



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

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

Aos onze e doze dias do mês de abril de dois mil e dezenove, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omilton Visconde”, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, 1º andar, Brasília-DF, realizou-se a Tricentésima Décima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Estabelecido o quórum, às 9h10, conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos com saudações aos presentes e aos internautas que acompanham a reunião pela transmissão em tempo real. Em seguida, apresentou os objetivos da 316ª RO: **1)** Socializar os informes e apreciar as indicações. **2)** Assistir e apreciar o tema do Radar que abordará o Transtorno do Espectro Autista. **3)** Conhecer e debater o Papel Regulatório da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **4)** Atualizar e articular ações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **5)** Analisar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT. **6)** Discutir e deliberar sobre o Panorama do Acesso e Fornecimento de Medicamentos no País. **7)** Contribuir e deliberar acerca da Redução da Tributação de Cigarro Fabricado no Brasil. **8)** Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento – COFIN. **9)** Apresentar e apreciar as questões da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e da 16ª Conferência Nacional de Saúde. **10)** Socializar e deliberar as demandas das Comissões Intersetoriais, Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho, Coordenação de Plenárias dos Conselhos de Saúde e encaminhamentos do Pleno. Em seguida, procedeu ao item 1 da pauta. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA ATA DA 314ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS. APROVAÇÃO DA PAUTA DA 316ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Coordenação:** conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do CNS. **APROVAÇÃO DA ATA DA 314ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a ata foi aprovada com uma alteração e uma abstenção. **APROVAÇÃO DA PAUTA DA 316ª REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS - Deliberação:** a pauta foi aprovada por unanimidade. **ITEM 2 – EXPEDIENTE - Justificativa de ausências. Apresentação de Convidados (as), novos Conselheiros (as) e Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde. Datas representativas para a saúde no mês de abril. Informes. Indicações. Coordenação:** conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa Diretora do CNS; conselheiro **André Luiz Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e **Ana Carolina Dantas Souza**, Secretária-Executiva do CNS. Primeiro, a Secretária-Executiva do CNS apresentou as justificativa de ausências, coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde presentes à reunião; e as datas representativas para a saúde no mês de abril. **Justificativa de ausências – apresentadas com antecedência:** **Altamira Simões dos Santos de Souza; Antônio Lacerda Souto; Bruno César Almeida de Abreu; Denise Torreão Correa da Silva; João Donizeti Scaboli.** Além dessas, foram apresentadas as seguintes justificativas durante a reunião: **Luiz Henrique Mandetta, Ministro de Estado da Saúde;** e **João Gabbardo dos Reis. Coordenadores (as) de Plenária de Conselhos de Saúde - Laciara Farias de Lacerda – Ceará;** e **Jair Clarindo da Silva – Tocantins. Datas representativas para a saúde no mês de abril - 2/abr. - Dia Mundial de Conscientização pelo Autismo (ONU). 4/abr. - Dia Nacional do Portador da doença de Parkinson. 6/abr. - Dia Mundial da Atividade Física. 6/abr. - Dia Nacional de Mobilização pela Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. 7/abr. - Dia Mundial da Saúde. 7/abr. - Dia do Médico Legista. 8/abr. - Dia Mundial da Luta contra o Câncer. 8/abr. - Dia Nacional do Sistema Braille. 11/abr. - Dia Mundial de Conscientização da Doença de Parkinson. 11/abr. - Dia do**

52 Infectologista. 12/abr. - Dia do Obstetra. 13/abr. - Dia do Jovem. 14/abr. - Dia do Técnico em
53 Serviço de Saúde. 16/abr. - Dia Nacional da Voz. 17/abr. - Dia Internacional da Hemofilia.
54 19/abr. - Dia do Índio. 24/abr. - Dia Mundial de Combate à Meningite. 25/abr. - Dia Mundial da
55 Luta contra a Malária. 26/abr. - Dia Nacional de Prevenção e Combate a Hipertensão Arterial.
56 28/abr. - Dia Internacional das Vítimas de Acidentes de Trabalho e de Doenças Profissionais.
57 30/abr. - Dia Nacional da Mulher. **Informes.** **1) Conselheiro Neilton Araújo de Oliveira**
58 informou o Pleno sobre a realização da Semana Nacional de Mobilização para o Enfrentamento
59 ao Tráfico de Pessoas, entre os dias 29 de julho a 3 de agosto de 2019, para divulgação de
60 informações sobre o tema, difundir a campanha “Coração azul”, incentivar denúncias. **2)**
61 **Conselheiro Geordeci Menezes de Souza** apresentou informe sobre o Dia Mundial em
62 Memória as Vítimas de Acidente e Doenças do Trabalho, que ocorre no dia 28 de abril, com
63 destaque para realização das seguintes atividades: a) audiência pública promovida pelo Fórum
64 das centrais sindicais, na Assembleia Legislativa de São Paulo, para tratar sobre os
65 retrocessos em relação aos direitos do trabalhador. Data: 28 de abril. b) Conferência livre da
66 16ª CNS, promovida pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos
67 Ambientes de Trabalho - DIESAT, sobre o impacto das mudanças na saúde do trabalhador.
68 Data: 29 de abril. **3) Conselheiro Artur Custódio Moreira de Sousa** informou o Pleno sobre o
69 Encontro Latino Americano e Caribenho das pessoas afetadas pela hanseníase, realizado no
70 Rio de Janeiro, que contou com a participação de 111 pessoas de 14 países. Na oportunidade,
71 foram aprovadas 38 resoluções para o encontro de jovens, entre elas, fortalecimento do
72 controle social e proibição do uso do termo “lepra” em todos os países. Também solicitou
73 reunião da Mesa Diretora do CNS com a relatora da Comissão Especial de Direitos Humanos
74 da ONU, Alice Cruz, no mês de maio de 2019. **4) Conselheira Simone Maria Leite Batista** fez
75 os seguintes informes da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular
76 em Saúde – ANEPS: **4.1.** IV Encontro dos Raizeiros, parteiras, pajés em Alto Paraíso em
77 Goiás, no período de 16 a 19 de maio; **4.2.** Organização da Conferência Livre de Educação
78 Popular e sua interface com as práticas integrativas e complementares de saúde (data a ser
79 confirmada); e **4.3.** II Congrepics e 4º Encontro Nordeste de Práticas Integrativas e
80 Complementares de Saúde, de 14 a 17 de novembro, em Lagarto/Sergipe. Ocorrido seminário
81 em março, com formação das comissões científica e de infraestrutura, cultura, arte e saúde e
82 divulgação. O próximo momento da comissão de infraestrutura e cultura, arte e saúde e
83 divulgação será em dia 27 de abril, às 09h, no campus de Saúde de Lagarto. **5) Conselheira**
84 **Marisa Furia Silva** informou sua participação na X Jornada de Autismo do Piauí Controle
85 Social e Política Pública para Pessoas com Autismo, nos dias 5 e 6 de abril e, na
86 oportunidade, tratou também sobre a 16ª Conferência Nacional de Saúde - CNS. **6)**
87 **Conselheira Maria da Conceição Silva**, em nome da União de Negros pela Igualdade –
88 UNEGRO, informou que: 6.1 – Apresentação Geral da 16ª Conferência Nacional de Saúde no
89 Comitê Estadual de Saúde da População Negra de Pernambuco, no dia 20 de março de 2019.
90 6.2 – Participação da 36ª Reunião Ordinária do Comitê Nacional para Promoção de Uso
91 Racional de Medicamentos, dias 25 e 26 de março de 2019. 6.3 – 2a. Etapa – Eleição de
92 delegadas e delegados do segmento de Usuárias e Usuários para: XIV Conferência Municipal
93 de Saúde de Olinda-Pernambuco, em 25 e 26 de abril; II Etapa Macrorregional – Olinda, nos
94 dias 23 e 24 de abril; e 9ª Conferência Estadual de Saúde, de 21 a 24 de maio de 2019. O
95 Tema da Conferência de Saúde de Olinda será “O POVO EM DEFESA DO SUS: Por uma
96 saúde universal e democrática” e o da Conferência Estadual será “SAÚDE NÃO É FAVOR! É
97 DIREITO! Pernambuco em defesa do SUS”. **7) Conselheira Marisa Helena Alves** apresentou
98 os seguintes informes do Conselho Federal de Psicologia – CFP: Conferências Livres
99 realizadas pelo CFP em apoio a 16ª Conferência Nacional de Saúde; e previsão de realização
100 da Conferência Livre no CFP para o dia 22 de maio de 2019. **8) Conselheira Lenir dos Santos**
101 informou o Pleno sobre a PEC 39 e o PL 1.602 no Senado Federal. **9) Conselheiro José Felipe**
102 **dos Santos** fez os seguinte informes da Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY: A
103 ARTGAY, junto com a UNE LGBT, está incentivando a realização de conferências livres como
104 processo preparatório da 16ª CNS; participação na Conferência de campina Grande/PB; e está
105 sendo organizada a realização de conferência sobre saúde da população LGBT. **10)**
106 **Conselheira Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** informou sobre a sua participação,
107 representando o Conselho Nacional de Saúde, no Fórum Internacional de Saúde Familiar e
108 Comunitária, ocorrido em 28 e 29 de março de 2019, em Managua - Nicarágua – apresentou a
109 experiência do CNS, formato da conferência nacional de saúde, entre outros aspectos); e na
110 audiência da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados sobre
111 andamento dos conselhos de políticas públicas, no dia 10 de abril de 2019. **Indicações** – Antes

112 de iniciar as indicações, conselheiro **André Luiz de Oliveira** explicou, diante do grande
113 número de convite para eventos externos que chegam ao CNS já com indicação de nomes de
114 conselheiras e conselheiros, a Mesa Diretora do CNS promoverá debate na próxima reunião
115 com vistas à definição de critérios para indicação de representante do CNS para eventos fora
116 do Conselho, priorizando aqueles com convite para explanações. **1) A Associação Brasileira de**
117 **Assistência ao Deficiente Visual - LARAMARA e a ONCB convidam o Conselho Nacional de**
118 **Saúde para participar do ENOM – Encontro Nacional de Orientação e Mobilidade. Data: 16 a**
119 **18 de maio de 2019. Participação do CNS: cerimônia de abertura do evento. Data: 16 de maio,**
120 **das 08h20 às 9h. Local: São Paulo/SP. Indicação: conselheiro Alceu Kuhn. 2) O Ministério da**
121 **Saúde, e a Procuradoria-Geral da República solicitam a Indicação de representantes, titular e**
122 **suplente, para compor a Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Sistema de**
123 **Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (CT/SIOPS). Atualmente, representam o**
124 **CNS, o Conselheiro Wanderley Gomes (Titular) e o Conselheiro Gilson Silva (Suplente).**
125 **Indicação: Titular: Getúlio Vargas de Moura Júnior; e Suplente: Gilson Silva. Após a**
126 **recomposição das comissões do CNS, essa indicação será rediscutida. 3) Oficina do Projeto do**
127 **DIESAT de Articulação e Qualificação do Controle Social, do Estado do Acre. Data: dias 2 e 3**
128 **de maio de 2019. Local: Rio Branco/AC. Indicação: conselheiro Geordeci Menezes de Souza.**
129 **4) 4º Grande Encontro de Raizeiros, Parteiras, Benzedoras e Pajés na Chapada dos**
130 **Veadeiros”. Data: 16 a 19 de maio de 2019. Local: Alto Paraíso de Goiás e na Vila de São**
131 **Jorge. Indicação: conselheira Simone Maria Leite Batista. Deliberação: as indicações foram**
132 **aprovadas, em bloco, com uma abstenção. ITEM 3 – RADAR. TRANSTORNO DO**
133 **ESPECTRO AUTISTA – TEA - Coordenação: conselheira Vanja Andréa Reis dos Santos, da**
134 **Mesa Diretora do CNS. Apresentação: Rosa Magaly Campelo Borba de Moraes, Médica**
135 **psiquiatra especializada em Transtorno do espectro autista – TEA; e conselheira Marisa Furia**
136 **Silva, Presidente da Associação Brasileira de Autismo – ABRA. Iniciando, conselheira Vanja**
137 **Andréa Reis dos Santos agradeceu a presença da convidada e lembrou que o tema foi**
138 **pautado em comemoração ao Dia Mundial de Conscientização pelo Autismo, 2 de abril. Feito**
139 **esse registro, abriu a palavra à médica Rosa Magaly Campelo Borba de Moraes, psiquiatra**
140 **especializada em TEA, que, primeiro, agradeceu o convite e salientou a importância de falar**
141 **sobre autismo dado o seu impacto em várias áreas da sociedade – educação, prática clínica,**
142 **família, saúde pública (gastos 5 x maior com saúde) e para o próprio indivíduo com o TEA.**
143 **Iniciou a sua exposição com dados sobre a prevalência do TEA, explicando que órgão**
144 **americano publicou atualização dos números de prevalência do Transtorno do Espectro do**
145 **Autismo – TEA, 1 para cada 59 crianças. Apesar de a metodologia utilizada na pesquisa ser**
146 **passível de discussão, é preciso considerar que há uma curva em crescimento. Segundo a**
147 **Organização Mundial de Saúde, a prevalência é de 1 caso para 160 indivíduos. No caso do**
148 **Brasil, as estimativas são: 1 milhão de pessoas com TEA; 1% da população de adultos; 1 em**
149 **cada 5 estão em tratamento psiquiátrico ou psicológico; vidas independentes ou parcialmente**
150 **independentes: 20%; e expectativa de vida dependente de diagnósticos associados. Explicou**
151 **que o TEA contempla os seguintes aspectos: déficits persistentes na comunicação e interação**
152 **social em múltiplos contextos; padrões de comportamento, atividade e interesse restritos e**
153 **repetitivos; sintomas devem estar presentes no período de desenvolvimento precoce; e**
154 **sintomas causam prejuízo significativo social, ocupacional ou em outra área importante do**
155 **funcionamento. Acrescentou que se trata de um transtorno do desenvolvimento, portanto, é**
156 **preciso pensar ações para as várias faixas – infância, idade escolar, adolescência e vida**
157 **adulta. Disse que o TEA pode ser classificado em três níveis: Nível 1: requer suporte leve e**
158 **Independência parcial para AVD; Nível 2: requer suporte constante, dependência parcial para**
159 **AVD e Comorbidades; e Nível 3: suporte contínuo, dependência total (não verbal) e**
160 **comorbidade. Disse que mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com**
161 **TEA no Brasil apontou a necessidade de pensar os seguintes aspectos da vida adulta:**
162 **envelhecimento, educação, autocuidados, trabalho, relações afetivo sexuais. Ainda em relação**
163 **ao mapeamento de serviços a pessoas com TEA, disse que nos 27 Estados do Brasil foram**
164 **encontradas 650 instituições que assistem pessoas com TEA, mas há uma hiper concentração**
165 **de serviços em São Paulo. Disse que o livro “Retratos do Autismo no Brasil”, de 2011, apontou**
166 **dados sobre o TEA e pouco mudou em relação aos adultos. Também destacou que a maioria**
167 **dos serviços é feito por ONG e associações de pais, mas a prioridade não é atendimento a**
168 **jovens, adultos e família. Sobre abordagem, lamentou que os métodos comprovados nem**
169 **sempre sejam os mais usados. Seguindo, explicou que 45 a 60% das pessoas com TEA**
170 **apresenta algum grau de deficiência intelectual (<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>),**
171 **o que acarreta em dependência da família e uso de medicamentos mesmo com intervenção.**

172 Além disso, observou que há pouca oferta de tratamento para jovens e adultos e o atendimento
173 é feito em instituições especializadas como APAE e AMA (os Centros de Atenção
174 Psicossocial - CAPS são destinados a adultos e raramente atendem pessoas com TEA). No
175 cuidado, destacou que é preciso considerar: percepção sobre inabilidades sociais;
176 conscientização do diagnóstico; investigação de possibilidades – aptidões, interesses e
177 desafios; treino de habilidades de vida diária e funcionais; dificuldade em manter vínculos
178 empregatícios; particularidades no sexo feminino; e comunicação impacta na defesa de ideias,
179 posicionamento e resolução de conflitos. afirmou que o autismo não é um diagnóstico da
180 infância e muitas vezes os profissionais não trabalham com adultos com TEA. Disse que há
181 diretrizes específicas na Europa mostrando as adaptações necessárias para o ensino superior
182 a fim de atender as pessoas com TEA. Salientou que é preciso aproveitar as aptidões e
183 habilidades das pessoas com TEA, nas suas especificidades. A esse respeito, apontou os
184 seguintes dados: a ONU estima que ao menos 80% das pessoas com TEA estejam fora do
185 mercado de trabalho; não há dados publicados no Brasil; Lei 12.764 de 27 de dez/ 2012 -
186 Artigo 1º Parágrafo 2º: a pessoa com TEA e a consideração para cotas nas empresas; **YouGov**
187 (2016): 60% dos gestores temem não saber lidar com pessoas com TEA e igualmente não
188 sabem onde encontrar suporte; e nos EUA, 58% de jovens adultos com TEA relataram
189 trabalhar menos do que indivíduos com transtornos emocionais, de linguagem ou de
190 aprendizagem (90%) e deficiência intelectual (74%). (*Roux et al., 2015*). Salientou que outro
191 ponto delicado a ser tratado é o crescimento das pessoas com TEA e a falta de condição dos
192 pais para cuidar dessas pessoas. Nessa linha, salientou que é preciso tratar de questões como
193 residência assistida e terapêutica, pois não pensar nessas instituições é deixar as pessoas com
194 TEA sem saída. Ressaltou que os momentos de maior estresse para a família são o
195 diagnóstico e o momento que os pais percebem que estão envelhecendo e não terão
196 condições de cuidar dos filhos. Mostrou fotos de residências terapêuticas para pessoas com
197 TEA na Espanha, em Estocolmo como exemplos e informou que a AMA São Paulo possui esse
198 tipo de residência terapêutica. Na sequência, abordou o tema a conselheira **Marisa Furia**
199 **Silva**, Presidente da ABRA, mãe de um filho com TEA, de 41 anos, que hoje vive em uma
200 residência terapêutica. Explicou que há trinta anos visitou centros de tratamento de autismo na
201 Europa, e após esse período, o Brasil pouco avançou nas ações de tratamento e cuidado das
202 pessoas com TEA. Por essa razão, disse que associações de pais e ONG assumiram os
203 serviços de cuidado a esse segmento. Dada a relevância desse tema e a necessidade de
204 aprofundar a discussão, sugeriu pautá-lo novamente, de forma mais ampla, após a 16ª
205 Conferência Nacional de Saúde, na linha de apontar estruturas que realmente atendam as
206 necessidades das pessoas com TEA, como ampliação das residências terapêuticas. Por fim,
207 disse que, além da falta de atendimento e atenção, os pais de pessoas com TEA estavam
208 adoecendo – depressão, por exemplo - por não saber como seus filhos viverão na velhice, sem
209 suporte. Antes de abrir para o Pleno, a coordenadora da mesa anunciou a presença da
210 professora da Universalidade de Brasília – UnB, Denise Severo, e dos alunos dela no curso de
211 saúde coletiva. **Manifestações.** Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** iniciou com
212 saudações à mesa e ponderou que o TEA ainda é um tema sem visibilidade nas políticas
213 públicas e na mídia que, portanto, é papel do Estado e da sociedade em geral dar destaque a
214 essa temática. Destacou que o Município de Araguaína/TO possui centro específico para o
215 acolhimento das pessoas com TEA e dos pais e avaliou que esta experiência pode ser modelo
216 a outros serviços desse tipo em outros estados. Inclusive, informou que o professor Jair Clarindo
217 da Silva, Presidente do CMS de Araguaína, estava presente e poderia dar maiores informações
218 sobre o serviço de atendimento ao TEA no seu município. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira**
219 **Machado** saudou as expositoras e, dada a importância do tema, sugeriu que seja pauta
220 permanente do CNS. Ressaltou que é necessário garantir tratamento e cuidado para as
221 pessoas com TEA, além de suporte às famílias, especialmente às mães, as principais
222 cuidadoras. Conselheira **Elaine Junger Pelaez** disse que é fundamental garantir a inserção
223 das pessoas com TEA no mercado de trabalho, na escola e no ensino superior e lutar para
224 vencer o preconceito e o estigma ao TEA, entendendo que essas pessoas são sujeitos de
225 direitos. Defendeu que o CNS contribua na luta para o fortalecimento da rede pública de
226 habilitação e reabilitação para atendimento às pessoas com TEA e outras que dela necessitem.
227 Conselheira **Lais Alves de Souza Bonilha** perguntou se há recomendações direcionadas aos
228 serviços de saúde, às instituições de educação e aos gestores municipais para diagnóstico
229 precoce do TEA e atendimento e suporte às famílias, utilizando a rede da atenção básica.
230 Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** avaliou o momento como histórico e fez uma
231 homenagem em reconhecimento, na pessoa da conselheira Marisa Furia, às instituições de

