, trouxe em seu bojo a saúde como**
1596 **direito de todos e dever do Estado, em um projeto que assume e consagra os princípios da**
1597 **Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Diante do marco**
1598 **histórico que demarca o reconhecimento do direito à saúde, na década de 90 inicia-se a expansão dos**
1599 **cursos universitários da área de saúde cuja proliferação marcadamente mercantilizada ocorre com a**
1600 **finalidade de atender aos interesses de um mercado ávido por ocupar um nicho privilegiado. Ao mesmo**
1601 **tempo, a construção do Sistema Único de Saúde avançava nas unidades federadas, apresentando uma**
1602 **demandas por profissionais das diversas áreas de atuação, mas especialmente do profissional médico,**
1603 **em função de um modelo de atenção centrado e altamente dependente desse profissional. A**
1604 **estruturação do Sistema Público em suas amplas proporções e as crescentes necessidades do Sistema**

1605 Privado dito com e sem fins lucrativos demandaram um expressivo número de médicos, além dos
1606 demais profissionais da saúde, convenientemente invisibilizados pelo Estado. Este quadro se agravou
1607 mais ainda com a fixação desses profissionais nos centros urbanos, gerando um desequilíbrio na
1608 alocação de trabalhadores da saúde entre as mais diversas regiões do país. A mercantilização da
1609 formação profissional em saúde, de forma generalizada, criou graves distorções quanto à qualidade e
1610 ao número de profissionais graduados. Em relação à categoria médica, o Programa Mais Médicos, com
1611 a distribuição de parte desses profissionais para lugares onde até então não havia, juntamente com a
1612 política de abertura de novos cursos e novas vagas, amenizaram consideravelmente o quadro
1613 supracitado. De acordo com a pesquisa *Demografia Médica 2018*, realizada pela Faculdade de
1614 Medicina da Universidade de São Paulo, se em 2010 havia no Brasil 1,91 médico para cada grupo de
1615 mil habitantes, esse número atingiu 2,18 médicos em 2018, uma proporção ainda bem abaixo dos
1616 países mais desenvolvidos e com melhores índices sanitários. Mesmo com essa alteração importante
1617 no quadro demográfico dos médicos, ainda há uma carência enorme desses profissionais em
1618 praticamente todas as regiões do país, notadamente no Sistema Único de Saúde, obrigado a competir,
1619 em condições bastante desiguais, com aqueles que operam na lógica de mercado. Assim, enquanto a
1620 Região Sudeste tem 2,81, o Nordeste tem 1,41 e o Norte 1,16 médico por grupo mil habitantes. O
1621 Distrito Federal, mesmo tendo 4,35 médicos a cada mil habitantes e pagando um salário bastante
1622 razoável, enfrenta em seu Sistema Público sérias dificuldades e carências deste profissional, expondo a
1623 complexidade do tema. Diante disso, decretar moratória na abertura de novos cursos de medicina
1624 impedindo, inclusive, a possibilidade de eventual formação profissional superior às que dispomos
1625 atualmente, antes de sinalizar alguma melhora no quadro, significará o aprofundamento de uma
1626 situação de carência profissional com profundos reflexos negativos no Sistema Único de Saúde e na
1627 população. Pelos motivos acima, o Fórum Nacional de Trabalhadores em Saúde vem se posicionar
1628 contra a proposta da portaria número 328, Brasília(05.04.2018). **Deliberação: o Plenário decidiu que**
1629 **os documentos apresentados pelo Fórum devem ser reelaborados no formato dos instrumentos**
1630 **de manifestação do CNS (moção, recomendação ou resolução). As minutas serão submetidas à**
1631 **apreciação do Pleno na próxima reunião. As demais propostas do Fórum serão remetidas à**
1632 **Mesa Diretora para os devidos encaminhamentos. 18) Cronograma de atividades do CNS -**
1633 **Sugestão:** enviar aos conselheiros nacionais de saúde, quinzenalmente, a agenda de atividades do
1634 CNS atualizada. **Encaminhamento: a SE/CNS verificará como viabilizar essa proposta.**
1635 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** encerrou
1636 a reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras no período da tarde do
1637 segundo dia de reunião: **Titulares** – **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de
1638 Medicina Veterinária – CFMV; **Altamira Simões dos Santos de Sousa**, Rede Nacional Lai Lai Apejo;
1639 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Antônio Pitol**, Pastoral
1640 da Saúde Nacional; **Cláudio Ferreira do Nascimento**, Federação Interestadual dos Odontologistas –
1641 FIO; **Francisca Rêgo Oliveira de Araújo**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia –
1642 ABENFISIO; **Geordeci M. Souza**, Central Única dos Trabalhadores; **Giovanny Kley Silva Trindade**,
1643 Associação Nacional de Pós-Graduandos – ANPG; **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical; **João**
1644 **Rodrigues Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS; **Antônio Lacerda**
1645 **Souto**, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – CONTAG; **Maria do Carmo**
1646 **Tourinho Ribeiro**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Maria Laura Carvalho Bicca**,
1647 Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Moysés Toniolo de Souza**, Articulação
1648 Nacional de Luta Contra a Aids – ANAIDS; **Nelcy Ferreira da Silva**, Conselho Federal de Nutricionistas
1649 (CFN); **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Wanderley Gomes da Silva**, Confederação
1650 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; e **Zaira Tronco Salerno**, Associação Brasileira de
1651 Nutrição (ASBRAN). **Suplentes** – **Albervan Reginaldo Sena**, Associação Brasileira de Linfoma e
1652 Leucemia – ABRALÉ; **Clarice Baldotto**, Associação de Fisioterapeutas do Brasil (AFB); **Fernando**
1653 **Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gerdo Bezerra de**
1654 **Faria**, Conselho Federal de Odontologia – CFO; **Gerlane Baccarin**, Ministério da Saúde; **Gilene José**
1655 **dos Santos**, Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas' e Idosos da Força Sindical – Sindnapi;
1656 **Ivone Martini de Oliveira**, Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Jorge Alves de Almeida**
1657 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Lenir Santos**, Federação Brasileira das
1658 Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência
1659 Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Sérgio Diego de França**, Organização Nacional de Cegos do
1660 Brasil – ONCB; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de
1661 Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos
1662 Enfermeiros – FNE; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Pastoral da Criança.