232 pais que realizam trabalho de cuidado às pessoas com TEA. Também destacou a importância
233 de regular a medicação para as pessoas com autismo e promover intercâmbio para que os
234 profissionais de saúde aprendam com outras experiências. Conselheira **Priscilla Viégas**
235 **Barreto de Oliveira** sinalizou a importância de garantir o suporte às pessoas com TEA e suas
236 famílias (cuidadores), de forma intersetorial e investir mais na atenção básica, com integração
237 das políticas públicas – saúde, educação, justiça. Chamou a atenção para a necessidade de
238 ampliar a atuação dos centros de reabilitação no cuidado às pessoas com TEA e de garantir
239 espaços para atenção às pessoas com TEA na adolescência. Por fim, lembrou que o CNS
240 aprovou recomendação relativa à regulamentação de itens da Lei Brasileira de Inclusão,
241 principalmente o Cadastro. A coordenadora da mesa agradeceu a presença de pessoas com
242 TEA presentes à reunião e franqueou a palavra a Marion dos Santos Sales, mãe de Gabriel
243 Sales, 25 anos, com TEA. Na sua fala, a mãe fez um relato emocionado, mas real das
244 dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TEA e por suas famílias no cuidado. Explicou que
245 Gabriel frequentou a rede pública por muitos anos, mas, quando chegou à fase adulta, ele não
246 recebeu nenhum cuidado, ou seja, o autismo adulto é invisível. Além disso, afirmou que os
247 profissionais de saúde não são preparados para diagnosticar o TEA e as famílias,
248 principalmente as mães, não recebem nenhum tipo de ajuda ou apoio para o cuidado. Nessa
249 linha, disse que as instituições são uma saída para o cuidado das pessoas com TEA e, nessa
250 linha, lamentou o fechamento da Casa de Fortaleza. Fechou sua fala destacando a importância
251 de dar maior visibilidade ao TEA e garantir cuidado e apoio às pessoas com autismo e suas
252 famílias nesse cuidado. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** registrou o compromisso
253 do CNS em dar visibilidade ao tema Transtorno do Espectro Autista – TEA na lógica de
254 sensibilizar a sociedade para esta luta. **Manifestações.** Conselheiro **Artur Custódio M. Souza**
255 salientou a importância de olhar diferenciado para as pessoas com autismo e destacou que
256 todas as entidades podem trabalhar no fortalecimento das entidades civis de apoio e do papel
257 do governo. Como encaminhamento, sugeriu remeter o tema à Comissão Intersetorial da
258 Pessoa com Deficiência – CIASPD/CNS para elaboração de recomendação conjunta (no
259 campo da educação, saúde e assistência social), com a participação do CONASEMS,
260 considerando as experiências positivas no cuidado das pessoas com TEA como subsídios à
261 elaboração de política de cuidado desse segmento, a ser desenvolvida nos municípios.
262 Conselheiro **André Luiz de Oliveira** manifestou apoio à luta para garantia do cuidado das
263 pessoas com autismo e o amparo e apoio às mães e destacou a importância de considerar
264 experiências exitosas dos municípios nesse sentido, com a participação do CONASEMS.
265 Também perguntou qual a diferença entre assistência e residência terapêutica e qual a
266 finalidade do cuidado. Por fim, registrou o seu reconhecimento às mães e aos pais que lutam
267 nessa causa e defendeu que essa temática retorne à pauta do CNS. Conselheiro **Antônio**
268 **César Silva Mallet** agradeceu as expositoras pelas falas elucidativas e sinalizou que a
269 informação faz a diferença, uma vez que a sociedade está distante deste tema. Registrou a sua
270 homenagem às mães, aos pais e às famílias que cuidam de pessoas com TEA, principalmente
271 neste momento em que a dignidade da pessoa humana perde cada vez mais espaço. Salientou
272 que a sociedade não consegue garantir que o Estado responda aos anseios da população e,
273 nessa linha, o país caminha para reforma da previdência que não olha as necessidades
274 específicas de determinados grupos. Por fim, perguntou qual a capacidade dos equipamentos
275 públicos para melhorar as estratégias de atuação na assistência às pessoas com TEA.
276 Conselheira **Maria da Conceição Silva** frisou que é preciso compreender as dificuldades para
277 falar deste tema tão relevante e ressaltou ser essencial a definição de política pública voltada à
278 atenção ao TEA. Também reiterou a importância da formação de profissionais da saúde para
279 cuidado das pessoas com TEA, de forma intersetorial – educação, saúde e assistência. Além
280 desses aspectos, disse que é essencial e decisivo garantir suporte às famílias, em especial às
281 mães, haja vista os vários acometimentos decorrentes da falta de atenção, inclusive
282 assegurando cuidados nos centros de acompanhamento. Por fim, perguntou se há relação
283 entre a incidência de autismo e a diabetes gestacional. **Retorno da mesa.** A Médica psiquiatra
284 especialista em TEA, **Rosa Magaly Campelo Borba de Moraes**, respondeu aos
285 questionamentos destacando os seguintes aspectos: 50% dos meninos com TEA possuem
286 deficiência intelectual associada, o que agrava a situação; o gasto médico com tratamento do
287 TEA varia entre R\$ 8 e R\$ 10 mil por mês; para diagnóstico precoce, está disponível a
288 ferramenta “Escala M chat”, instrumento de rastreio, adotado pela Sociedade Brasileira de
289 Pediatria, de fácil execução; após o diagnóstico, é preciso assegurar o cuidado e a rede básica
290 é uma aliada nesse processo; o médico pediatra precisa ser bem treinado porque é o primeiro
291 profissional a ter contato com as crianças; não há protocolos para cuidado nas faixas etárias,

292 muito menos para os adultos - uma instituição privada sueca, que chegou ao Brasil há pouco
293 tempo, oferece retaguarda para incluir as pessoas com TEA no mercado de trabalho; o
294 tratamento para TEA é intenso, individualizado e especializado (no casos leves, 10 horas de
295 intervenção; e, nos casos graves, 48 horas); autismo – há fatores genéticos e ambiental
296 (ecogenética) –hipóteses: idade do pai, idade da mãe, diabetes, doenças autoimunes, parto
297 precoce, APGAR, infecções; residência terapêutica é o lar, ou seja, local onde pessoas com
298 TEA moram com adaptação, supervisão profissional e suporte; na psiquiatria infantil, é preciso
299 garantir tratamento interdisciplinar; e CAPS – realizam atendimento secundário e terciário, mas
300 esses locais não possuem treinamento para atender pessoas com TEA (em alguns centros, é
301 possível passar o dia em observação). Conselheira **Marisa Furia Silva**, Presidente da ABRA,
302 agradeceu a Mesa Diretora do CNS por pautar o tema e a ex-conselheira Angêla que custeou a
303 passagem de vinda da doutora Rosa. Destacou que é preciso saber a quantidade de pessoas
304 com TEA atendidas nos Centros de Reabilitação e como se dá esse atendimento. Também
305 aproveitou para solicitar que a CONITEC aprove novos medicamentos para serem utilizados
306 por pessoas com TEA (melatonina, por exemplo, é trazida de fora; e a quetiapina precisa ser
307 incluída na grade do SUS). Explicou ainda que a terapêutica é pregressa de hospitais
308 psiquiátricos, o que representa um problema e ressaltou que é preciso garantir modelo de
309 residência protegida. Como encaminhamento, solicitou que a Mesa Diretora do CNS pautasse
310 novamente o debate desta temática após a 16ª Conferência, com a participação das áreas
311 técnicas do MS. Conselheiro **Nelson Mussolini** sentiu falta do representante do governo na
312 mesa para expor sobre o tema, ouvir as palestrantes e adotar medidas necessárias diante dos
313 problemas colocados. A coordenadora da mesa explicou que alguns convidados não puderam
314 comparecer porque o convite foi feito sem muita antecedência, todavia, essa temática
315 retornaria para debate. Dito isso, passou aos encaminhamentos. **Deliberação: o Pleno**
316 **aprovou, por unanimidade, as seguintes propostas: a) dar visibilidade ao “Transtorno do**
317 **Espectro Autista – TEA” na lógica de sensibilizar a sociedade para este tema tão**
318 **relevante; b) estimular o debate deste tema nas etapas preparatórias da 16ª Conferência**
319 **Nacional de Saúde e na etapa nacional; c) pautar novamente o debate desta temática**
320 **após a 16ª Conferência; e d) remeter o tema à Comissão Intersetorial da Pessoa com**
321 **Deficiência – CIASPD/CNS para elaboração de recomendação conjunta (no campo da**
322 **educação, saúde e assistência social), com a participação do CONASEMS, considerando**
323 **as experiências positivas no cuidado das pessoas com TEA como subsídios à**
324 **elaboração de política de cuidado desse segmento, a ser desenvolvida nos municípios.**
325 Com esses encaminhamentos, a mesa agradeceu as expositoras e encerrou o ponto de pauta.
326 **ITEM 4 – O PAPEL REGULATÓRIO DA ANVISA - Coordenação: conselheiro Fernando**
327 **Zasso Pigatto**, Presidente do CNS. *Apresentação: Gabrielle Cunha Barbosa Cavalcanti e*
328 **Cysne Troncoso**, Gerente Geral da Gerência Geral de Regulamentação e Boas Práticas
329 Regulatórias – GGREG/ANVISA; conselheiro **Artur Custódio Moreira de Souza**, coordenador
330 adjunto da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS/CNS; e conselheira
331 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, coordenadora adjunta da Comissão Intersetorial de
332 Vigilância em Saúde – CIVS/CNS. A Gerente Geral da GGREG/ANVISA, **Gabrielle Cunha**
333 **Barbosa Cavalcanti e Cysne Troncoso**, primeira expositora da mesa, iniciou agradecendo o
334 convite para expor sobre o tema no Pleno do CNS em nome do diretor-presidente da ANVISA,
335 **William Dib** e do diretor **Renato Porto**. Pontuou que a ANVISA possui um imenso escopo de
336 atuação, sendo considerada a maior entre as agências reguladoras brasileiras, tanto pela
337 abrangência de sua área de atuação como pelo quantitativo de servidores. Fez uma
338 abordagem sobre a participação das atividades reguladas pela Anvisa na economia brasileira
339 destacando os seguintes dados: valor adicionado bruto da economia brasileira em 2014: R\$
340 4,97 trilhões; R\$ 1,13 trilhão do total (22,7%) é composto por atividades que sofrem regulação
341 da Anvisa; estas atividades ganharam participação em relação a 2010 (19,9%); e ganho de
342 produtividade não se deu por aumento na lista de produtos regulados e sim por um ganho
343 relativo de participação. Seguindo, falou sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária –
344 SNVS, definido pela Lei nº 9.782/1999, que criou a Anvisa e delegou à esfera federal a
345 atribuição de coordenar o SNVS, de acordo com os princípios e as diretrizes organizativas do
346 SUS. Acrescentou que o SNVS é composto por órgãos que desenvolvem ações de vigilância
347 sanitária, com responsabilidades compartilhadas, nas três esferas de governo (União, 27
348 Estados e 5.570 Municípios). Fez um enfoque sobre regulação, explicando que é entendida
349 como a intervenção do Estado no comportamento dos agentes para promover aumento de
350 eficiência, bem-estar social e crescimento econômico. Trata-se de um dos principais
351 instrumentos por meio do qual o Estado promove o bem-estar social e econômico de seus

352 cidadãos, tendo portanto uma importância inquestionável. Acrescentou que a regulação é
353 necessária para ampliar o acesso a serviços e produtos seguros e de qualidade, promovendo
354 assim o bem-estar social. No que se refere aos avanços, destacou a produção normativa da
355 ANVISA na primeira década, explicando que, da criação a 2018, a Agência publicou 1.680 atos
356 normativos, dos quais 1.042 estão ainda vigentes. Entre os anos de 1999 e 2008 foram
357 publicados 954 atos normativos (92% do estoque atualmente vigente). Ou seja, nos seus
358 primeiros dez anos, a Anvisa esteve voltada à construção das bases normativas para sua
359 atuação. Na segunda década, observou que houve mais previsibilidade, transparência e
360 estabilidade ao processo regulatório. Em 2008, foi instituído o Programa de Melhoria da
361 Regulação Sanitária; em 2009, foi publicada a primeira Agenda Regulatória na ANVISA; em
362 2011 a Agência iniciou um processo gradual para realização de Análise de Impacto
363 Regulatório; e, em 2014, foi implementado projeto de Gestão do Estoque Regulatório. Ainda na
364 linha da regulação, apontou os seguintes dados em relação à Agenda Regulatória (2017-2020):
365 15 macrotemas, sendo treze temas concluídos; 129 temas; e 122 processos de regulação
366 (95% dos processos iniciados em 2018 são relacionados à Agenda Regulatória). No que se
367 refere às normas publicadas em 2018, explicou que foram 61 atos normativos e 7 instruções
368 normativas. No que diz respeito à participação social em 2018, explicou que as consultas
369 públicas contaram com 402 participantes. A esse respeito, fez um destaque à Tomada Pública
370 de Subsídios sobre Rotulagem Nutricional de Alimentos, que teve mais de 100.000
371 visualizações, 3.759 participantes e 33.531 contribuições. No que diz respeito aos resultados
372 de 2018, destacou: a) análise de Dossiês de Desenvolvimento Clínico de Medicamentos
373 (DDCM): 104 entradas, sendo 94 aprovados, 4 indeferidos e 5 desistências; e b) análise e
374 registro de petições de medicamentos e de produtos biológicos: 1.297 registros (publicações),
375 sendo 827 registros concedidos e 470 indeferidos. Em relação a alimentos, os resultados
376 foram: a) registro de medicamentos - petições de registros de 2018: 342 entradas e 911 saídas;
377 evolução do passivo de petições de registro em 2018: 602 em janeiro de 2018 e 49 em
378 dezembro de 2018; tempo médio mensal da primeira manifestação em petição de registro: 55
379 dias em dezembro de 2018; b) avaliação de segurança e eficácia – entradas e saídas do
380 passivo de petições de avaliação de segurança e eficácia em 2018: 82 entradas e 62 saídas; e
381 tempo médio mensal para primeira manifestação em petições de avaliação de segura e eficácia
382 de alimentos: 675 dias em dezembro de 2018. Na linha da simplificação e desburocratização,
383 destacou o Guia para Mensuração da Carga Administrativa que apresenta orientações para a
384 mensuração da carga administrativa resultante da regulamentação imposta aos agentes que
385 realizam atividades sujeitas à vigilância sanitária no Brasil. Acrescentou que esse documento
386 contribui para mudança de cultura na elaboração de regulamentos da Agência, tendo como
387 horizontes a simplificação e a redução ou até mesmo a eliminação da carga administrativa.
388 Disse que foi realizado Projeto Piloto que analisou a carga administrativa da Resolução n.º
389 185/2006, que obriga o setor econômico a apresentar informações econômicas para
390 determinado grupo de produtos da saúde. Explicou que a carga administrativa dessas
391 informações possui custo anual de mais de R\$ 1,2 milhão e com a revisão da norma, sem
392 perder o rigor, a previsão é de redução de R\$ 750 mil desta carga. Em relação ao novo modelo
393 regulatório da Agência, citou a Portaria n.º 1.741, de 12 de dezembro de 2018, que dispõe
394 sobre as diretrizes e os procedimentos para melhoria da qualidade regulatória na Anvisa e a
395 Orientação de Serviço n.º 56, de 18 de dezembro de 2018, que dispõe sobre o fluxo para a
396 elaboração e a deliberação de instrumentos regulatórios, em consonância com a Portaria n.º
397 1.741, de 12 de dezembro de 2018. Ainda nos destaques do novo modelo regulatório, citou:
398 análise de Impacto Regulatório - processo que agrega evidências e maior robustez ao estudo
399 do problema regulatório; participação social - recomendada em todas as fases da AIR, pois um
400 bom processo de consulta e engajamento garante transparência e reúne subsídios que
401 melhoram a eficiência da atuação regulatória; e Plano de implementação, fiscalização e
402 monitoramento - desenvolver e aplicar estratégias para garantir que a intervenção seja
403 adequadamente implementada, fiscalizada e monitorada. Pontuou como principais mudanças o
404 fortalecimento da Análise de Impacto Regulatório – AIR e a diversificação dos mecanismos de
405 participação social. Neste ponto, destacou o Guia de Análise do Impacto Regulatório, que está
406 em consulta pública, para receber contribuições e ser concluído. Também citou o Cardápio de
407 Participação Social que visa ampliar e qualificar a participação da sociedade sobre a
408 implementação de ações regulatórias em andamento na Agência e informou que está
409 disponível ferramenta na Anvisa para identificação de problemas no marco regulatório. Por fim,
410 colocou os seguintes desafios para provocar a discussão: fortalecer o monitoramento pós-
411 mercado e simplificar os controles pré-mercado, baseado na análise de risco; promover

412 ambiente favorável à inovação, baseado na estabilidade, previsibilidade, racionalidade e
413 eficiência da regulação sanitária; regular sem transformar a regulação em obstáculo ao
414 desenvolvimento social e econômico; incentivar a troca de informações e a cooperação com
415 outras agências reguladoras; e ampliar a transparência, o controle e a participação da
416 sociedade. Na sequência, interveio o conselheiro **Artur Custódio M. Souza**, coordenador
417 adjunto da CIVS/CNS, que pontuou algumas preocupações na sua fala acerca do tema.
418 Primeiro, pontuou o problema do furor normativo, do excesso de normas (algumas inclusive
419 contraditórias) e da burocratização e solicitou a atenção da Agência para este aspecto. Sobre a
420 participação social, lembrou que uma série de pautas do Conselho possui interseção com a
421 ANVISA, assim, é importante a presença de representante da Agência nas reuniões do CNS a
422 fim de identificar pautas comuns a serem trabalhadas. Avaliou que o CNS pode contribuir na
423 elaboração do “Cardápio” e, como encaminhamento, sugeriu pautar o tema na CIVS para
424 aprofundar a discussão. Também falou sobre o PL n°. 280/2017, que estabelece diretrizes e
425 requisitos para a delegação, no âmbito da Administração Pública Federal, do serviço público de
426 fiscalização administrativa a particulares e lembrou que o CNS recomendou ao Congresso
427 Nacional (na forma da Recomendação n°. 57/2017) que promovesse audiências públicas de
428 forma a ampliar o debate sobre o Projeto. Disse que o Senado Federal, atendendo a esta
429 recomendação do CNS, convocou audiência pública e, portanto, sugeriu que CNS e ANVISA
430 participem para defender posição contrária ao Projeto. Em seguida, interveio a conselheira
431 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, coordenadora adjunta da CIVS/CNS, que iniciou
432 salientando ser fundamental a participação do CNS na elaboração das diretrizes que irão
433 orientar a atuação da ANVISA e reiterando a importância da presença de representante da
434 ANVISA nas reuniões do CNS. Além dessa questão, solicitou à ANVISA que reconheça os
435 estabelecimentos médicos veterinários como estabelecimentos de saúde, uma vez que não
436 existe norma única de fiscalização do trabalho dos profissionais veterinários para todo o país.
437 Lembrou que os medicamentos usados em medicina veterinária podem causar riscos à saúde
438 dos profissionais e de sua família e ao meio ambiente. Deixou claro que a intenção desta
439 proposta não é incluir a saúde animal no SUS, nem utilizar recursos do Sistema para a saúde
440 animal. **Manifestações.** Conselheiro **Wilson Hiroshi** perguntou quais as ações da ANVISA
441 para apoiar os municípios nas ações de vigilância sanitária e se a descentralização das ações
442 trouxe efetividade. Conselheira **Sueli Terezinha Goi Barrios** fez um destaque para a
443 importância da ANVISA na defesa da saúde e vida das pessoas e na garantia do bem-estar
444 social. Lembrou que a Agência fiscaliza e faz o enfrentamento com o mercado, que muitas
445 vezes possui interesse diferente por conta do viés do lucro, e perguntou com a Agência lida
446 com isso. Considerando o registro de agrotóxicos uma das responsabilidades da ANVISA,
447 solicitou a posição da Agência diante da política de liberação de centenas de agrotóxicos,
448 alguns proibidos em outros países, e o impacto na vida das pessoas. Conselheira **Priscilla**
449 **Viégas Barreto de Oliveira** ressaltou que a ANVISA é essencial no fortalecimento e na
450 consolidação do SUS e pontuou que a Agência precisa trabalhar na promoção do acesso.
451 Conselheira **Elaine Junger Pelaez** perguntou qual a posição da ANVISA diante das ações
452 governamentais que visam ampliar a lucratividade de empresas e setores do capital e destacou
453 a importância da Agência atuar também na promoção da saúde e na garantia dos direitos.
454 Conselheira **Ana Carolina Navarrete Munhoz Fernandes da Cunha** iniciou destacando que a
455 ANVISA é referência para outras agências reguladoras do Brasil e do mundo e avaliou que o
456 Guia é bem-vindo porque tenta harmonizar fluxo e processo para regulação e participação
457 social. Também manifestou satisfação com as iniciativas de regulamentação do processo de
458 rotulagem nutricional por entender que é vital. Por outro lado, falou da sua preocupação com a
459 Portaria da CEMED que retira o preço teto de medicamentos isentos de prescrição, por
460 entender que não procede a justificativa de que esta medida reduziria o preço dos
461 medicamentos. Conselheiro **José Araújo da Silva** solicitou à ANVISA que revise a RDC n°. 283/2005,
462 que regulamenta as instituições de longa permanência, porque essa norma prejudica
463 essas instituições e diverge de resoluções do Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS.
464 Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** registrou o apoio da CNI à Anvisa e o reconhecimento
465 à excelência do trabalho desenvolvido pela Agência, mesmo com recursos escassos e frisou
466 que o CNS precisa defender o órgão dos ataques que sofre, inclusive do próprio Ministério da
467 Saúde e do Congresso Nacional. Conselheira **Maria da Conceição Silva** reiterou os elogios à
468 ANVISA e pontuou aspectos a serem considerados neste debate. Primeiro, perguntou como se
469 dá a presença da ANVISA no processo regulatório e como a Agência lida com as intervenções
470 políticas que sofre. Também solicitou que a ANVISA participe do debate do PL n°. 545/2018,
471 que dispõe sobre dispensação da prescrição de receita para medicamentos à base de

472 substâncias classificadas como antimicrobianos. Sobre uso racional de medicamentos,
473 perguntou como a ANVISA pode participar de forma mais efetiva do comitê que trata deste
474 tema. Conselheiro **Antônio César Silva Mallet** salientou a importância do processo regulatório
475 da ANVISA que visa responder aos anseios da população e pontuou que o CNS deve
476 fortalecer a Agência. Conselheiro **Jair Brandão de Moura Filho** destacou que a ANVISA é
477 fundamental no processo regulatório e destacou a importância de fortalecer a promoção do
478 direito de acesso enquanto princípio do SUS e da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.
479 No que se refere à participação social, perguntou quais as novas formas de participação a
480 serem adotadas pela ANVISA nesse novo modelo para ampliar e qualificar a presença do
481 controle social. Conselheiro **Gilberto Soares Casanova** destacou a importância do trabalho
482 realizado pela ANVISA que avaliou modelos de glicosímetros, todavia, disse que a
483 obrigatoriedade de informar o CPF para entrar no site da Agência fez com que muitos usuários
484 não fizessem reclamações. Sendo assim, solicitou que a ANVISA reveja essa ponto para
485 ampliar a participação social. Conselheira **Shirley Marshal Diaz Morales** saudou a
486 representante da ANVISA e fez as seguintes perguntas: quais seriam as estratégias do
487 “Cardápio”,? Como se dá o diálogo entre as vigilâncias sanitárias municipais e estaduais?
488 Como está a cooperação técnica entre ANS e ANVISA, assinada em 2017, para melhorar as
489 práticas regulatórias? Por fim, lembrou que a autoregulação não faz o preço cair e destacou a
490 importância da participação social nessa e em outras questões. Concluídas as falas,
491 conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu a presença da representante da ANVISA e
492 colocou como desafio para a CIVS/CNS debater a política nacional de vigilância sanitária a
493 partir da Política de Vigilância em Saúde. Lembrou a amplitude do trabalho regulatório
494 desenvolvido pela ANVISA (¼ do PIB brasileiro e 75% das importações brasileiras passa pela
495 vigilância sanitária) e concordou que a Agência enfrenta fortes interesses de setores como
496 agrotóxico, cigarro. Destacou que é preciso apoiar a ANVISA para que desempenhe seu
497 importante papel regulatório. Conselheiro **Eduardo Maércio Fróes** informou o Pleno que no
498 início daquele dia, na Câmara dos Deputados, ocorreu o lançamento da Frente Parlamentar em
499 Defesa da Saúde Preventiva que visa manter agenda de atividades ao longo do ano para
500 promover o debate sobre os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Falou
501 ainda sobre a rotulagem de produtos nocivos à saúde e perguntou como está o andamento dos
502 trabalhos do Grupo da ANVISA que trata deste tema. Fez referência ainda ao problema da
503 descontinuidade de medicamentos, com destaque para pacientes com câncer sem tratamento
504 por conta da falta de bleomicina e frisou que é preciso tratar desse tema de forma mais
505 incisiva. Por fim, solicitou o apoio da ANVISA à luta contra a liberação e uso de agrotóxicos
506 porque o Brasil está indo na contramão do mundo. Conselheiro **Arlison da Silva Cardoso**
507 destacou que a pressão da vigilância sanitária em saúde é proporcional ao tamanho da
508 complexidade do seu trabalho e lembrou que os municípios também precisam lidar com
509 pressões que recebem no desempenho de suas ações. Apesar das dificuldades, afirmou que
510 os municípios vêm realizando as suas ações de vigilância e concordou que é preciso respaldo
511 e financiamento para melhorar o desempenho dessa atividade. **Retorno da mesa.** A gerente
512 da GGREG/ANVISA, **Gabrielle Cunha Barbosa Cavalcanti e Cysne Troncoso**, respondeu as
513 falas, de um modo geral, contemplando os seguintes aspectos: a ANVISA recebe críticas por
514 diversos setores inclusive pela complexidade da sua atuação, portanto, o apoio à Agência é
515 essencial para dar continuidade às ações (agradecimento ao apoio do CNS manifestado nas
516 falas); o enfrentamento das interferências e pressões de diversos setores é um desafio diário e
517 para lidar com esse ambiente diverso é preciso considerar principalmente os seguintes
518 elementos: controle social, participação, transparência, comunicação, atuação baseada em
519 evidências (o novo modelo traz ferramentas para manejar essas questões principais); é
520 essencial monitorar o desdobramento das ações regulatórias e promover mudança cultural e
521 institucional; é importante ampliar a interação entre ANVISA e CNS, inclusive para reforçar o
522 papel regulatório da Agência; o Cardápio de Participação Social é um esforço para apresentar
523 e incentivar novos mecanismos de participação social - além dos tradicionais como consultas e
524 audiências – realizando tomada pública de subsídios, grupos focais, consultas dirigidas); no
525 que diz respeito à relação com as vigilâncias sanitárias, está assegurado em Portaria que os
526 entes do sistema de vigilância sanitária precisam ser consultados no processo; a Agência
527 lançou sala de acolhimento dos entes do Sistema de Vigilância Sanitária; em 2018, foram
528 ofertados mais de 200 cursos para as vigilâncias sanitárias e publicada a RDC 207/2018;
529 processo de regulamentação e decisório da CEMED é diferente do utilizado pela ANVISA; a
530 estratégia de liberação de produtos isentos de prescrição precisa ser acompanhada; a ANVISA
531 definiu ações para mitigar o impacto do desabastecimento de medicamento, uma delas é

532 que os fabricantes devem informar à Anvisa a interrupção da fabricação com no mínimo seis
533 meses de antecedência, conforme a RDC n°. 18/2014; a Agência possui posicionamento
534 técnico sobre o uso de agrotóxico com grande preocupação com a saúde e segurança dos
535 consumidores e dos produtores – esse é um dos temas de maior enfrentamento e pressão por
536 envolver fortes interesses, portanto, o apoio do controle social na busca pela segurança dos
537 envolvidos é essencial. Conselheira **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, coordenadora
538 adjunta da CIVS/CNS, agradeceu a oportunidade e ratificou a importância do trabalho da
539 ANVISA. Também frisou a necessidade de estreitar a relação da vigilância sanitária com a
540 ANVISA na busca da prevenção de problemas. Conselheiro **Artur Custódio Moreira de**
541 **Souza**, coordenador adjunto da CIVS/CNS, sintetizou os seguintes encaminhamentos a partir
542 das falas: estabelecer relação mais estreita entre CNS e ANVISA por conta de temas comuns
543 (*sugestão*: participação de um representante da ANVISA nas reuniões do CNS para identificar
544 esses temas); pautar debate na CIVS/CNS sobre a dificuldade de interlocução do controle
545 social com as agências reguladoras; pautar debate no CNS sobre vigilância em saúde e
546 participação social (remeter à Mesa Diretora do CNS); e encaminhar à Mesa Diretora do CNS a
547 tarefa de definir estratégia, em conjunto com a ANVISA, para marcar audiência pública sobre o
548 Projeto de Lei do Senado Federal n°. 280/2017, que estabelece diretrizes e requisitos para a
549 delegação, no âmbito da Administração Pública Federal, do serviço público de fiscalização
550 administrativa a particulares, na lógica da defesa do Sistema. Na sequência, foi aberta a
551 palavra para outras propostas. Encaminhando, a mesa colocou em votação as proposições.
552 **Deliberação: neste ponto de pauta, as deliberações foram as seguintes: 1) estabelecer**
553 **relação mais estreita entre o CNS e a ANVISA por conta de temas comuns (sugestão:**
554 **participação de um representante da ANVISA nas reuniões do CNS para identificar esses**
555 **temas); 2) pautar debate na CIVS/CNS sobre a dificuldade de interlocução do controle**
556 **social com as agências reguladoras; 3) pautar debate no CNS sobre vigilância em saúde,**
557 **regulação sanitária e participação social (remeter à Mesa Diretora do CNS); e 4)**
558 **encaminhar à Mesa Diretora do CNS a tarefa de definir estratégia, em conjunto com a**
559 **ANVISA, para marcar audiência pública sobre o Projeto de Lei do Senado Federal n°.**
560 **280/2017, que estabelece diretrizes e requisitos para a delegação, no âmbito da**
561 **Administração Pública Federal, do serviço público de fiscalização administrativa a**
562 **particulares, na lógica da defesa do Sistema de vigilância sanitária e a ANVISA.**
563 Finalizando, o Presidente do CNS saudou a ANVISA pelos 20 anos de criação e colocou o
564 CNS à disposição para debate de outras questões visando o fortalecimento da ANVISA.
565 Definido esse ponto, às 12h51, a mesa suspendeu para o almoço. Estiveram presentes os
566 seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* - **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**,
567 Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANO;
568 **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Artur Custódio**
569 **Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase –
570 MORHAN; **Carlos de Souza Andrade**, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços
571 e Turismo – CNC; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de Hospitais – FBH; **Eduardo**
572 **Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Elaine Junger**
573 **Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS; **Elisabete Pimenta Araújo Paz**,
574 Conselho Federal de Enfermagem – COFEN; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação
575 Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Gerídice Lorna Andrade de Moraes**,
576 Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Gilene José dos Santos**,
577 Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINTAPI/CUT;
578 **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo**
579 **da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de
580 Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores
581 Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA;
582 **Lais Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO;
583 **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD;
584 **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia**
585 **Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de
586 Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra
587 a AIDS – ANAIDS; **Nara Monte Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Neilton**
588 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação
589 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
590 Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de
591 Nutrição – ASBRAN; **Shirley Marshal Diaz Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros –

592 FNE; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de
593 Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos
594 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; **Sueli**
595 **Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da Rede Unida – REDEUNIDA; e **Vanja Andréa**
596 **Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes* - **Adelina Almeida Moreira**
597 **de Araujo**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS;
598 **Adolorata Aparecida Bianco Carvalho**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV;
599 **Ailson dos Santos**, Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas
600 Gerais e Espírito Santo – APOINME; **Alceu Kuhn**, Organização Nacional de Cegos do Brasil –
601 ONCB; **Ana Carolina Navarrete Munhoz Fernandes da Cunha**, Instituto Brasileiro de Defesa
602 do Consumidor – IDEC; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Arlson da Silva**
603 **Cardoso**, Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carlos**
604 **Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física - CONFECF; **Elgiane de Fátima**
605 **Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fabiana Raynal**,
606 Ministério da Saúde; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –
607 FENAPSI; **Geraldo Adão Santos**, Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e
608 Idosos – COBAP; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT;
609 **Gilberto Soares Casanova**, Associação de Diabetes Juvenil – ADJ; **Giovanna de Saboia**
610 **Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Jair Brandão de Moura Filho**, Rede
611 Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS - RNP+BRASIL; **Jorge Alves de Almeida**
612 **Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Karla Larica Wanderley**,
613 Ministério da Saúde; **Lázaro de Souza Bento**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e
614 Trabalhadoras na Agricultura Familiar no Brasil - CONTRAF BRASIL; **Lenise Aparecida**
615 **Martins Garcia**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Marlene Pereira dos**
616 **Santos Oliveira**, Instituto Lado a Lado pela Vida; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros
617 pela Igualdade – UNEGRO; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
618 Assistentes Sociais – FENAS; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de
619 Nutricionistas – CFN; **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da Indústria – CNI;
620 **Tiago Farina Matos**, Instituto Oncoguia; e **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho
621 Federal de Farmácia - CFF. Retomando, às 14 horas, a mesa foi composta para o item 5 da
622 pauta. **ITEM 5 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP** - *Coordenação:*
623 *conselheiro Neilton Araújo de Oliveira*, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheiro
624 **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, coordenador da CONEP. O coordenador da Comissão
625 apresentou os seguintes informes: 1) acompanhamento da tramitação do Projeto de Lei nº
626 7.082/2017, que dispõe sobre a pesquisa clínica com seres humanos e institui o Sistema
627 Nacional de Ética em Pesquisa Clínica com Seres - o PL continua na Comissão de Seguridade
628 Social e Família - CSSF e a Comissão está negociando a realização de audiência com o
629 deputado Iran Gonçalves, designado relator, para tratar das propostas do Conselho acerca
630 dessa matéria; e 2) duas resoluções em elaboração pela CONEP: a) define diferença na
631 tramitação dos protocolos de acordo com o grau de complexidade – será realizada rodada de
632 conversa com os diversos setores da pesquisa, antes de colocar em consulta pública (houve
633 mal entendido com o CSSF acerca da proposta, mas a situação já foi esclarecida); e b)
634 aperfeiçoa a Resolução nº. 240/1997, que define a participação dos usuários nos Comitês de
635 Ética em Pesquisa - a proposta é ampliar a participação deste segmento – a proposta inicial,
636 tão logo definida, será trazida ao CNS para debate. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**
637 destacou a importância de estreitar a aproximação dos conselheiros e conselheiras com o
638 trabalho da CONEP e com as pautas debatidas pela Comissão. **Para conhecimento. Não**
639 **houve encaminhamentos. ITEM 6 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS**
640 **HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT** - *Coordenação:* conselheira **Priscilla**
641 **Viégas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:* conselheira **Nara**
642 **Monte Arruda**, coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS. Iniciando, conselheira **Priscilla Viégas**
643 **Barreto de Oliveira** explicou que a CIRHRT/CNS, na sua última reunião, debateu temas
644 importantes como residências em Saúde e Programa Mais Médicos, além da análise de
645 processos. A seguir, a coordenadora adjunta da CIRHRT/CNS apresentou os 26 pareceres
646 elaborados pela Comissão, 16 satisfatórios com recomendações e 10 insatisfatórios. **a)**
647 **Satisfatórios com recomendações. 1)** Processo e-MEC nº. 201711434 - Universidade do Oeste
648 de Santa Catarina. Joaçaba. SC. Odontologia. Autorização. **2)** Processo e-MEC nº. 201712348
649 - Centro Universitário Estácio do Recife. Recife/ PE. Odontologia. Autorização. **3)** Processo e-
650 MEC nº. 201712597- Centro Universitário Estácio de São Paulo - Estácio São Paulo. São
651 Paulo/SP. Psicologia. Autorização. **4)** Processo e-MEC nº. 201715748 - Faculdade UNA de

652 Contagem – FUNAC. Contagem/MG. Psicologia. Reconhecimento. **5)** Processo e-MEC nº.
653 201801242. Faculdade CECAPE. Juazeiro do Norte/CE. Odontologia. Autorização vinculada ao
654 credenciamento. **6)** Processo e-MEC nº.201802588 - Faculdade de Ciências Médicas de
655 Maricá. Maricá/RJ. Enfermagem. Autorização vinculada ao credenciamento. **7)** Processo e-
656 MEC nº. 201806336 -Faculdade Presidente Dutra – FAP. Presidente Dutra/MA. Enfermagem.
657 Autorização vinculada ao credenciamento. **8)** Processo e-MEC nº. 201808122- Faculdade
658 Capistrano de Abreu – FABRE. Fortaleza/CE. Enfermagem. Autorização vinculada ao
659 credenciamento. **9)** Processo e-MEC nº.201808454 - Faculdades Integradas Rui Barbosa –
660 FIRB. Andradina/SP. Psicologia. Autorização. **10)** Processo e-MEC nº. 201808464 - Instituto
661 Pernambucano de Ensino Superior – IPESU. Recife/PE. Psicologia. Autorização. **11)** Processo
662 e-MEC nº. 201808504 - Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará – FAECE. Fortaleza/CE.
663 Psicologia. Autorização. **12)** Processo e-MEC nº. 201808836 - Faculdade Estácio de São Luís.
664 São Luís/MA. Odontologia. Autorização. **13)** Processo e-MEC nº. 201809006 - Faculdade do
665 Norte Goiano. Porangatu/GO. Odontologia. Autorização. **14)** Processo e-MEC nº. 201809079 -
666 Faculdade do Centro Maranhense – FCMA. Barra do Corda/MA. Psicologia. Autorização. **15)**
667 Processo e-MEC nº. 201809229 - Faculdade de Apucarana. Apucarana/PR. Odontologia.
668 Autorização. **16)** Processo e-MEC nº. 201820715 - Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.
669 Itajaí/SC. Psicologia. Autorização. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os dezesseis**
670 **pareceres satisfatórios com recomendações.** Em seguida, a coordenadora adjunta da
671 CIRHRT/CNS apresentou os dez pareceres insatisfatórios. **1)** Processo e-MEC nº. 201700988 -
672 Faculdade Sete de Setembro. Paulo Afonso/BA. Odontologia. Autorização. **2)** Processo e-MEC
673 nº. 201711808. Faculdades Integradas do Vale do Iguaçu. União da Vitória/PR. Odontologia.
674 Autorização. **3)** Processo e-MEC nº. 201712876 - Faculdade Positivo Londrina – FPL.
675 Londrina/PR. Enfermagem. Autorização. **4)** Processo e-MEC nº. 201803382 - Faculdade
676 UNIVERSE. Ipu/CE. Psicologia. Autorização vinculada ao credenciamento. **5)** Processo e-MEC
677 nº. 201807847 - Faculdade Estácio do Rio Grande do Sul – FARGS. Porto Alegre/ RS.
678 Enfermagem. Autorização. **6)** Processo e-MEC nº. 201808470 - Faculdade de Ensino de Minas
679 Gerais – FACE MG. Belo Horizonte/MG. Psicologia. Autorização. **7)** Processo e-MEC nº.
680 201809256- Centro Universitário de Itapira UNIESI. Itapira/SP. Psicologia. Autorização. **8)**
681 Processo e-MEC nº. 201810137 - Faculdade de Educação Superior de Pernambuco –
682 FAESPE. Petrolina/PE. Enfermagem. Autorização. **9)** Processo e-MEC nº. 201820533 -
683 Universidade Anhembí Morumbi – UAM. Piracicaba/SP. Psicologia. Autorização. **10)** Processo
684 e-MEC nº. 201808760. Faculdade Univeritas Universus Veritas Cuiabá. Cuiabá/MT.
685 Enfermagem. Autorização. **Deliberação: aprovados, por unanimidade, os dez pareceres**
686 **insatisfatórios com recomendações.** Na sequência, a coordenadora da Comissão fez um
687 informe sobre a reunião da CIRHRT/CNS com destaque para os seguintes aspectos:
688 participação da SGTES no primeiro dia de reunião com debate sobre carreira federal da saúde
689 (defendeu a participação do CNS nesse debate); provimento das áreas 1, 2 e 3 do Programa
690 mais Médicos (importância de ampliar o debate e aprovar posição do Pleno); residência
691 multiprofissional em saúde (necessidade de ampliar o debate deste tema – proposta de reunião
692 ampliada); educação a distância na saúde - EAD; e REVALIDA (CIRHRT entende que o CNS
693 deve acompanhar este debate). Ainda em relação à reunião com DEGES e SESU, conselheira
694 **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** destacou a apresentação do panorama das residências
695 no Brasil, com destaque para aspectos como desafios, formação qualificada, matrizes de
696 competência, desafio – quantidade dos programas, avaliação, perfil dos egressos. Disse que
697 na oportunidade resgatou decisões anteriores do CNS como a Recomendação do CNS nº.
698 25/2017, que recomenda à Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação
699 (SEsu/MEC) a convocação imediata, no prazo de 15 dias, de reunião da Comissão Nacional de
700 Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), tendo em vista a relevância dessa
701 modalidade de pós-graduação lato sensu para a formação de novos trabalhadores para o SUS,
702 a partir das necessidades de saúde da população. Aberta a palavra, foi sugerido pautar debate
703 sobre proposta de implementação do terceiro turno da atenção básica; Programa mais
704 Médicos; e carreira federal da saúde. Após essas considerações, a mesa passou aos
705 encaminhamentos. **Deliberação: o pleno aprovou: 1) a mudança da data da 199ª reunião**
706 **ordinária da CIRHRT, que passou de 29 e 30 de abril para 7 e 8 de maio; 2) pauta na**
707 **CIRHRT sobre o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos – Revalida, para**
708 **debate mais aprofundado; 3) pauta na reunião ordinária do CNS do mês de maio, para**
709 **debate ampliado, contemplando as seguintes temáticas: carreira federal de saúde,**
710 **Programa Mais Médicos e proposta de implementação do terceiro turno da atenção**
711 **básica (remeter à Mesa Diretora do CNS); e 4) o mérito de recomendação sobre o**

712 **provimento de áreas 1, 2, e 3 do Programa Mais Médicos (a proposta foi apresentada e**
713 **aprovada no último item de pauta).** Considerando que a pauta terminou antes do previsto, foi
714 aberto espaço para informes. Conselheira **Solimar Vieira da Silva Mendes** interveio para
715 informar o Pleno sobre a situação de oitenta servidores de quatro estados (RS, SE, RJ e GO)
716 do DENASUS que teriam diminuição no salário por conta do despacho do chefe de gabinete
717 substituto da SGE/MS sobre as metas para avaliação de desempenho (não foi considerado o
718 acordo sobre redução das metas por falta de pessoal). Disse que é preciso conversar com o
719 Secretário da SGE/MS para tentar resolver a situação e não prejudicar os servidores. Também
720 frisou que as ações de auditoria poderiam ser interrompidas porque muitos servidores estavam
721 se aposentando e não houve renovação do quadro. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**
722 explicou que não tinha conhecimento da situação até aquele momento e sugeriu conversar
723 com o diretor do DENASUS para adoção de medidas administrativas com vistas à solução. O
724 Presidente do CNS sugeriu que o segmento conversasse com o diretor do DENASUS e, caso
725 não houvesse solução, o tema seria retomado no Pleno para posicionamento. Na sequência,
726 conselheiro **Rildo Mendes**, coordenador adjunto da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
727 – CISI/CNS fez um breve informe da última reunião da Comissão, destacando os seguintes
728 aspectos: foi definido Grupo para ir ao Vale do Javari; e elaboração de minuta de
729 recomendação sobre o julgamento que o Supremo Tribunal Federal (STF) fará do Recurso
730 Extraordinário nº 1017365, interposto pela Fundação Nacional do Índio (Funai) contra decisão
731 do Tribunal Regional Federal da 4ª Região/TRF4, relativo à demarcação da terra indígena
732 Xokleng, localizada no estado de Santa Catarina/SC. Na sequência, conselheira **Priscilla**
733 **Viégas Barreto de Oliveira** fez a leitura da minuta de recomendação elaborada pela
734 Comissão. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 12 de abril de 2019. O Plenário do
735 Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Sexta Reunião Ordinária,
736 realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e no uso de suas competências regimentais e
737 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28
738 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto
739 nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
740 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando que os povos
741 indígenas do Brasil são aqueles que mais sofrem com o esbulho de suas terras; considerando
742 o grande marco brasileiro que foi a inserção dos artigos 231 e 232 na Constituição Federal de
743 1988, nos quais “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas,
744 crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam,
745 competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (Art. 231) e
746 que “os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo
747 em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do
748 processo” (Art. 232), precisam ser efetivamente aplicados, tendo em vista a consolidação dos
749 direitos à terra, às diferenças étnicas e culturais e, fundamentalmente, ao reconhecimento dos
750 povos indígenas no Brasil como sujeitos de direitos; considerando que a Constituição Federal
751 reconhece aos povos indígenas seus direitos territoriais como originários e tradicionais, ou
752 seja, define-os como direitos de origem, de ancestralidade, naquilo que é denominado de
753 indigenato; considerando que o direito territorial, relativo aos indígenas, vincula-se ao fato de
754 serem eles os primeiros habitantes e naturais senhores da terra, estabelecendo-se a primazia
755 desse direito sobre qualquer outro; considerando que o Supremo Tribunal Federal (STF)
756 julgará o Recurso Extraordinário nº 1017365, interposto pela Fundação Nacional do Índio
757 (Funai) contra decisão do Tribunal Regional Federal da 4ª Região/TRF4, relativo à demarcação
758 da terra indígena Xokleng, localizada no estado de Santa Catarina/SC; considerando que este
759 processo possui repercussão geral, ou seja, a decisão acerca deste caso valerá para todos os
760 demais processos envolvendo demarcação de terras indígenas; considerando os debates
761 realizados pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde
762 (CISI/CNS), em sua 102ª Reunião Ordinária; e considerando os Objetivos de Desenvolvimento
763 Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que
764 indica o dever de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas
765 as idades”. E ressaltando que só será possível cumprir os compromissos assumidos se houver
766 engajamento por parte do Estado e das empresas em uma agenda forte e coordenada entre as
767 instituições responsáveis por processos de licenciamento ambiental, saúde e segurança em
768 ambientes de trabalho, monitoramento e fiscalização de grandes empreendimentos e seus
769 impactos. Recomenda: Ao Supremo Tribunal Federal (STF): Que ao analisar e julgar os
770 processos relativos aos direitos indígenas, orientando-se pelo princípio da justiça: 1) Determine
771 a urgência da execução da demarcação de terras indígenas no Brasil, com base no

772 reconhecimento do indigenato; e 2) Rejeite as teses jurídicas do Marco Temporal da
773 Constituição Federal de 1988 e do Renitente Esbulho. **Deliberação: a recomendação foi**
774 **aprovada por unanimidade.** Em seguida, apresentou a minuta de recomendação resultado do
775 Item “Radar” da última reunião do CNS. O texto é o seguinte: “Recomendação nº 000, de 12 de
776 abril de 2019. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Décima Sexta
777 Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, no uso de suas atribuições
778 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela nº 8.142, de 28 de dezembro de
779 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, cumprindo as disposições da Constituição
780 da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando
781 que a Resolução CNS nº 588, de 12 de julho de 2018, que instituiu a Política Nacional de
782 Vigilância em Saúde (PNVS), prevê, no seu Art. 10, que “são responsabilidades da União, dos
783 Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras
784 que sejam pactuadas pelas Comissões Intergestores”; considerando que, entre as pactuações
785 previstas na PNVS, estão a de estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os
786 diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas
787 que afetam a saúde e pactuar agenda prioritária de ações intersetoriais; e desenvolver
788 estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde,
789 adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário; considerando a
790 Resolução de 2010 da Organização das Nações Unidas (ONU), que declarou o acesso à água
791 e ao saneamento como Direito Humano Essencial; considerando os termos da Medida
792 Provisória nº 868/2018, que altera o marco legal dos serviços públicos de saneamento básico;
793 considerando o exame e o debate feitos na 315ª Reunião Ordinária do CNS, realizada em 14
794 de março de 2019, acerca dos impactos da Medida Provisória nº 868/2018 na oferta dos
795 serviços públicos de saneamento básico e, em especial sobre a perspectiva de sua
796 universalização; considerando o entendimento de que as alterações introduzidas pela Medida
797 Provisória nº 868/2018 no marco legal dos serviços públicos de saneamento básico poderiam
798 prejudicar a estruturação das políticas públicas setoriais, colaborando para o aumento das
799 desigualdades entre municípios pobres e ricos e induzem o aumento da iniquidade no acesso a
800 esses serviços públicos essenciais à promoção da saúde pública e da salubridade ambiental;
801 considerando que o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), previsto na Lei nº
802 11.445, de 05 de janeiro de 2007, resultou de um processo planejado e coordenado pelo
803 Ministério das Cidades, que se encontra em fase de revisão e consulta pública; considerando
804 que o Conselho Nacional de Saúde quando da aprovação da Recomendação nº 004, de 17 de
805 fevereiro de 2017, considerou que o Plansab tem caráter estruturante e papel fundamental nas
806 medidas preventivas das doenças de veiculação hídrica e no controle de vetores transmissores
807 de arboviroses como Dengue, Chikungunya e Zika; considerando que o caráter estruturante do
808 Plansab exige que a sua implementação se dê de forma integrada por todos os órgãos de
809 Governo que atuam na área de saneamento básico e, portanto, considerado uma política de
810 Estado; e considerando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização
811 das Nações Unidas (ONU), em especial o de nº 3, que indica o dever de “assegurar uma vida
812 saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. E ressaltando que só será
813 possível cumprir os compromissos assumidos se houver engajamento por parte do Estado e
814 das empresas em uma agenda forte e coordenada entre as instituições responsáveis por
815 processos de licenciamento ambiental, saúde e segurança em ambientes de trabalho,
816 monitoramento e fiscalização de grandes empreendimentos e seus impactos. Recomenda: Ao
817 Congresso Nacional: 1) A devolução da Medida Provisória 868/2018; e 2) A garantia do
818 aperfeiçoamento da Lei nº 11.445/2007 com o objetivo de ampliar o acesso da população aos
819 serviços de saneamento, bem como efetivar e fortalecer os instrumentos de controle social
820 sobre a prestação dos serviços por intermédio de Projeto de Lei (PL), garantido amplo debate
821 entre as entidades que atuam no setor e demais segmentos interessados da sociedade.
822 **Deliberação: a recomendação foi aprovada com duas abstenções.** Neste ponto,
823 conselheira **Maria da Conceição Silva** propôs a aprovação de moção de repúdio à ação
824 desumana dos oficiais que, atuando na guarnição de Guadalupe, no Rio de Janeiro,
825 dispararam 80 tiros no carro em que estava a família do músico Evaldo Rosa dos Santos,
826 brutalmente assassinado à luz do dia. Manifestou a sua indignação com o extermínio da
827 população negra em um processo institucionalizado e afirmou que “Vidas negras importam!!!!”.
828 O Pleno fez um minuto de silêncio em memória ao músico e às pessoas negras que morrem
829 todos os dias vítimas da violência. **ITEM 7 – O PANORAMA DO ACESSO E FORNECIMENTO**
830 **DE MEDICAMENTOS NO PAÍS - Coordenação:** conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de**
831 **Souza**, da Mesa Diretora do CNS; conselheiro **Wilson Hiroshi**, coordenador da Comissão

832 Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF. *Apresentação:*
833 **Heber Dobis Bernarde**, coordenador da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do
834 CONASS; e **Sandra de Castro Barros**, diretora do Departamento de Assistência Farmacêutica
835 e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. O primeiro expositor foi o coordenador da
836 CTAF/CONASS, **Heber Dobis Bernarde**, que iniciou agradecendo o convite para tratar do
837 tema e explicando que o CONASS possui treze câmaras técnicas, uma delas sobre
838 assistência farmacêutica. Salientou que uma das pautas principais defendidas pelo CONASS é
839 o acesso a medicamentos e, nessa linha, pontuou que qualquer ação no âmbito da assistência
840 farmacêutica tem impacto (negativo ou positivo) no acesso. Contextualizando, detalhou que a
841 assistência farmacêutica no Brasil divide-se em três bases: componente básico (primeira linha
842 de cuidado); componente estratégico (financiamento 100% da União, aquisição centralizada e
843 distribuição aos Estados e, estes, por sua vez, aos municípios); e especializado (auto custo).
844 Ou seja, os três Entes possuem responsabilidades para garantia do acesso a medicamentos.
845 No que diz respeito à dispensação, salientou que há um universo de fatores para garantir o
846 acesso a medicamentos, envolvendo aspectos gerenciais (logística) e clínicos (papel do
847 farmacêutico - poderia ocupar maior espaço no atendimento ao paciente). Explicou que
848 pesquisas demonstram que a situação da assistência farmacêutica não é a ideal, mas há
849 experiências exitosas a serem consideradas como prevalência do acesso a medicamentos
850 para tratamento da hipertensão de 97% da população, sendo 92% no SUS e 50% da
851 população com acesso global a medicamentos. Também destacou avanço no número de
852 pacientes atendidos pelo orçamento da assistência farmacêutica. Por outro lado, pontuou que
853 há desafios que limitam o acesso a medicamentos no Brasil como limite dos gastos (EC n.º
854 95/2017) e processos aquisitivos. Diante dessa situação, disse que o CONASS propõe uma
855 agenda mais estratégica para minimizar o impacto negativo no acesso a medicamentos,
856 assegurando a regularidade do abastecimento, a disponibilização da base nacional de dados
857 da assistência farmacêutica, modificação de normas (regra mais flexível para algumas
858 questões) e garantia de estrutura necessária. Além disso, defende uma agenda estratégica da
859 assistência farmacêutica articulada à ciência e tecnologia, com envolvimento da máquina
860 pública, considerando os interesses da sociedade. Na sequência, expôs a diretora do DAF/MS,
861 **Sandra de Castro Barros**, que iniciou explicando que o Departamento de Assistência
862 Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde integra a Secretaria de Ciência,
863 Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS e dispõe de quatro coordenações: de
864 monitoramento e avaliação das políticas de assistência farmacêutica; componente
865 especializado da assistência farmacêutica; componente básico, estratégico; e Programa
866 Farmácia Popular. Explicou que, ao assumir a direção do Departamento, identificou problemas
867 de falta de medicamentos, inclusive por conta da modalidade de compra utilizada para
868 aquisição de medicamentos nas esferas federal e estadual. Feita essa contextualização,
869 passou à apresentação do panorama de aquisição centralizada pelo MS (DAF) e fornecimento
870 de medicamentos no SUS, iniciando pelos dados sobre aquisição de medicamentos de forma
871 centralizada pelo DAF/SCTIE/MS: a) Componente Básico – 39 medicamentos e 21 insumos; b)
872 Componente Estratégico – 126 medicamentos; c) Componente Especializado – 134
873 medicamentos + 11 recentemente incorporados; c) total: 299 medicamentos e 21 insumos; e d)
874 despesa anual (2018): R\$ 7,8 bilhões. Apresentou a situação do abastecimento por
875 Componente da Assistência Farmacêutica, iniciando pelo Componente Básico da Assistência
876 Farmacêutica – CBAF que se destina à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se
877 aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção
878 Básica à Saúde. (Portaria de Consolidação GM, nº 02/17, Capítulo I, Art. 34). Para esse
879 componente, é feito repasse de recursos para aquisição descentralizada (SES ou SMS) dos
880 medicamentos/insumos constantes no anexo I e IV da RENAME: CBAF – R\$ 5,58 per
881 capita/ano (federal); e prisional – R\$ 17,73 por pessoa privada de liberdade/ano (Federal).
882 Acrescentou que as aquisições centralizadas contemplam: Insulinas Humanas;
883 Medicamentos/Insumos do Programa Saúde da Mulher; e Medicamentos/Insumos do
884 Programa Calamidade Pública. Detalhou o componente básico da assistência farmacêutica
885 (por conta de inconsistência de dados, foi feito remanejamento): a) Etinilestradiol +
886 Levonorgestrel 0,03 + 0,15 Mg (pílula combinada), Saúde da Mulher, 31/05/2019 - aditivo e
887 Processo Licitatório em andamento; b) Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol 50
888 mg/mL + 5 mg/ml solução injetável (mensal), Saúde da Mulher, 30/04/2019 - aditivo e Processo
889 Licitatório em andamento; c) Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml suspensão injetável
890 (trimestral)*, Saúde da Mulher, 31/05/2019 - aditivo e Processo Licitatório em andamento; d)
891 Levonorgestrel 0,75mg comprimido (P. emergência), Saúde da Mulher, 04/05/2019 - aditivo e

892 processo licitatório em andamento; e) Noretisterona 0,35mg comprimido (Minipílula), Saúde da
893 Mulher, 30/09/2019- processo licitatório em andamento; f) Dispositivo intra-uterino plástico com
894 cobre, Saúde da Mulher, 30/11/2019 - remanejamento de estoques entre as localidades e início
895 de novo processo; g) Misoprostol 25 mcg, Saúde da Mulher, 15/08/2019 - processo licitatório
896 em andamento; h) Misoprostol 200 mcg, Saúde da Mulher, 15/08/2019 - processo licitatório em
897 andamento; i) Insulina Humana NPH 100 U/ml – frascos, diabetes, 14/05/2019 - em
898 atendimento via ARP e Contrato Bahiafarma – novo processo em andamento; e j) Insulina
899 Humana Regular 100 U/ml – frascos, diabetes, 10/06/2019 - em atendimento via ARP e
900 Contrato Bahiafarma – novo processo em andamento. No que diz respeito aos medicamentos
901 relativos à Saúde da Mulher, explicou que os processos foram iniciados em setembro de 2018,
902 porém foram encontrados dados divergentes na programação da área técnica; e houve
903 necessidade de reavaliação dos dados informados pelos 27 estados e 47 municípios (74
904 localidades receptoras). Seguindo, falou sobre o Componente Estratégico da Assistência
905 Farmacêutica – CESAUF explicando que se destina à garantia do acesso equitativo a
906 medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e
907 agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que
908 acometem populações em situação de vulnerabilidade, contemplados em programas
909 estratégicos de saúde do SUS. Neste componente, são contempladas: doenças transmissíveis
910 e negligenciadas (Tuberculose, Hanseníase, Malária, Doença de Chagas, Leishmaniose,
911 Coqueluche, Cólera, Filariose, Esquistossomose, Meningite, Tracoma, Dengue, Febre
912 Maculosa, Influenza, Micoses Sistêmicas, Raiva Humana e Sífilis); Doenças Imunopreveníveis;
913 coagulopatias; combate ao tabagismo; Alimentação e Nutrição; Prevenção da Infecção pelo
914 Vírus Sincicial; e endemias focais (leishmanioses, micoses sistêmicas, meningites,
915 esquistossomoses, filariose, tracoma, raiva humana, geohelmintíase, febre maculosa,
916 coqueluche, zika virus, dengue, chikungunya, saúde indígena, chagas, malária, cólera, dengue,
917 toxoplasmose e brucelose humana). Detalhou que a situação do Componente Estratégico da
918 Assistência Farmacêutica é a seguinte: **a)** Pirazinamida 0,03 suspensão oral; utilização:
919 tuberculose; estoque zero; previsão de regularização: janeiro de 2020; Situação atual: em set.
920 de 2018, o Laboratório Farmacêutico da Marinha - LFM recolheu todos os lotes do
921 medicamento por problemas na qualidade. Esse é o único produtor com registro válido no
922 Brasil. Os pacientes vêm sendo tratados com dissolução do comprimido de Pirazinamida
923 500mg, conforme Nota Técnica encaminhada pelo MS; **b)** Rifampicina (300 mg + 150 mg) +
924 Dapsona, 50 mg (Blister Paucibacilar Infantil – PBI); utilização: Hanseníase; estoque: zero;
925 previsão de regularização: abril/2019; situação atual: houve necessidade de ajustes na
926 documentação de importação em razão da mudança do endereço de entrega (Guarulhos). Em
927 mar/19 a ANVISA autorizou a Excepcionalidade e a LI. OPAS informou previsão de embarque
928 do produto para 17/04. Os pacientes vêm sendo tratados com Blister MB Infantil, conforme
929 Nota Técnica encaminhada pelo MS; **c)** Anfotericina B 50mg (Lipossomal); utilização:
930 Leishmaniose; cobertura estoque: abril/2019; previsão de regularização: abril/2019; situação
931 atual: chegou ao Brasil dia 07/04. Está em desembarço alfandegário. Em caso de falta, os
932 Estados foram orientados a utilizar a Anfotericina B complexo lipídico; **d)** Hipoclorito de Sódio
933 0,025 frasco; utilização: Cólera/Calamidade Pública; cobertura de estoque: 30/4/19; previsão
934 de regularização: maio/2019; situação atual: aquisição do LAFEPE – em processo de
935 assinatura do contrato; **e)** Cloridrato de Bupropiona 150mg comprimido de liberação
936 prolongada; utilização: Tabagismo; cobertura de estoque: 30/4/19; previsão de regularização:
937 aguardando nova sessão; situação atual: pregão realizado em 08/04 - preços ofertados acima
938 do preço de referência – nova reabertura de sessão; **f)** Isoniazida 75mg + Rifampicina 150 mg
939 DFC 2x1; utilização: tuberculose; cobertura estoque: 8/5/19; previsão de regularização:
940 aguardando autorização para embarque; situação atual: importação via OPAS, aguardando
941 documentos para autorização de embarque à ANVISA; **g)** Nicotina (Adesivo Transdérmico)
942 7MG/14mg/21MG; utilização: tabagismo; cobertura de estoque: 31/5/19; previsão de
943 regularização: maio/2019; situação atual: o pregão realizado em 03/04 e está em
944 procedimentos para assinatura da ARP; **h)** Praziquantel 600 mg comprimido; utilização:
945 esquistossomose; cobertura de estoque: 31/5/19; previsão de regularização: maio/2019;
946 situação atual: FIOCRUZ informou previsão de entrega para 05/2019; **i)** Fenoximetilpenicilina
947 potássica 80.000 UI/ml pó para solução oral; utilização: hemoderivados; cobertura estoque:
948 31/5/19; previsão de regularização: maio/2019; situação atual: processo em fase de
949 convocação da empresa para assinar o Contrato; **j)** Talidomida 100 mg comprimido; utilização:
950 hanseníase; cobertura estoque: 30/6/19; situação atual: previsão de entregas mensais.
951 Também falou sobre o Ceaf uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS,

952 caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível
953 ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes
954 Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. Acrescentou que contempla 95 Condições
955 Clínicas, 89 PCDTs, 156 Fármacos e 295 apresentações, divididos em grupos com
956 características distintas. Mostrou a evolução do acesso de usuários atendidos por este
957 componente, que passou de 1 milhão para 2 milhões de pessoas contempladas. Seguindo,
958 detalhou o componente especializado da assistência farmacêutica, situação abastecimento
959 programação 2º trimestre de 2019: **1)** Abatacepte 125 mg injetável (Seringa); utilização: Artrite
960 Reumatoide/Síndrome de Felty; cobertura de estoque: 28/2/19; situação atual: processo em
961 andamento; **2)** Entecavir 0,5 mg; utilização: hepatite viral crônica B; cobertura de estoque:
962 28/2/19; situação atual: processo sob responsabilidade da SVS; **3)** Bimatoprost 0,3 mg/ml
963 solução oftálmica (por frasco de 3 ml) 060465001-9; utilização: glaucoma; cobertura de
964 estoque: 30/3/19; situação atual: processo em andamento; **4)** Dasatinibe 20mg; utilização:
965 oncológico; cobertura de estoque: 30/3/19; situação atual: processo em andamento; **5)**
966 Donepezila 5 mg; utilização: Alzheimer; cobertura de estoque: 30/3/19; situação atual:
967 solicitada a execução de Ata de Registro de Preço – ARP; **6)** Etanercepte 50 mg injetável –
968 utilização: Artrite Reumatóide; Cobertura de estoque: 30/3/19; situação atual: aditivo de
969 contrato e novo processo em andamento; **7)** Everolimo 1 mg; utilização: imunossupressão no
970 Transpl. Renal; cobertura de estoque: 30/3/19; situação atual: pregão em fase de recursos; **8)**
971 Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável; utilização: anemia Hemolítica, Sínd. Guillain Barré;
972 cobertura de estoque: 30/3/19; situação atual: processo emergencial em fase de análise das
973 propostas das empresas. Pregão em andamento; **9)** Pramipexol 0,125 mg; utilização:
974 Parkinson; cobertura de estoque: 30/3/19; situação atual: processo em fase de aquisição com
975 Farmanguinhos; **10)** Pramipexol 0,25 mg; utilização: Parkinson; cobertura de estoque: 30/3/19;
976 situação atual: processo em fase de aquisição com Farmanguinhos; **11)** Pramipexol 1 mg;
977 utilização: Parkinson; cobertura de estoque: 30/3/19; situação atual: processo em fase de
978 aquisição com Farmanguinhos; **12)** Rivastigmina 18mg, equivalente a 9,5 mg/dia, adesivo;
979 utilização: Alzheimer; cobertura de estoque: 30/3/19; situação atual: processo em andamento;
980 **13)** Rivastigmina, 9mg, equivalente a 4,6mg/dia, adesivo; utilização: Alzheimer; cobertura de
981 estoque: 30/3/19; situação atual: processo em andamento; **14)** Sevelamer 800 mg; utilização:
982 doença renal em estágio final/distúrbio do metabolismo; cobertura de estoque: 30/3/19;
983 situação atual: solicitada a execução de ARP; **15)** Trastuzumabe 150mg; utilização: câncer de
984 mama HER-2 positivo inicial e localmente avançado; cobertura de estoque: 30/3/19; situação
985 atual: solicitada a execução de ARP; **16)** Abatacepte 250 mg injetável (Frasco-ampola);
986 utilização: artrite Reumat/Síndrome de Felty; cobertura de estoque: 30/4/19; situação atual:
987 processo em andamento; **17)** Alfaliglicerase; utilização: Doença de Gaucher; cobertura de
988 estoque: 30/4/19; situação atual: processo em fase de aquisição com Biomanguinhos; **18)**
989 Betainterferona 44mcg injetável; utilização: esclerose múltipla; cobertura de estoque: 30/4/19;
990 situação atual: processo em fase de aquisição com Biomanguinhos; **19)** Cinacalcete 60mg;
991 utilização: Doença renal em estágio final e Distúrbio do metabolismo do fósforo; cobertura de
992 estoque: 30/4/19; situação atual: ARP em assinatura; **20)** Imiglicerase 400 U injetável;
993 utilização: Gaucher; cobertura de estoque: 30/4/19; situação atual: empresa será chamada
994 para assinar contrato; **21)** Betainterferona 1b 9.600.000UI (300mcg); utilização: esclerose
995 múltipla; cobertura de estoque: 30/5/19; situação atual: Termo aditivo a ser concluído. Processo
996 de aquisição em fase de pregão. **22)** Dasatinibe 100mg; utilização: Oncológico; cobertura de
997 estoque: 30/5/19; situação atual: processo de aquisição iniciado; **23)** Natalizumabe 300 mg
998 (20mg/ml); utilização: esclerose múltipla; cobertura de estoque: 30/5/19; situação atual:
999 processo de aquisição em fase de negociação de preços; **24)** Toxina botulínica A 500 U
1000 injetável; utilização: distonias focais e espasmo hemifacial; cobertura de estoque: 30/5/19;
1001 situação atual: processo de aquisição em fase de negociação de preços; **25)** Travoprost 0,04
1002 mg/ml solução oftálmica; utilização: glaucoma; cobertura de estoque: 30/5/19; situação atual:
1003 solicitada a execução de ARP; **26)** Cinacalcete 30mg; utilização: doença renal em estágio final;
1004 distúrbio do metabolismo do fósforo; cobertura de estoque: 30/6/19; situação atual: pregão
1005 homologado; **27)** Glatirâmer 20 mg injetável; utilização: esclerose múltipla; cobertura de
1006 estoque: 30/6/19; situação atual: Processo de aquisição em fase de negociação de preços; **28)**
1007 Latanoprost 0,05 mg/ml solução oftálmica; utilização: Glaucoma; cobertura de estoque:
1008 30/6/19; situação atual: problemas com a primeira contratada. Segunda colocada sendo
1009 convocada; **29)** Olanzapina 10 mg; utilização: esquizofrenia/transtorno afetivo bipolar;
1010 cobertura de estoque: 30/6/19; situação atual: fase de negociação de preços concluída; **30)**
1011 Quetiapina 100 mg; utilização: esquizofrenia /transtorno afetivo bipolar; cobertura de estoque:

1012 30/6/19; situação atual: processo de aquisição em fase de negociação de preços. No que se
1013 refere a medicamentos para tratamento da hepatite C, esclareceu que o Ministério da Saúde
1014 passou por intercorrências, ao longo do ano de 2018, para a oferta do tratamento da Hepatite
1015 C. Sendo assim, o Ministério atuou em várias estratégias para aquisição dos medicamentos,
1016 até a realização dos procedimentos licitatórios que culminaram na assinatura do Contrato nº
1017 230/2018 (em 12 de novembro de 2018), para aquisição do medicamento daclatasvir 30mg e
1018 daclatasvir 60mg; e Contrato nº 257/2018 (em 18 de dezembro de 2018), para aquisição do
1019 medicamento sofosbuvir. Ainda, no final do ano de 2018, foi iniciado o processo licitatório na
1020 modalidade Pregão Presencial via Sistema de Registro de Preço nº 105/2018, para a aquisição
1021 de 45.456 tratamentos para Hepatite C, cujo aviso foi publicado no DOU do dia 28 de
1022 dezembro de 2018. O certame foi realizado nos dias 16 e 17 de janeiro de 2019 e homologado
1023 em 11 de março de 2019. Acrescentou que o Pregão Presencial, SRP nº 105/2018, realizado
1024 nos dias 16 e 17 de janeiro de 2019, oportunizou a participação às empresas fabricantes de
1025 medicamentos registrados no Brasil e preconizados no PCDT de Hepatite C e Coinfecções,
1026 sendo elas: daclatasvir (SWORD), sofosbuvir (GILEAD e BLANVER), ledipasvir/sofosbuvir
1027 (GILEAD), elbasvir/grazoprevir (MSD), glecaprevir/pibrentasvir (ABBVIE), velpatasvir/sofosbuvir
1028 (GILEAD). Os itens vencedores foram os seguintes: ledipasvir/sofosbuvir; e
1029 velpatasvir/sofosbuvir. Sendo assim, novas prescrições médicas deverão atender às
1030 alternativas terapêuticas disponíveis (ledipasvir/sofosbuvir e velpatasvir/sofosbuvir). Achou
1031 importante esclarecer que, ainda que os vencedores do pregão não se refiram aos
1032 medicamentos sofosbuvir e daclatasvir, as alternativas terapêuticas que serão ofertadas
1033 possuem as mesmas indicações, com o mesmo perfil de uso e eficácia terapêutica. Desta
1034 forma, esse novo formato de aquisição não implicará em prejuízos aos resultados clínicos dos
1035 pacientes. Conselheiro **Wilson Hiroshi** saudou os expositores pelas apresentações e elogiou a
1036 equipe do DAF pela qualificação e competência. Como encaminhamento, solicitou às áreas
1037 técnicas do Ministério da Saúde que não vejam a assistência farmacêutica somente como
1038 abastecimento, compras e logística. Para além dessas questões, disse que é preciso definir
1039 organograma para debate técnico de questões importantes como PDP, medicamentos
1040 biológicos, laboratórios oficiais (qual o papel para o SUS), rede de atenção à saúde e a relação
1041 com a assistência farmacêutica, uso racional de medicamentos e assistência farmacêutica
1042 como cuidado. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, na condição de
1043 coordenador da mesa, fez os seguintes questionamentos para provocar o debate da temática:
1044 diante de medicamentos que terão “desabastecimento programado”, como definir lista de
1045 substitutos para os fármacos mais comuns, com exceção de imunobiológicos e biossimilares?;
1046 e como estão os mecanismos emergenciais no caso de possibilidade de falta de
1047 medicamentos?. **Manifestações.** Conselheiro **Arilson da Silva Cardoso**, representante do
1048 CONASEMS, começou justificando que a equipe técnica do CONASEMS responsável por esta
1049 temática não pode estar presente porque os técnicos estavam envolvidos na realização dos
1050 congressos dos COSEMS. Na sua fala, pontuou preocupação com a lógica do congelamento
1051 de gastos (EC nº. 95/2016) que, se prevalecer, inviabilizará o SUS como um todo e não
1052 somente a assistência farmacêutica. Explicou que o CONASEMS realizou o “1º Levantamento
1053 Nacional sobre a relação municipal de medicamentos do componente básico da Assistência
1054 Farmacêutica e a situação dos processos de compra pelos municípios” e os resultados foram
1055 publicados em Revista da entidade. Destacou ainda as ações da entidade voltadas aos
1056 gestores e equipes técnicas de assistência farmacêutica, priorizando os profissionais estáveis
1057 para qualificar a aquisição e dispensação e à adequação das relações municipais de
1058 medicamentos, em parceria com a ESF e AB. Por fim, colocou o CONASEMS à disposição
1059 para apresentar ao Pleno do CNS o “1º Levantamento Nacional sobre a relação municipal de
1060 medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica e a situação dos processos
1061 de compra pelos municípios”. Conselheira **Marisa Furia Silva** saudou os convidados e pontuou
1062 que a falta de medicamento é um problema de gestão, pois ocorre quando não há
1063 planejamento adequado. Destacou que esta é uma situação comum em todos os estados do
1064 país e citou, por exemplo, a falta de medicamentos para transplantados renais e de quetiapina
1065 em São Paulo. Também destacou a importância de incluir a melatonina na grade dos
1066 medicamentos dispensados pelo SUS às pessoas com deficiência e cobrou fiscalização mais
1067 acirrada nas farmácias terceirizadas. Conselheira **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**
1068 explicou que o DAF/MS, ao ser questionado sobre a falta do medicamento micofenolato de
1069 mofetila, utilizado por pacientes com lúpus, informou que houve uma compra desse insumo,
1070 todavia, muitos pacientes ainda continuavam sem receber a medicação. No que se refere aos
1071 biossimilares, disse que os farmacêuticos não orientam os pacientes quanto ao uso e também

1072 perguntou quando o resultado do GT de biossimilares será publicado. Por fim, defendeu a
1073 criação de centros de infusão do SUS para melhor atendimento dos pacientes (há denúncias
1074 de economia de doses nos centros privados). Conselheiro **Jorge Alves de Almeida Venâncio**
1075 fez um destaque à redução de 26% da despesa do Programa Farmácia Popular (empenhado e
1076 executado) e perguntou se implica em redução de medicamentos. Também questionou o
1077 motivo da variação do empenho orçamentário do primeiro trimestre de 2019 em comparação a
1078 2018. Conselheiro **Luiz Aníbal Vieira Machado** solicitou posição mais firme e solução efetiva
1079 para o problema da falta de medicamentos, pois muitos usuários do SUS estavam morrendo
1080 por conta disso. Também solicitou manifestação dos convidados sobre judicialização e
1081 prejuízos da EC n°. 95/2016 para a assistência farmacêutica. Conselheiro **Nelson Augusto**
1082 **Mussolini** saudou os integrantes da mesa pelas explanações, mas sentiu falta de dados sobre
1083 judicialização e Farmácia Popular. Também afirmou que a assistência farmacêutica não pode
1084 ser vista como gasto, pois, entre outros aspectos, evita problemas sérios de saúde, como
1085 exemplo amputação de membros no caso de pacientes com diabetes. Conselheiro **Eduardo**
1086 **Maércio Fróes** denunciou a falta de medicamentos para tratamento de câncer como Hydrea e
1087 bleomicina, causando a morte de pacientes e do Glivec e do Imatinib utilizado para pacientes
1088 com LMC. Também avaliou como inadmissível o desabastecimento de quelante oral e injetável
1089 em vários estados brasileiros. Diante dessa situação, solicitou ao MS que tome as medidas
1090 necessárias para garantir a dispensação de medicamentos aos usuários do SUS. Conselheira
1091 **Lenir Santos** pontuou que o maior princípio constitucional do direito à saúde é a “segurança
1092 sanitária”, prevenir o que é possível para que as pessoas não adoçam. Portanto, o não
1093 fornecimento de medicamentos fere princípio constitucional. Para melhor entendimento do
1094 tema, fez os seguintes questionamentos: para além dos R\$ 7,8 bilhões destinados a compra de
1095 medicamentos de forma direta, qual valor é repassado para Estados e Municípios?; qual o
1096 percentual per capita gasto com assistência farmacêutica?; há medicamentos de alto custo que
1097 foram incluídos na lista do SUS por determinação judicial (na maioria, de alto custo)?; é
1098 verídica a informação veiculada na mídia de compra de medicamentos de má qualidade, feita
1099 pelo MS? Conselheiro **Antônio César Silva Mallet** salientou que o DAF vai além da compra de
1100 medicamentos, pois possui a capacidade de interferir e influenciar a política de assistência
1101 farmacêutica como um todo. Também fez os seguintes questionamentos: como está a situação
1102 das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo - PDP? Qual a capacidade de indução dos
1103 laboratórios públicos para produção de medicamentos descontinuados (ou seja, aqueles que a
1104 indústria não tem mais interesse). Conselheira **Marlene Pereira dos Santos Oliveira** solicitou
1105 manifestação do MS sobre negociações de risco compartilhado, questionando,
1106 especificamente, se ficará somente para doenças raras ou contemplará outras patologias.
1107 Também destacou que não há drogas incorporadas para câncer de próstata, por exemplo, na
1108 lista do SUS. Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca** enfocou o impacto da falta de
1109 medicamentos na vida dos pacientes e familiares, lembrando que o tratamento, quando
1110 comprado, gera altas dívidas agravando ainda mais a situação econômica dos brasileiros.
1111 Também disse que não se justifica a falta de planejamento que causa interrupção da
1112 dispensação de medicamentos, pois o Sistema sabe a necessidade no caso de tratamento
1113 contínuo e permanente como diabetes, hipertensão. Reconheceu o trabalho das áreas técnicas
1114 do MS, mas solicitou empenho ainda maior, pois a falta de medicamentos leva a mortes de
1115 pacientes e fere o princípio da dignidade da pessoa humana. Conselheiro **Neilton Araújo de**
1116 **Oliveira** destacou que essa é uma temática complexa cuja solução não é simples e, ao pautar
1117 o tema, a intenção foi refletir sobre temas como dificuldade do acesso, desabastecimento,
1118 insuficiência financeira. Reconheceu que ainda há problemas na articulação entre MS,
1119 CONASS e CONASEMS sobre assistência farmacêutica e sugeriu que o CONASEMS informe
1120 as dificuldades no abastecimento de medicamentos com antecedência a fim de evitar que
1121 ocorra desabastecimento. Por fim, sugeriu que a CICTIE apresente informe regular sobre a
1122 dispensação de medicamentos e as iniciativas adotadas para efetivar a falta, entendendo que o
1123 CNS pode contribuir na solução e eventuais problemas. Conselheiro **Gilberto Soares**
1124 **Casanova** lamentou que medicamentos de uso contínuo, como insulina para diabetes, faltem
1125 na rede do SUS, uma vez que a interrupção causa morte de pacientes. Também disse que o
1126 MS não dispõe de Programa de Educação em diabetes, assim, um conjunto de entidades
1127 relacionadas ao tema apresentou material educativo ao MS, que seria disponibilizado
1128 gratuitamente para reprodução em postos de saúde, mas o Ministério não considerou a oferta.
1129 Conselheira **Maria da Conceição Silva** falou sobre a descontinuidade na dispensação da
1130 hidroxíureia, medicamento utilizado para pessoas com doença falciforme e ressaltou a
1131 importância de produzir esta substância no Brasil. Sobre a Pesquisa relativa a acesso, fez um

1132 destaque para solicitar a inclusão do quesito raça/cor, dada as questões da regionalização e do
1133 grupo populacional mais afetado (a hipertensão arterial, por exemplo, acomete mais a
1134 população negra). Por fim, solicitou pauta no CNS para tratar sobre uso racional de
1135 medicamentos. Antes de abrir para respostas, conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo de**
1136 **Souza** lembrou documentos já elaborados sobre o tema que poderiam servir de subsídios:
1137 documento “Acesso a medicamentos no mundo, temos uma crise de desabastecimento?”,
1138 resultado da atividade realizada durante o Fórum Social Mundial, em 2018; Documento
1139 “Contribuições do controle social sobre ciência, tecnologia e assistência farmacêutica para a
1140 16ª Conferência”. **Retorno da mesa.** A diretora do DAF/MS, **Sandra de Castro Barros**,
1141 primeiro, fez questão de registrar que é servidora do Ministério da Saúde há 30 dias e atua de
1142 forma técnica, sem viés político e conflito de interesse. Disse que gestores anteriores do DAF
1143 deveriam ser responsabilizados pela situação crítica que deixaram o Departamento e, nessa
1144 linha, solicitou ao CNS que cumpra o seu papel de órgão de fiscalização. Explicou que o DAF é
1145 composto por técnicos com responsabilidade e a sua direção é pautada nos princípios da ética,
1146 compromisso, responsabilidade e transparência. Frisou que está trabalhando com CONASS e
1147 CONASEMS para aproximação e está buscando soluções para resolver os problemas de
1148 desabastecimento, entre outros. Dito isso, respondeu aos questionamentos destacando que: o
1149 DAF é responsável pela aquisição de mais de 300 medicamentos; a lei de licitações permite a
1150 compra de medicamentos para somente doze meses, portanto, é preciso propor alterações
1151 nessa lei (solicitou o apoio do CNS nesse sentido); o DAF possui interlocução com outros
1152 atores no âmbito do Ministério da Saúde e externamente; o desabastecimento ocorre por
1153 motivos multifatoriais e complexos, não sendo uma responsabilidade apenas do MS; é preciso
1154 trabalho conjunto para resolver a atual situação e garantir assistência farmacêutica, de forma
1155 ampla, para os usuários do SUS; o Brasil é modelo por conta das suas normas, portanto, é
1156 preciso buscar efetividade das diretrizes e políticas; o orçamento do DAF é de
1157 aproximadamente R\$ 13 bilhões (desse total, R\$ 7,8 bi para compras centralizadas e o
1158 restante para outros itens); o Departamento dispõe de cursos para o cuidado dos pacientes e
1159 outras iniciativas de capacitação; desde 2017, o MS aguarda autorização da ANVISA para
1160 utilização do micofenolato de mofetila no tratamento do lúpus - por essa razão, ainda não foi
1161 disponibilizado; o MS está realizando aproximação com os laboratórios oficiais para produção
1162 de medicamentos de oncologia; o Imatinib está em falta e os processos estão em andamento
1163 para tentar resolver (o DAF pode atualizar a situação na próxima semana); o Departamento
1164 dispõe de planilha, entregue pelo CONASS, com a situação do abastecimento e situações mais
1165 críticas de desabastecimento; substituições terapêuticas são pautadas pelos protocolos clínicos
1166 para tratamento; o DAF está buscando alternativas para aquisição de medicamentos, além de
1167 comprar via PDP; será realizado fórum de assistência farmacêutica, com a participação do
1168 DAF, ANVISA, entre outras, para debater intercambialidade, biossimilares; o desabastecimento
1169 é multisetorial, pois depende de normativas, regulação e fatores internos e externos. Diante do
1170 volume de questionamentos, dispôs-se a responder às demais questões por escrito e colocou-
1171 se à disposição para contribuir com o CNS. O coordenador da CTAF do CONASS, **Heber**
1172 **Dobis Bernarde**, esclareceu que resultados de pesquisas sobre a situação da assistência
1173 farmacêutica apontam que a situação não é tranquila, mas há experiências exitosas
1174 (prevalência do acesso a medicamentos para tratamento da hipertensão é de 97% da
1175 população, sendo 92% no SUS e o acesso global a medicamentos é de 50% da população).
1176 Disse que as principais preocupações do CONASS referem-se à desvinculação de receitas, a
1177 EC n°. 95 (limitação de gastos), processo aquisitivo, judicialização (45% do orçamento da SES
1178 do Paraná, por exemplo, é direcionado ao cumprimento de demandas judiciais - é preciso
1179 pautar o Judiciário para apresentar dados reais). Explicou que 90% das pesquisas de produtos
1180 direciona-se a 10% de doenças, portanto, é preciso utilizar os instrumentos disponíveis para
1181 modificar essa situação. Por fim, disse que é preciso pensar em uma maneira estratégica e
1182 menos econômica, defendendo o interesse do Estado e não do capital de risco. Por fim,
1183 agradeceu o convite e colocou-se à disposição para outros debates. Concluídas as falas dos
1184 expositores, foi aberta a palavra para outros encaminhamentos. Conselheiro **Geordeci**
1185 **Menezes de Souza** fez uso da palavra para registrar o seu descontentamento com trecho da
1186 fala da diretora do DAF e fez questão de esclarecer que o CNS, órgão máximo de deliberação
1187 do SUS, cumpre suas prerrogativas legais. Também solicitou ao MS cuidado na escolha de
1188 palestrantes para participar das reuniões do Pleno. Conselheiro **Moysés Longuinho Toniolo**
1189 **de Souza**, da Mesa Diretora do CNS, salientou que o CNS dará continuidade ao processo de
1190 aproximação com a SCTIE/MS e o DAF. Dito isso, colocou em votação as propostas que
1191 emergiram do debate. **Deliberação: o Pleno aprovou, por unanimidade, as seguintes**

1192 propostas: 1) dar continuidade ao debate sobre acesso e fornecimento de
1193 medicamentos, considerando o “1º Levantamento Nacional sobre a relação municipal de
1194 medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica e a situação dos
1195 processos de compra pelos municípios” e o documento do Comitê Nacional para
1196 Promoção do Uso Racional de Medicamentos; 2) delegar à Comissão Intersectorial de
1197 Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica – CICTAF, Comissão Intersectorial de
1198 Atenção à Saúde das Pessoas com Patologias – CIASPP e à Comissão Intersectorial de
1199 Vigilância em Saúde – CIVS: a elaboração de lista de medicamentos estratégicos, com
1200 interesse público; a definição de agenda emergencial – compra pública com
1201 responsabilidade, segurança, considerando as demandas dos usuários; buscar
1202 mecanismos de lista de medicamentos substitutos – quando houver probabilidade de
1203 desabastecimento para evitar prejuízos aos usuários do SUS; definir formas para
1204 colaborar com o sistema de informação sobre assistência farmacêutica – avaliar
1205 processo logístico (aquisição a distribuição); e avaliar o impacto do desabastecimento –
1206 três comissões debatam formas de aprimorar esse processo; e 3) pautar informe regular
1207 sobre este tema nas reuniões do CNS (remeter à Mesa Diretora do CNS). Definido este
1208 ponto, às 18h45, a mesa agradeceu novamente a presença dos convidados e encerrou o
1209 primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras:
1210 *Titulares* - **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus,
1211 Doenças Reumáticas e Raras – SUPERANDO; **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional
1212 dos Bispos do Brasil – CNBB; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração
1213 das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação
1214 Brasileira de Hospitais – FBH; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e
1215 Leucemia – ABRALE; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;
1216 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;
1217 **Geridice Lorna Andrade de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares
1218 – ABRAZ; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados,
1219 Pensionistas e Idosos - SINTAPI/CUT; **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos
1220 Odontologistas – FNO; **José Araújo da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **José Felipe
1221 dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY; **Jupiara Gonçalves Castro**,
1222 Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino
1223 Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira
1224 de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das
1225 Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central
1226 Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo –
1227 ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho
1228 Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS – ANAIDS; **Nara Monte
1229 Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Neilton Araújo de Oliveira**, Ministério da
1230 Saúde; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Ruth
1231 Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN; **Shirley Marshal Diaz
1232 Morales**, Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE; **Simone Maria Leite Batista**,
1233 Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS;
1234 **Solimar Vieira da Silva Mendes**, Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria
1235 do SUS – Unasus/sindical/SINAUS; e **Sueli Terezinha Goi Barrios**, Associação Brasileira da
1236 Rede Unida – REDEUNIDA. *Suplentes* - **Adelina Almeida Moreira de Araujo**, Associação
1237 Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Ailson dos Santos**, Articulação
1238 dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo – APOINME;
1239 **Alceu Kuhn**, Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Antônio César Silva Mallet**,
1240 Ministério da Saúde; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de Educação Física -
1241 CONFEC; **Djerlly Marques Araújo da Silva**, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de
1242 Medicina – DENEM; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos –
1243 FENAPSI; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Gilberto
1244 Soares Casanova**, Associação de Diabetes Juvenil – ADJ; **Giovanna de Saboia Bastos**,
1245 Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia – SBFa; **Jair Brandão de Moura Filho**, Rede Nacional
1246 de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS - RNP+BRASIL; **Joicy Damares Pereira**, Confederação
1247 Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços – CNSaúde; **Jorge Alves de
1248 Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil – CGTB; **Lázaro de Souza
1249 Bento**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar no
1250 Brasil - CONTRAF BRASIL; **Lenise Aparecida Martins Garcia**, Conferência Nacional dos
1251 Bispos do Brasil – CNBB; **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**, Instituto Lado a Lado pela

1252 Vida; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Maria Laura**
1253 **Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Myrian Coelho**
1254 **Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Vânia Cristina Canuto Santos**,
1255 Ministério da Saúde; e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
1256 – CNBB. Iniciando o segundo dia de reunião, às 8h45, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**,
1257 da Mesa Diretora do CNS, saudou os presentes e convidou os palestrantes para o item 8 da
1258 pauta. Na sua fala, fez uma saudação especial ao ex-Ministro de Estado da Saúde, **José**
1259 **Agenor Álvares da Silva**, lembrando que foi na gestão dele que ocorreu a primeira eleição
1260 para Presidência do CNS. Também registrou que na cerimônia dos 100 dias do novo governo,
1261 foram assinados decretos e um deles, o Decreto nº 9.759/2019, merece atenção especial
1262 porque extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração
1263 pública federal. **ITEM 8 – REDUÇÃO DA TRIBUTAÇÃO DE CIGARROS FABRICADOS NO**
1264 **BRASIL** - *Coordenação:* conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS; e
1265 conselheiro **Priscilla Viegas Barreto de Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. *Apresentação:*
1266 **José Agenor Álvares da Silva**, ex-Ministro de Estado da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz
1267 – FIOCRUZ; e **Paula Johns**, ex-conselheira nacional de saúde, diretora geral da Aliança de
1268 Controle do Tabagismo - ACT Promoção da Saúde. Contextualizando, conselheiro **Neilton**
1269 **Araújo de Oliveira** disse que a luta contra o tabagismo é uma pauta antiga do SUS e da nação
1270 brasileira, porque o consumo do cigarro leva ao adoecimento das pessoas e à morte. Explicou
1271 que o tema foi pautado por conta da publicação da Portaria 263/2019, do Ministério da Justiça,
1272 de 25 de março de 2019, que cria um Grupo de Trabalho para “avaliar a conveniência e
1273 oportunidade da redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, e, assim, diminuir o
1274 consumo de cigarros estrangeiros de baixa qualidade, o contrabando e os riscos à saúde dele
1275 decorrentes”. Disse que o Ministério da Justiça e Segurança Pública foi convidado a participar
1276 do debate, mas justificou, por meio de ofício, que o GT instituído para tratar do tema estava em
1277 fase de composição e que estava à disposição para debater a temática com o Conselho tão
1278 logo o Grupo concluísse o seu trabalho. Diante disso, sugeriu que os encaminhamentos
1279 decorrentes deste debate fossem enviados ao GT para que sirva de subsídio. Na condição de
1280 representante do CNS, disse que verificaria como está sendo feita a composição deste Grupo,
1281 inclusive a indicação do MS. Por fim, informou que o médico Dráuzio Varela gravou um vídeo,
1282 amplamente divulgado, manifestando sua posição contra a proposta do governo e esse
1283 material também poderia servir de subsídio para discussão com a sociedade sobre a proposta
1284 de redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil. Antes de abrir para os convidados, o
1285 Presidente do CNS fez uso da palavra para saudar o ex-Ministro de Estado da Saúde e a ex-
1286 conselheira do CNS pela luta em defesa do SUS e da saúde do povo brasileiro. Também
1287 justificou que não poderia acompanhar o debate em virtude de reunião para tratar sobre a 16ª
1288 Conferência e da conferência municipal de Porto Alegre, que ocorreria naquela tarde. A
1289 diretora geral da ACT, **Paula Johns**, primeira expositora, iniciou explicando que a Associação,
1290 fundada em 2006, trabalha com quatro eixos – tabagismo, alimentação inadequada, uso
1291 abusivo do álcool e atividade física e quatro macropolíticas – políticas fiscais, regulação da
1292 propaganda e marketing, advertências nas embalagens dos produtos e sinalizações e
1293 promoção de ambientes mais saudáveis. Pontuou alguns resultados no período 2011-2017:
1294 declínio significativo da proporção de adultos fumantes; tendência de crescimento do
1295 percentual de adultos que realiza atividade física no lazer, ainda que 46% da população não
1296 tenha alcançado um nível suficiente de prática de atividade física em 2017; aumento na
1297 prevalência de sobrepeso e de obesidade; e aumento no consumo abusivo de álcool. Entre os
1298 principais avanços no Brasil em relação às DCNT, citou a implantação de políticas efetivas de
1299 controle do tabaco, que resultou na diminuição significativa da prevalência de tabagismo em
1300 adultos. No entanto, entre 2016 e 2017 o índice permaneceu quase inalterado, interrompendo
1301 uma tendência histórica de queda. Além disso, a prevalência entre os jovens de 18 a 24 anos
1302 aumentou neste mesmo período, indicando a necessidade de prosseguir na adoção de
1303 medidas de controle do tabaco no país. Sobre a Portaria nº. 263/2019, disse que a questão
1304 tributária e a questão do contrabando de cigarros devem ser devidamente enfrentadas pelo
1305 poder público e a ameaça do contrabando não deve inibir a adoção de políticas de saúde
1306 pública para a redução do tabagismo. Sobre a tributação, lembrou que estudos nacionais e
1307 internacionais, e a própria experiência brasileira, mostram que o aumento de preços e impostos
1308 é considerado a medida mais custo-efetiva para prevenção e redução de consumo de cigarros
1309 (a medida está prevista no artigo 6º da CQCT). Além disso, o Instituto Nacional do Câncer –
1310 INCA/Ministério da Saúde aponta estudos que indicam que um aumento de preços na ordem
1311 10% é capaz de reduzir o consumo de produtos derivados do tabaco em cerca de 8% em

1312 países de baixa e média renda, como o Brasil. Além disso, as evidências científicas
1313 demonstram ainda que o aumento dos preços contribui para estimular os fumantes a deixarem
1314 de fumar, assim como para inibir a iniciação de crianças e adolescentes. A respeito do
1315 mercado ilícito de produtos de tabaco, notadamente cigarros, disse que a própria CQCT
1316 reconhece, no artigo 15.1, que a eliminação de todas as formas de comércio ilícito de produtos
1317 de tabaco – como o contrabando, a fabricação ilícita, a falsificação - e a elaboração e a
1318 aplicação, a esse respeito, de uma legislação nacional relacionada e de acordos sub-regionais,
1319 regionais e mundiais são componentes essenciais do controle do tabaco. A estimativa da
1320 proporção de cigarros ilegais consumidos no Brasil em 2017 foi de 38,5% do consumo total de
1321 cigarros. Para o enfrentamento desse reconhecido problema, é fundamental a implementação
1322 no Brasil do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Tabaco, instrumento legal ratificado
1323 pelo país por meio do Decreto 9.516/2018, que prevê a adoção de medidas que envolvem
1324 iniciativas em âmbito nacional, esforços diplomáticos entre países fronteiriços, ações
1325 coordenadas de inteligência e fiscalização, bem como outras iniciativas que visam reduzir o
1326 comércio ilícito de produtos de tabaco. Para tanto, foi criado o Comitê para Implementação do
1327 Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco, por meio do Decreto
1328 9.517/2018, no âmbito da CONICQ - Comissão Nacional para Implementação da Convenção
1329 Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos, criada pelo Decreto Presidencial de
1330 1º de agosto de 2003. O Ministério da Justiça e Segurança Pública é membro da CONICQ e
1331 deste Comitê, como se depreende dos respectivos decretos mencionados. Explicou que essas,
1332 entre outras questões, estão explicitadas Carta Aberta da ACT ao Ministro Sérgio Moro que
1333 manifesta preocupação com a Portaria n°. 263/2019 e apresenta propostas a serem
1334 consideradas. Inclusive, disse que o PSOL solicitou que o Ministro se manifeste sobre a
1335 proposta de diminuição da tributação de cigarros. Em síntese, disse que é importante debater a
1336 situação de impostos, todavia, o lócus não o Ministério da Justiça e sim o Ministério da
1337 Fazenda. Explicou que, diante dessa situação, a proposta é a revogação da Portaria 263/2019,
1338 do Ministério da Justiça; atuação das autoridades das áreas da saúde, economia e finanças
1339 para aumentar os preços e tributos dos produtos de tabaco; e implementação do Protocolo
1340 para Eliminar o Comércio Ilícito de Tabaco no país, por meio do Comitê para Implementação
1341 do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco. Seguindo, pontuou outros
1342 gargalos na área de tributação a serem discutidos: problema da obesidade e subsídio do Brasil
1343 à produção de refrigerantes; baixa tributação do álcool no Brasil; renúncia fiscal aos
1344 agrotóxicos. Salientou que, para cada US \$ 1 investido em cada área da política de controle
1345 das DCNTs, são estimados em retorno: US \$ 12,82 por promover dietas saudáveis; US \$ 9,13
1346 de redução do uso nocivo do álcool; US \$ 7,43 pela redução de consumo de tabaco; US \$ 3,29
1347 por fornecer terapia medicamentosa para doença cardiovascular; US \$ 2,80 do aumento da
1348 atividade física; e US \$ 2,74 do manejo do câncer. Por fim, disse que é preciso debater o
1349 aumento dos impostos do cigarro, com debate sobre combate ao contrabando que não se
1350 resolve com aumento de impostos. Também disse que seria importante debater também a
1351 sinalização de retomar o financiamento da produção do tabaco por meio do PRONASF, o que
1352 significa um retrocesso. Na sequência, conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu à
1353 ex-conselheira pela explanação e abriu a palavra ao ex-ministro registrando que ele recebeu
1354 diploma da OPAS/OMS em reconhecimento a sua luta contra o tabaco na divulgação da
1355 Convenção Quadro. O Ex-Ministro de Estado da Saúde, **José Agenor Álvares da Silva**, na
1356 sua fala, expôs sobre as estratégias utilizadas pela indústria do tabaco para alcançar os seus
1357 interesses e colocou pontos para reflexão a respeito do tema. Relatou que a indústria do
1358 tabaco é avalista de pequenos produtores de tabaco e a produção possui apenas um
1359 comprador, o que permite manipular o preço e as pessoas, desrespeitando aspectos
1360 importantes para além das políticas de regulação. Lembrou que, em 2007/2008, o MS realizou
1361 pesquisa sobre a doença da folha verde, que advém da manipulação das folhas do tabaco, e
1362 verificou aos altos índices de nicotina pura no sangue das crianças que manuseavam a folha
1363 do tabaco, causando grande malefício à saúde. Afirmou que a indústria do tabaco derruba
1364 qualquer situação que considere “obstáculo” para seus negócios, sem ética e responsabilidade.
1365 Citou, por exemplo, que a indústria do tabaco entrou com ação contra o Uruguai, país que
1366 dispõe de uma das políticas mais efetivas de combate ao tabagismo, solicitando indenização
1367 de US\$ 1 bilhão com a justificativa de “prejuízos” por conta das ações antitabagismo. Explicou
1368 que, durante a sua gestão como Ministro da Saúde, foi procurado com os mesmos argumentos
1369 para elaborar proposta de redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, mas
1370 rechaçou a proposta. Para reflexão, colocou as seguintes questões: qual é o único produto de
1371 consumo legal que mata mesmo quando usado de acordo com as instruções do fabricante?; e

1372 segundo a OMS, “todas as epidemias tem um meio de contato, um vetor que dissemina... para
1373 a epidemia do tabagismo, o vetor não é vírus, bactéria ou outro microrganismo, o causador é a
1374 indústria e sua estratégia de negócio..”. Lembrou que, desde 1989, a prevalência de fumantes
1375 vem reduzindo, todavia, nos últimos anos, observou-se aumento, o que demonstra que a
1376 indústria está modificando a estratégia a fim de conseguir novos consumidores. Diante da
1377 gravidade da situação, disse que elaborou documento a respeito na lógica de levantar
1378 subsídios às discussões. Por fim, salientou que o CNS precisa manifestar-se contra a proposta,
1379 se necessário, no GT, caso fosse criado, considerando como subsídio o Programa Nacional de
1380 Controle do Tabagismo - PNCT, criado em 1980, que é uma referência e até hoje traz
1381 resultados na redução do consumo. Concluídas as exposições, a coordenação da mesa abriu a
1382 palavra ao Pleno e as falas foram majoritariamente contrárias à proposta de criação do Grupo
1383 de Trabalho para “avaliar a conveniência e oportunidade da redução da tributação de cigarros
1384 fabricados no Brasil”. Dos principais aspectos das falas dos conselheiros e conselheiras,
1385 destacam-se os seguintes: o CNS deve manifestar-se contra a proposta do governo de
1386 redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, pois não contribui para diminuir o
1387 consumo de cigarros estrangeiros de baixa qualidade, o contrabando e os riscos à saúde dele
1388 decorrentes; é preciso investir em informação e conscientização porque são medidas eficazes
1389 para combater o tabagismo; a ANVISA fiscaliza aditivos em cigarros e há um risco maior ainda
1390 em relação aos cigarros contrabandeados; diante da publicação da Portaria, a CIASP elaborou
1391 minuta de recomendação, a ser submetida à aprovação do Pleno, solicitando a extinção do
1392 Grupo; é preciso levar em conta a relação perversa entre a fumadeira e os pequenos
1393 agricultores; o Hospital de Santa Maria é referência no tratamento do câncer por conta da
1394 produção do tabaco na região; os dados são alarmantes: 428 pessoas morrem por dia por
1395 conta do cigarro e o tabagismo é a principal causa de doenças cardiovasculares; a medida do
1396 governo demonstra o compromisso com o capital e com as fábricas de cigarro e não com a
1397 população; é preciso estar atendo às manobras de indústrias fumageiras para justificar a
1398 proposição de medidas que prejudicam a saúde da população; a medida representa um
1399 incentivo às novas gerações para o consumo do cigarro como se o tabagismo não fosse
1400 maléfico; a proposta não deve seguir a linha da restrição de liberdade, mas sim de orientar
1401 melhor as pessoas sobre os malefícios do tabaco; é necessário investir em educação e
1402 conscientização da população para diminuir o consumo; e as corporações não podem definir a
1403 linha de atuação no governo e a vida das pessoas não pode ficar em segundo plano. Além
1404 dessas questões, os conselheiros e conselheiras apresentaram nas intervenções as seguintes
1405 propostas: de um lado, garantir a participação do CNS no Grupo de Trabalho que irá avaliar a
1406 conveniência e oportunidade da redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, para
1407 defender a posição do Conselho e, em contraproposta, não participar de espaços sobre os
1408 quais o CNS não concorda com o objeto do trabalho; e elaborar duas recomendações, uma
1409 solicitando a extinção do GT, porque está no lócus errado e outra solicitando a criação de GT
1410 no MS para debater o tema. **Retorno da mesa.** O ex-Ministro de Estado da Saúde, da
1411 FIOCRUZ, **José Agenor Álvares da Silva**, pontuou as seguintes questões a partir das falas: a
1412 posição do Pleno do CNS contrária à proposta reforça o papel do Conselho em defesa da
1413 saúde e da vida das pessoas; as pequenas indústrias cumprem a legislação e pagam taxa,
1414 mas as grandes indústrias não o fazem; o governo não recuará na proposta de criação do GT,
1415 portanto, é necessário definir estratégias para derrubar a proposição; o Ministério da Fazenda
1416 jamais aumentou tributação do cigarro visando a implementação da política antitabagismo e
1417 prevenção da saúde; e o CNS não deve participar do Grupo, para não legitimá-lo, mas deve
1418 marcar posição contrária ao tabagismo utilizando evidências científicas para embasamento. A
1419 diretora geral da ACT Promoção da Saúde, **Paula Johns**, em relação às questões que
1420 emergiram das intervenções, destacou que: não há evidências que educação e
1421 conscientização da população diminuem o consumo – o papel regulador do Estado é
1422 fundamental para democracia saudável; R\$ 57 bilhões gastos com custo do tabagismo no
1423 Brasil e a arrecadação é de R\$ 13 bilhões – considerando o desfinanciamento do SUS, essa
1424 “conta” representa grande prejuízo para saúde pública; Decreto 9516/2018 definiu GT para
1425 implementação do protocolo para enfrentar o mercado ilícito do cigarro e esse é o lócus onde o
1426 tema deve ser tratado; e é preciso ter atenção aos desdobramentos do Decreto nº 9.759/2019,
1427 por conta dos eventuais prejuízos. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** agradeceu a
1428 contribuição dos convidados e disse que esperava continuar contando com a ajuda deles na
1429 luta em prol da saúde da população. A seguir, conselheira **Priscilla Viégas Barreto de**
1430 **Oliveira** fez um apanhado das propostas que culminaram nos seguintes encaminhamentos:
1431 apreciar a recomendação elaborada pela CIASPD; elaborar três recomendações sobre a

1432 temática direcionadas ao Secretariado da Convenção Quadro Contra o Tabaco da Organização
1433 Mundial da Saúde, ao Ministério da Justiça e Segurança Pública e ao Ministério da Saúde;
1434 definir se o CNS deverá solicitar a participação ou não no GT instituído; remeter o tema para
1435 debate na Câmara Técnica de Atenção Básica; promover debate na Câmara Técnica de
1436 Atenção Básica; e disponibilizar documentos a respeito do tema. Acréscimos: recomendar ao
1437 governo que o aumento do imposto do cigarro se direcione para o SUS; e, no prédio do MS,
1438 proibir que as pessoas fumem ao hall do Ministério (lei define que só pode fumar em local
1439 totalmente aberto). Considerando que não houve consenso sobre a proposta de solicitar ou
1440 não a participação no GT instituído pela Portaria n°. 263/2019, foi aberta a palavra para defesa
1441 das duas propostas. Conselheiro **Nelson Augusto Mussolini** lembrou que GT é um dos
1442 instrumentos democráticos de participação social e, nessa linha, defendeu que o CNS pleiteie a
1443 participação no Grupo para defender as suas posições, junto com o Ministério da Saúde e o
1444 Ministério da Saúde. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** deixou a coordenação da mesa
1445 para defender a proposta contra a participação do CNS no GT. Disse que concordava com a
1446 premissa colocada pelo conselheiro Mussolini, mas discordava da proposição por entender que
1447 o CNS não pode participar de um espaço que defenda objeto nocivo à vida. Feitas as defesas,
1448 a mesa colocou em votação as propostas. 1) solicitar a participação no Grupo de Trabalho,
1449 instituído pela Portaria MJSP/GM n° 263/2019, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança
1450 Pública, para avaliar a conveniência e oportunidade da redução da tributação de cigarros
1451 fabricados no Brasil. 2) não solicitar a participação no Grupo de Trabalho, instituído pela
1452 Portaria MJSP/GM n° 263/2019, no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública, para
1453 avaliar a conveniência e oportunidade da redução da tributação de cigarros fabricados no
1454 Brasil. Deliberação: aprovada a **proposta 2 por maioria**. Conselheiro **Neilton Araújo de**
1455 **Oliveira** disse que as falas poderiam servir de subsídio para elaboração das recomendações e
1456 o Ministério da Saúde acompanharia os debates. O ex-Ministro de Estado da Saúde, **José**
1457 **Agenor Álvares da Silva**, da FIOCRUZ, registrou que o Ministro da Saúde, **Luiz Henrique**
1458 **Mandetta**, posicionou-se contra a criação do grupo e, nessa linha, sugeriu que o CNS
1459 reforçasse essa posição do Ministério em defesa da política antitabagismo. Ademais, disse que
1460 INCRA e Fiocruz possuem dados técnicos que poderiam subsidiar o debate deste tema. A
1461 diretora geral da ACT, **Paula Johns**, ponderou que o CNS poderia solicitar espaço na
1462 comissão intersetorial para implementação da Convenção Quadro, que é o lócus de discussão
1463 do tema. **Deliberação: o Pleno aprovou a proposta de elaborar três recomendações sobre**
1464 **a temática direcionadas ao Secretariado da Convenção Quadro Contra o Tabaco da**
1465 **Organização Mundial da Saúde, ao Ministério da Justiça e Segurança Pública e ao**
1466 **Ministério da Saúde (as três recomendações foram apreciadas e votadas no último item**
1467 **da pauta).** Com esses encaminhamentos, a coordenação da mesa agradeceu os convidados e
1468 encerrou este item. **ITEM 9 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ORÇAMENTO E**
1469 **FINANCIAMENTO – COFIN -** Coordenação: conselheiro **André Luiz Oliveira**, coordenador da
1470 COFIN/CNS. **Apresentação: Francisco Funcia**, assessor da COFIN/CNS; e **Suetônio Queiroz**
1471 **de Araújo**, assessor do CNS. Iniciando este ponto de pauta, conselheiro **André Luiz Oliveira**,
1472 coordenador da COFIN/CNS, pontuou os itens que seriam debatidos nesta pauta: informes;
1473 Plataforma Rede Conselhos SUS – nova versão; e Relatório Anual de Gestão 2018 e Relatório
1474 de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre/2018 do Ministério da Saúde (2ª parte). Também
1475 informou o Pleno sobre o calendário de oficinas, com destaque para: realização das oficinas da
1476 Região Sudeste, no Rio de Janeiro, com a participação de 130 pessoas e Região Nordeste I,
1477 em Natal, com mais de 100 participantes; realização da Região Norte, em Belém, na semana
1478 seguinte; e mudança do local da oficina da Região Centro-Oeste (ocorrerá em Goiânia). Em
1479 seguida, o assessor do CNS, **Suetônio Queiroz de Araújo**, apresentou a nova versão da
1480 Plataforma Rede Conselhos do SUS, que permitirá organizar internamente as atividades do
1481 CNS por categoria (Gestão das Atividades e Cursos na Plataforma, Reuniões do Pleno CNS,
1482 Comissões, Inscrições, Moderação e Certificação dos Eventos do CNS via Rede Conselhos do
1483 SUS). Também fez um destaque ao lançamento do Curso EaD – Participação e Controle
1484 Social, com data prevista para 14 e 15 de maio de 2019 (Oficina de Planejamento CNS), uma
1485 Parceria do CNS, CGU, ALMG e (antiga ESAF). Trata-se de modalidade à distância e
1486 autoinstrutivo, tendo por público alvo e priorização de vagas: 1º semestre/ 2019 versão (2018)
1487 – conselheiros de saúde (+ de 100 mil); 2º semestre/2019 versão (2019) – será avaliada a
1488 abertura para entidades parceiras e/ou participantes dos conselhos de saúde com nº de vagas
1489 pré-determinadas; e 2020 – a ser avaliado pela COFIN para recomendação ao CNS de
1490 liberação aberta. Explicou que, para acesso, utilizar o app moodle classic Android ou IOS e,
1491 para cadastro, redeconselhosdosus.net (informar login e senha de acesso inicial: CPF e

1492 123456). O coordenador da COFIN/CNS acrescentou que esta nova versão é o
1493 aperfeiçoamento da ferramenta lançada em 2018 e fez um destaque à possibilidade de acesso
1494 em tempo real. Na sequência, o assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, fez uma
1495 apresentação sobre o Relatório Anual de Gestão 2018 e Relatório de Prestação de Contas do
1496 3º Quadrimestre/2018 do Ministério da Saúde - Execução Orçamentária e Financeira (Jan-
1497 Dez/2018). Lembrou que a parte 1 (versão preliminar) foi apresentada na COFIN/CNS, em 7 e
1498 8 de fevereiro e no CNS nos dias 14 e 15 do mesmo mês. Ou seja, antes de receber o relatório
1499 anual de gestão e o Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre/2018 do Ministério
1500 da Saúde). Portanto, naquele momento, apresentaria a parte 2 – Versão Preliminar:
1501 COFIN/CNS 21 e 22/03; CNS 11 e 12/04 (complementação com base no Relatório de
1502 Prestação de Contas do 3º Quadrimestre/2018 do Ministério da Saúde). Acrescentou que o
1503 objetivo é fazer a análise final na reunião ordinária do CNS de maio. Explicou que o material
1504 que apresentaria, elaborado por ele com as contribuições dos integrantes da COFIN/CNS, era
1505 o mesmo apresentado anteriormente com acréscimos de alguns pontos para facilitar o
1506 acompanhamento do Conselho. Sobre a aplicação mínima constitucional em 2018, explicou
1507 que o empenhado foi acima do piso, porém, conforme demonstrado na Parte 1, os valores dos
1508 empenhos a pagar foram mais elevados em comparação aos níveis observados até 2016,
1509 ainda que tenha ocorrido uma pequena queda em relação a 2017. Detalhou que a reposição
1510 formal dos Restos a Pagar foi parcial em comparação aos valores totais de cancelamentos
1511 ocorridos em 2017, por conta da interpretação dada pela Advocacia Geral da União – AGU
1512 para esse fim, que está em desacordo com o entendimento do Conselho Nacional de Saúde
1513 com base na LC 141/2012. Sobre as Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS, piso e
1514 empenho, antes e depois da EC n.º. 95, esclareceu que o Piso Federal da Saúde – EC n.º. 95
1515 está se depreciando ano a ano, conforme se observa: em 2017, 15% da RCL; em 2018, 14%;
1516 e, em 2019, a estimativa é de 13%. Concomitantemente, há redução do piso e,
1517 consequentemente, do empenho e a tendência é continuar acontecendo nos próximos 20 anos,
1518 se não houver mudança. Ainda sobre ASPS, apresentou cenários de Empenho 2018 e Perdas
1519 - Base: % RCL 2015, 2016 e 2017, destacando que as perdas em relação ao empenho
1520 apurado em 2018 (em R\$ bilhões) é de R\$ 10,197 bi. Também falou sobre o efeito da EC
1521 95/2016 sobre o piso federal em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), explicando que
1522 seriam R\$ 9 bi a mais de piso se fosse os 15% da RCL. Explicou que foi disponibilizada para
1523 empenho 100% da Dotação Atualizada, com saldo (de empenhos) a pagar (10%) acima da
1524 Resolução do CNS (5%). Sobre os Restos a pagar, destacou o grande volume de reinscrição
1525 para 2019 e saldo a pagar não processados no total de R\$ 7,4 bi (despesa não liquidada que
1526 pode ser cancelada). A respeito das transferências para Estados e Municípios 2018, citou
1527 aquelas Fundo a Fundo (98%) e convênio - excepcionalmente (0,05%). Por fim, apresentou a
1528 solicitação de esclarecimentos preliminares ao Ministério da Saúde referente ao RPCQ/3/2018:
1529 1 - Quais foram os mecanismos de monitoramento e avaliação dos recursos transferidos para
1530 Estados e Municípios?; 2 - Quais foram os mecanismos para verificação do cumprimento dos
1531 requisitos da Portaria 3992, diante da extinção dos blocos de financiamento da Portaria 204?; 3
1532 - Quais foram os pontos positivos e negativos desses mecanismos adotados à luz do objetivo
1533 do atendimento das necessidades de saúde da população e da qualidade do gasto?; 4 - Qual é
1534 a avaliação das áreas técnicas do MS a que estavam associados os restos a pagar que foram
1535 cancelados?; e 5 – Saldo a Pagar das Contas do Fundo Nacional de Saúde com valor abaixo
1536 da soma: [empenhos a pagar do exercício + o saldo a pagar dos restos a pagar]; não houve
1537 juntada de documento da área econômica sobre a disponibilidade integral dos recursos
1538 vinculados à saúde que estão no Caixa Único do Governo Central. Por fim, disse que outras
1539 perguntas poderiam ser incorporadas ao questionário. **Manifestações.** Conselheiro **André**
1540 **Luiz de Oliveira** perguntou como acompanhar esses recursos diante da Portaria 3.992/2017 e
1541 qual foi a repercussão nas planilhas. Aberta a palavra, houve breves considerações, com
1542 destaque para: o Conselho precisava compreender melhor o processo de execução
1543 orçamentária, portanto, será necessário processo de educação permanente; o CNS precisa
1544 manifestar-se contra o Decreto n.º. 9.759, publicado no dia 11 de abril de 2019, que extingue e
1545 estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal; é
1546 preciso acirrar a luta contra a EC n.º. 95/2017 por conta dos prejuízos para o orçamento da
1547 saúde; é preciso conhecer a PEC n.º. 39/2019, que altera o art. 20 da Constituição Federal e o
1548 art. 107 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para vincular as rendas do
1549 petróleo à educação e saúde e excluir essas despesas do teto de gastos instituído pelo Novo
1550 Regime Fiscal; a COFIN deve analisar a situação do Grupo Hospitalar Conceição;. Após essas
1551 considerações, o coordenador da mesa colocou em votação o questionário com adendo no

1552 item 1: “À luz da Portaria 3.992/2017”. **Deliberação: o Pleno do CNS aprovou, por**
1553 **unanimidade, com adendo no item 1, o questionário com “Solicitação de**
1554 **Esclarecimentos Preliminares ao Ministério da Saúde referente ao RPCQ/3/2018”,**
1555 **elaborado pela COFIN.** Definido esse ponto, conselheiro **André Luiz de Oliveira** manifestou
1556 preocupação com o Decreto n°. 9.759, publicado no dia 11 de abril de 2019, que extingue e
1557 estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal e
1558 informou que seria apresentada proposta a respeito no período da tarde. Conselheira **Lenir**
1559 **Santos** reiterou a preocupação com o Decreto n°. 9.759/2019 porque a estrutura e atribuições
1560 do CNS não são definidas em lei, mas sim por decreto. Definido esse ponto, às 12h35, a mesa
1561 suspendeu para o almoço. Estiveram presentes os seguintes conselheiros na manhã do
1562 segundo dia de reunião: *Titulares* - **André Luiz de Oliveira**, Conferência Nacional dos Bispos
1563 do Brasil – CNBB; **Artur Custódio Moreira de Sousa**, Movimento de Reintegração das
1564 Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Eduardo Maércio Fróes**, Associação
1565 Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALÉ; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de
1566 Serviço Social – CFESS; **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações
1567 de Moradores – CONAM; **Gerídice Lorna Andrade de Moraes**, Associação Brasileira de
1568 Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ; **Gilene José dos Santos**, Sindicato Nacional dos
1569 Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - SINTAPI/CUT; **Joana Batista Oliveira**
1570 **Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo da Silva**, Pastoral da
1571 Pessoa Idosa – PPI; **José Felipe dos Santos**, Articulação Brasileira de Gays – ARTGAY;
1572 **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-
1573 Administrativos das Instituições de Ensino Superior Pública do Brasil – FASUBRA; **Laís Alves**
1574 **de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos**
1575 **Santos**, Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal**
1576 **Vieira Machado**, Nova Central Sindical de Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**,
1577 Associação Brasileira de Autismo – ABRA; **Marisa Helena Alves**, Conselho Federal de
1578 Psicologia – CFP; **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra
1579 a AIDS – ANAIDS; **Nara Monte Arruda**, União Nacional dos Estudantes – UNE; **Neilton**
1580 **Araújo de Oliveira**, Ministério da Saúde; **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira**, Associação
1581 Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos
1582 Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Ruth Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de
1583 Nutrição – ASBRAN; **Simone Maria Leite Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e
1584 Práticas de Educação Popular em Saúde – ANEPS; **Solimar Vieira da Silva Mendes**,
1585 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS – Unasus/sindical/SINAUS;
1586 e **Vanja Andréa Reis dos Santos**, União Brasileira de Mulheres – UBM. *Suplentes* - **Adelina**
1587 **Almeida Moreira de Araujo**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social –
1588 ABEPSS; **Ailson dos Santos**, Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste,
1589 Minas Gerais e Espírito Santo – APOINME; **Alceu Kuhn**, Organização Nacional de Cegos do
1590 Brasil – ONCB; **Allan Nuno Alves de Sousa**, Ministério da Saúde; **Ana Carolina Navarrete**
1591 **Munhoz Fernandes da Cunha**, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – IDEC; **Antônio**
1592 **César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Arlson da Silva Cardoso**, Conselho Nacional de
1593 Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS; **Carlos Alberto Eilert**, Conselho Federal de
1594 Educação Física - CONFEFC; **Djerlly Marques Araújo da Silva**, Direção Executiva Nacional
1595 dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Elgiane de Fátima Machado Lago**, Central dos
1596 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação
1597 Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Geordeci Menezes de Souza**, Central Única dos
1598 Trabalhadores – CUT; **Gilberto Soares Casanova**, Associação de Diabetes Juvenil – ADJ;
1599 **Jair Brandão de Moura Filho**, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS -
1600 RNP+BRASIL; **Jorge Alves de Almeida Venâncio**, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil
1601 – CGTB; **Karla Larica Wanderley**, Ministério da Saúde; **Lázaro de Souza Bento**,
1602 Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar no Brasil -
1603 CONTRAF BRASIL; **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**, Instituto Lado a Lado pela Vida;
1604 **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade – UNEGRO; **Maria Laura**
1605 **Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais – FENAS; **Myrian Coelho**
1606 **Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; **Tiago Farina Matos**, Instituto
1607 Oncoguia; **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
1608 **Wilson Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF. Retomando, às
1609 14h, a mesa foi recomposta para o item 10 da pauta. **ITEM 10 – 6ª CONFERÊNCIA**
1610 **NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA – 6ª CNSI E 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**
1611 **– 16ª CNS - Coordenação:** conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos**, da Mesa Diretora do

1612 CNS. *Apresentação*: conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da comissão organizadora da
1613 16ª Conferência; conselheiro **Ailson dos Santos** (“Ysso Truká”), da comissão organizadora da
1614 6ª CNSI; e **Marco Antônio Toccolini, Secretário** Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS.
1615 **16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** - Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, da
1616 comissão organizadora da 16ª Conferência, apresentou as propostas de encaminhamentos da
1617 Comissão Organizadora da 16ª CNS para deliberação do Pleno. Começou pelos critérios para
1618 participação e definição dos/as Convidados/as Nacionais e Internacionais. Começou
1619 recordando que o Regimento da 16ª CNS destina o total de 1.036 (um mil e trinta e seis) vagas
1620 para a participação de convidados e convidadas na Etapa Nacional e define que poderão ser
1621 escolhidos entre: participantes das Plenárias Populares; das Conferências livres; das
1622 atividades preparatórias (debates, encontros); representantes de entidades e instituições de
1623 âmbito nacional, pesquisadores e personalidades do campo científico ou popular com atuação
1624 relevante na área da saúde; entidades e movimentos populares e sindicais, religiosos, dos
1625 povos indígenas e quilombolas, trabalhadoras e trabalhadores rurais e assentados, movimento
1626 feminista e de mulheres, movimento negro, movimento LGBT, da luta antimanicomial, da luta
1627 contra a Aids, comunidades dos rios, do campo e da floresta, comunidades extrativistas,
1628 coletivos da juventude e movimento estudantil, pessoas com patologias, pessoas com
1629 deficiências, idosos e aposentados, população em situação de rua, população cigana e demais
1630 populações em situação de vulnerabilidade social; e representantes de entidades e instituições
1631 internacionais; dos demais conselhos de direitos sociais e políticas públicas vinculados à
1632 administração pública federal; membros dos órgãos de controle; integrantes do Ministério
1633 Público Federal, Ministério Público do Trabalho, Conselho Nacional do Ministério Público,
1634 vinculados à saúde; entre outros que tenham aderência à temática da conferência. Para além
1635 do Regimento Interno da Conferência, disse que a Comissão Organizadora apresentou as
1636 seguintes propostas: **I** - Critérios a serem observados nas indicações de convidados e
1637 convidadas: fortalecimento das Entidades que têm assento no CNS; ampliação para outras
1638 entidades e organizações que tenham aderência à temática da conferência. **1**. Divisão
1639 quantitativa das 1.036 vagas: **a**) 310 (trezentas e dez) vagas serão destinadas aos Conselhos
1640 Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para que indiquem convidados e convidadas
1641 respeitando-se os critérios acima definidos e com a seguinte distribuição: mínimo de 4 (quatro)
1642 vagas para cada CES e do DF. As demais vagas serão redistribuídas pelo critério de
1643 proporcionalidade ao número de vagas de delegados/as de cada ente, que serão divulgadas
1644 posteriormente diretamente aos CES/DF; **b**) 310 (trezentas e dez) vagas serão destinadas para
1645 que a Comissão Organizadora da 16ª CNS indique convidados e convidadas respeitando-se os
1646 critérios acima definidos; **c**) 416 (quatrocentos e dezesseis) vagas serão destinadas aos
1647 Fóruns representantes dos segmentos que compõem o CNS para que indiquem convidados e
1648 convidadas respeitando-se os critérios acima definidos e com a seguinte distribuição: 208
1649 (duzentas e oito) vagas para o segmento de usuários; e 104 (cento e quatro) vagas para o
1650 segmento de trabalhadores; e 104 (cento e quatro) vagas para o segmento de gestores e
1651 prestadores. Explicou que o calendário para as indicações seria o seguinte: **a**) até 25 de abril
1652 de 2019 – CES, Comissão Organizadora e Fóruns devem fazer as indicações (nome,
1653 referência e contato do/a indicado/a); **b**) entre 25 e 30 de abril de 2019 será feita a
1654 sistematização das indicações e o envio dos convites pela SECNS; **c**) até 14 de maio de 2019
1655 – prazo para as confirmações dos convidados e convidadas. As vagas não confirmadas serão
1656 redistribuídas na reunião ordinária do mês de junho de 2019. Os convidados terão direito
1657 exclusivamente à alimentação na Conferência. Por fim, apresentou a planilha com a
1658 distribuição dos convidados a serem indicados pelos Conselhos Estaduais: **1**) Região Norte -
1659 58. Acre - 7 convidados. Amapá - 7 delegados. Amazonas - 9. Pará - 12. Rondônia - 8.
1660 Roraima - 7. Tocantins - 8. **2**) Região Nordeste - 96. Alagoas - 9. Bahia - 16. Ceará - 12.
1661 Maranhão - 11. Paraíba - 9. Pernambuco - 12. Piauí - 9. Rio Grande do Norte - 9. Sergipe - 8.
1662 **3**) Região Centro-Oeste - 36. Distrito Federal - 9. Goiás - 11. Mato Grosso - 9. Mato Grosso do
1663 Sul - 8. **4**) Região Sudeste - 82. Espírito Santo - 9. Minas Gerais - 20. Rio de Janeiro - 17. São
1664 Paulo - 35. **5**) Região Sul - 38. Paraná - 14. Rio Grande do Sul - 14. Santa Catarina - 11. Em
1665 seguida, apresentou a sugestão da comissão organizadora de critérios para propor os/as
1666 delegados/as indicados/as ou eleitos/as por entidades nacionais, de gestores e prestadores de
1667 serviços de saúde, a serem aprovados pelo pleno do CNS. Lembrou que o Regimento da 16ª
1668 CNS destina o total de 296 (duzentas e noventa e seis) vagas de delegados/as nacionais na
1669 etapa nacional, dos quais serão eleitas e eleitos 144 (cento e quarenta e quatro) Conselheiras
1670 e Conselheiros Nacionais, titulares e suplentes e 152 (cento e cinquenta e dois) delegadas
1671 eleitas e delegados eleitos pelo Pleno do CNS. Explicou que a Comissão Organizadora

1672 aprovou e propõe os seguintes critérios a serem observados nas indicações de delegados/as
1673 nacionais: fortalecimento das entidades que têm assento no CNS; ampliação para outras
1674 entidades e organizações que tenham aderência à temática da conferência; e pessoas com
1675 articulação na luta da saúde. Disse que a divisão quantitativa das 152 (cento e cinquenta e
1676 duas) vagas se daria da seguinte forma: **1)** 132 (cento e trinta e duas) vagas serão destinadas
1677 aos Fóruns representantes dos segmentos que compõem o CNS para que indiquem delegados
1678 e delegadas, respeitando-se os critérios acima definidos e com a seguinte distribuição: **a)** 66
1679 (sessenta e seis) vagas para o segmento de usuários; **b)** 33 (trinta e três) vagas para o
1680 segmento de trabalhadores e **c)** 33 (trinta e três) vagas para o segmento de gestores e
1681 prestadores; **d)** 20 (vinte) vagas serão destinadas para que a Comissão Organizadora da 16ª
1682 CNS indique delegados e delegadas respeitando-se os critérios definidos. Por fim, disse que o
1683 calendário para as indicações seria o seguinte: as indicações de Delegados/as Nacionais
1684 deverão ser feitas até o dia 10 de junho de 2019 e apreciadas na reunião ordinária do CNS em
1685 13 e 14 de junho. Além disso, lembrou que são mais 200 delegados indígenas. Aberta a
1686 palavra ao Pleno, os conselheiros fizeram os seguintes questionamentos e posicionamentos:
1687 qual o critério principal para definição dos convidados?; Quantas indicações cada conselheiro
1688 ou conselheira pode fazer?; Qual motivo para reserva de 20 vagas para comissão
1689 organizadora?; é preocupante abrir vagas para entidades externas e não contemplar todos os
1690 conselheiros que compõem o CNS; e a indicação dos delegados indígenas será feita de acordo
1691 com o critério da paridade?. Além disso, foram apresentadas as seguintes propostas: é preciso
1692 priorizar as entidades que participaram da eleição e não foram eleitas; sugestão de convidar o
1693 Conselho Nacional de Direitos Humanos – CNDH e Conselho Nacional de Assistência Social -
1694 CNAS para participar como convidados; é necessário ampliar o prazo para indicação dos
1695 convidados. **Retorno da mesa.** Conselheiro **Geordeci Menezes de Souza** respondeu às
1696 questões colocadas pelo Pleno destacando que: para definição do cálculo de delegados, foi
1697 feita aplicação fixa de 40% do total para as 27 unidades federativas e para os 60% proporcional
1698 ao índice populacional; no caso dos convidados, o percentual foi definido a partir do número de
1699 delegados; não foi definido limite de número para indicação de convidado por conselheiro ou
1700 conselheira; a comissão organizadora recomenda que é preciso considerar no processo as
1701 entidades que participaram da eleição e não foram eleitas e aquelas que compõem as
1702 comissões do CNS e não participam do Conselho, mas avaliou que não deveria definir critério
1703 obrigatório para escolha dessas representações; a reserva de 20 vagas para comissão
1704 organizadora visa contemplar entidades importantes que não foram contempladas; para
1705 definição de delegados indígena, não foram definidos critérios; e as datas para indicação dos
1706 convidados foram definidas a partir de estudo da comissão, de modo a garantir maior prazo
1707 possível para que os convidados possam se organizar com antecedência para vinda. Em que
1708 pese as explicações do conselheiro **Geordeci Menezes de Souza**, conselheira **Maria Laura**
1709 **Carvalho Bicca** manteve a proposta de ampliação do prazo para indicação de convidados: até
1710 28 de abril de 2019 – CES, Comissão Organizadora e Fóruns devem fazer as indicações
1711 (nome, referência e contato do/a indicado/a); até 20 de maio de 2019 – prazo para as
1712 confirmações dos convidados e convidadas. Após ponderações, a mesa colocou em votação a
1713 proposta da comissão organizadora com as alterações sugeridas. **Deliberação: o Pleno**
1714 **aprovou, por unanimidade, as propostas de critérios da Comissão Organizadora da 16ª**
1715 **CNS para: a) participação e definição dos/as Convidados/as Nacionais e Internacionais,**
1716 **com mudança no calendário proposto: até 28 de abril de 2019 – CES, Comissão**
1717 **Organizadora e Fóruns devem fazer as indicações (nome, referência e contato do/a**
1718 **indicado/a); Entre 25 e 30 de abril de 2019 será feita a sistematização das indicações e o**
1719 **envio dos convites pela SECNS; até 20 de maio de 2019 – prazo para as confirmações**
1720 **dos convidados e convidadas; e as vagas que não forem confirmadas serão**
1721 **redistribuídas na RO do CNS em junho de 2019; e b) proposição dos/as delegados/as**
1722 **indicados/as ou eleitos/as por entidades nacionais, de gestores e prestadores de**
1723 **serviços de saúde, com o calendário sugerido, sem alterações. 6ª CONFERÊNCIA**
1724 **NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA - Apresentação:** conselheiro **Ailson dos Santos** (“Yssô
1725 **Truká”); e Marco Antônio Toccolini** Secretário Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS. O
1726 Secretário Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS, **Marco Antônio Toccolini**, lembrou que a
1727 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena - CNSI cumpriu as etapas locais e distritais e a
1728 etapa nacional estava marcada para o período de 27 a 31 de maio de 2019. Todavia, a
1729 Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde – CONJUR apresentou parecer, no dia 10 de abril
1730 de 2019, que questiona o Termo de Referência da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena
1731 - CNSI e recomendou o encerramento do processo de contratação da empresa responsável

1732 pela realização do evento. Diante dessa situação, a Secretaria estava respondendo aos
1733 questionamentos da Consultoria e aguardava a orientação do Ministro da Saúde sobre qual
1734 será o encaminhamento a ser adotado para garantir a realização da etapa nacional na data
1735 anteriormente definida. Conselheiro **Ailson dos Santos (“Yssô Truká”)**, em nome dos povos
1736 indígenas, manifestou indignação com o questionamento da CONJUR/MS sobre a empresa
1737 responsável na prestação de serviços para a realização da 6ª CNSI. Lembrou que a
1738 convocação da Conferência ocorreu em setembro de 2018 e somente agora, faltando 45 dias,
1739 a CONJUR apresentou parecer para inviabilizar a última etapa. Salientou que a realização da
1740 Conferência envolve o futuro da política de saúde dos povos indígenas, portanto, serão
1741 envidados todos os esforços para garantir a realização da etapa nacional. Inclusive, informou
1742 que, no período de 24 a 26 de abril de 2019, mais de 4 mil indígenas de 150 etnias se
1743 reuniram na Esplanada dos Ministérios para o 15º Acampamento Terra Livre, para lutar pela
1744 justiça, resistência e minimamente pela manutenção dos direitos indígenas garantidos
1745 constitucionalmente. Explicou que o parecer da CONJUR contesta, entre outros aspectos, o
1746 custo que consideram elevado da conferência em relação a outras conferências nacionais. A
1747 esse respeito, lembrou que, no caso da saúde indígena, a União é responsável também pelo
1748 custeio das locais e distritais, o que eleva os custos (nessas etapas, o investimento foi de R\$
1749 11 milhões). Ressaltou que os povos indígenas têm sofrido ataques com as medidas de
1750 governo que visam, inclusive, diminuir direitos já conquistados. Afirmou que, mesmo que os
1751 desdobramentos do parecer inviabilizem a realização do evento no âmbito da SESAI, a
1752 conferência será realizada sem os recursos oficiais e universidades e movimentos sociais
1753 estavam se mobilizando para ajudar nesse sentido. Frisou que os povos não desejavam
1754 regalias, mas sim serem vistos como sujeitos de direitos que querem participar das políticas de
1755 saúde conforme assegurado em lei. Por fim, solicitou o apoio do CNS, órgão máximo de
1756 deliberação do SUS, responsável pela convocação da 6ª CNSI, para realizar a última etapa da
1757 6ª CNSI. Conselheira **Vanja Andréa Reis dos Santos** manifestou o respeito e a solidariedade
1758 do CNS aos povos indígenas e às suas lutas. O Secretário da SESAI interveio novamente para
1759 reiterar que a Secretaria estava respondendo aos questionamentos feitos no parecer da
1760 CONJUR, mas diante da solicitação da Consultoria de encerramento do processo apontou
1761 duas alternativas: encerramento do processo atual e abertura de novo com prorrogação da
1762 data; ou manutenção da data utilizando outra forma de contratação para prestação dos
1763 serviços ou com adequações de infraestrutura. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira**, diante
1764 do ocorrido, sugeriu que a SESAI/MS tentasse corrigir o Termo de Referência para garantir a
1765 etapa nacional na data definida (contratação via OPAS ou outra) e solicitasse, junto com a
1766 Comissão Organizadora da 6ª CNSI, uma audiência/reunião com o Ministro da Saúde ou
1767 Secretário Executivo do MS para apontar alternativas e deliberar o que fosse mais adequado.
1768 No seu ponto de vista, o CNS deveria ser solidário à forma que os indígenas entendem que
1769 deve ser a conferência. Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** perguntou quais os motivos
1770 para inviabilização da etapa nacional da Conferência. Conselheira **Ana Carolina Navarrete**
1771 **Munhoz Fernandes da Cunha** perguntou se seria possível ter acesso ao parecer da
1772 CONJUR/MS. Conselheira **Láís Alves de Souza Bonilha** registrou sua indignação com o
1773 ocorrido e avaliou que o CNS deve defender a realização da etapa nacional conforme
1774 programado. As falas seguintes foram no sentido de solidariedade aos povos indígenas e de
1775 defesa da realização da etapa nacional na data definida. **Retorno da mesa.** O Secretário da
1776 SESAI/MS, **Marco Antônio Toccolini**, explicou que, em setembro de 2018, a equipe da
1777 Secretaria iniciou o processo para contratação de empresa, com várias reuniões com o SAA e
1778 envio da proposta em dezembro de 2018. De janeiro a março de 2019, foram realizadas novas
1779 reuniões com SAA e CONJUR e a equipe da SESAI fez ajustes na proposta, conforme
1780 solicitação desses setores. Disse que todo esse processo de debate e ajustes resultou, em
1781 março de 2019, em um documento, encaminhado para SAA e CONJUR, com solicitação de
1782 análise prioritária. Nessa linha, frisou que a equipe cumpriu o seu trabalho da melhor forma
1783 possível dentro das condições disponíveis. Dito isso, elencou os principais pontos do parecer
1784 da CONJUR n.º. 209: potencial ocorrência de “conluio” entre as empresas consultadas; análise
1785 crítica insuficiente; incoerência na metodologia aplicada; inexistência de limites e critérios para
1786 subcontratação; ausência de motivação para participação de empresas reunidas em consórcio;
1787 Termo de Referência com incongruências e repetições; envio, para assessoria de controle
1788 interno e corregedoria do MS, Departamento de Patrimônio Probidade e Procuradoria Geral da
1789 União, 6ª Câmara de Coordenação e Revisão da PGR, auditoria e CAD; depois de constatada
1790 a impossibilidade de continuação, envio dos autos a SE/MS para ciência e providências, bem
1791 como para assessoria especial de controle interno e corregedoria do MS a fim de que avaliem

1792 a necessidade de instauração de procedimento com vistas à apuração de eventuais ilícitos e,
1793 além disso, sugere-se o encaminhamento da cópia integral ao CADE para investigação de
1794 eventuais irregularidades cometidas pelas empresas. Por fim, disse que a SESAI está
1795 preparando as respostas e aguarda a orientação da SE/MS sobre o que é possível fazer para
1796 realização da etapa nacional. Conselheiro **Ailson dos Santos** agradeceu o apoio do CNS e
1797 destacou que é desejo dos povos indígenas realizar a Conferência para debater a Política e
1798 manter direitos já conquistados. Além disso, defendeu a realização na data já aprovada e
1799 reiterou a solicitação de apoio do CNS nesse sentido. Após essas falas, a mesa procedeu aos
1800 encaminhamentos. **Deliberação: neste ponto de pauta, o Pleno decidiu: 1) apoiar a**
1801 **posição da Comissão Organizadora da 6ª CNSI e das organizações indígenas de manter**
1802 **a data da etapa nacional da 6ª CNSI; e 2) apoiar o pedido de audiência com o Ministro da**
1803 **Saúde, solicitada pela SESAI, com a Comissão Organizadora da 6ª CNSI, a fim de esgotar**
1804 **todas as possibilidades de realização da Conferência na data prevista (a Mesa Diretora**
1805 **do CNS também participará da audiência). ITEM 11 – COMISSÕES E**
1806 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO – Câmaras Técnicas. Grupo de Trabalho.**
1807 **Recomposição das comissões. Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde.**
1808 *Coordenação:* conselheira **Elaine Junger Pelaez**; e conselheira **Priscilla Viégas Barreto de**
1809 **Oliveira**, da Mesa Diretora do CNS. **1) Proposta para recomposição das comissões do CNS**
1810 **para a gestão 2018/2021.** Conselheiro **André Luiz Oliveira** submeteu à apreciação do Pleno a
1811 proposta de recomposição das comissões do CNS para a gestão 2018/2021, agradecendo,
1812 inicialmente, a contribuição do conselheiro Geordeci Menezes de Souza na elaboração.
1813 Começou pelos pontos fundamentais para definição e composição das Comissões: **a)** Missão
1814 da Comissão – assessorar o CNS e a temática de referência; **b)** Articulação entre a
1815 Coordenação das Comissões, a Mesa Diretora e o Pleno do CNS; **c)** Articulação entre as
1816 Comissões com transversalidade – podendo ter reuniões conjuntas dos coordenadores (as)
1817 e/ou dos coletivos e/ou seminários/oficinas/etc; **d)** Articulação da Comissão com Conselhos de
1818 Direitos da temática, definido no Pleno do CNS; **e)** Todas as comissões terão a comunicação e
1819 mobilização social como integrante e transversal a sua missão na perspectiva de desenvolver
1820 ações de visibilidade das políticas e articulação da mobilização social, em harmonia com o
1821 Pleno do CNS, Mesa Diretora e Assessoria de Comunicação do CNS; **f)** reordenamento com
1822 otimização e agregação de potencialidades nas áreas temáticas, passando de 27 para 18
1823 Comissões Intersetoriais. Para composição das comissões, disse que seria necessário
1824 considerar: entidades que compõem o CNS, sendo que a entidade participa no máximo de
1825 metade das comissões (9 comissões), incluindo os conselheiros (estes no máximo em duas
1826 comissões); entidades habilitadas no pleito eleitoral, mas que não compõem o CNS; entidades
1827 participantes das comissões, mas que não compõem o CNS; e demais entidades, apenas as
1828 de cunho nacional, na perspectiva da missão da Comissão e da ampliação do diálogo para fora
1829 do CNS. Também destacou o panorama da proposta encaminhada ao Pleno na gestão
1830 anterior: 1) Alimentação e Nutrição – CIAN – 22 vagas; 2) Atenção a Saúde das Pessoas com
1831 Deficiência – CIASPD – 22 vagas; 3) Atenção a Saúde de Pessoas com Patologias (DST/AIDS,
1832 Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais, Diabetes e outros) – CIASPP - 34 vagas; 4)
1833 Atenção a Saúde nos Ciclos de Vida (Criança, Adolescente, Jovem, Adulto (a) e Idoso (a)) –
1834 CIASCV – 34 vagas – duas coordenações adjuntas; 5) Ciência, Tecnologia e Assistência
1835 Farmacêutica – CICTAF – 34 vagas; 6) Educação Permanente para o Controle Social do SUS
1836 – CIEPCSS – 22 vagas; 7) Orçamento e Financiamento – COFIN – 28 vagas; 8) Políticas de
1837 Promoção da Equidade (População Negra; LGBT; População em Situação de Rua; Campo,
1838 Floresta e Águas; Povos e Comunidades Tradicionais) – CIPPE – 34 vagas; 9) Promoção,
1839 Proteção, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – CIPPSPICS – 34 vagas; 10)
1840 Recursos Humanos e Relações de Trabalho – CIRHRT – 36 vagas – 2 coordenações adjuntas;
1841 11) Saúde Bucal – CISB – 22 vagas; 12) Saúde da Mulher – CISMU – 22 vagas; 13) Saúde do
1842 Trabalhador e Trabalhadora – CISTT - 34 vagas – 2 coordenações adjuntas; 14) Saúde
1843 Indígena – CISI- 22 vagas; 15) Saúde Mental – CISM – 22 vagas; 16) Saúde Suplementar –
1844 CISS- 22 vagas; e 17) Vigilância em Saúde – CIVS – 34 vagas; e total geral – 478. Sobre as
1845 coordenações, mostrou a estratificação por segmento: Usuário – coordenação: 10; 1ª
1846 coordenação adjunta: 13; e 2ª coordenação adjunta: 3; Trabalhador: 1ª coordenação adjunta: 8;
1847 2ª coordenação adjunta: 1; Gestor: 1ª coordenação adjunta: 1. Seguindo, destacou os ajustes
1848 realizados após a apresentação da proposta inicial validados pelo Pleno: 1. Na Comissão de
1849 Orçamento e Financiamento (COFIN) houve necessidade de ajuste aprovado pelo pleno do
1850 CNS (Res. 531 de 08/07/2016) de 28 para 30 participantes, considerando a coordenação e
1851 coordenação-adjunta; e 2. Na Comissão de Saúde Indígena (CISI) houve necessidade de

1852 ajuste aprovado pelo pleno do CNS (Res. 519 de 03/06/2016) de 22 para 25 participantes,
1853 considerando a coordenação e coordenação-adjunta. No que se refere aos problemas
1854 detectados na lista atualizada de participantes nas comissões intersetoriais, destacou: em
1855 várias comissões intersetoriais frequentemente ocorrem algumas lacunas das indicações
1856 atualizadas por parte das representações (por exemplo a Comissão Intersectorial Atenção à
1857 Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV; Comissão de Ciência, Tecnologia e Assistência
1858 Farmacêutica – CICTAF; Comissão Intersectorial de Saúde Suplementar – CISS; Comissão
1859 Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS – CIEPCSS; Comissão
1860 Intersectorial de Vigilância em Saúde – CIVS; Comissão Intersectorial de Saúde do
1861 Trabalhador(a) – CISTT; Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição – CIAN; Comissão
1862 Intersectorial de Saúde Bucal – CISB; Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e
1863 Relações de Trabalho – CIRHRT; etc). Feito esse panorama, apresentou as propostas para a
1864 recomposição das comissões intersetoriais do CNS para a gestão 2018/2021: 1) Manutenção
1865 de alguns critérios estabelecidos no processo de recomposição anterior, principalmente quanto
1866 à metodologia de “espelho” para a composição de Titulares e Suplentes das Comissões e
1867 sugestões quanto ao perfil orientador dos representantes: a) motivação e interesse pessoal em
1868 participar e contribuir; b) compromisso total com a comissão pretendida; c) afinidade com a
1869 temática; d) disponibilidade de tempo e de agenda em contribuir com a comissão; e) disposição
1870 para propor, elaborar e redigir minutas de pareceres; f) disposição para propor, elaborar e
1871 redigir propostas de resoluções, recomendações e moções para a apreciação do pleno; g)
1872 equilíbrio e discernimento para mediar debates; h) serenidade e respeito com o(a) próximo(a)
1873 para uma boa convivência em grupo; i) proatividade e destreza na execução das tarefas; e j)
1874 objetividade e coerência com as atitudes de colaboração. 2) Manutenção do número atual de
1875 Comissões Intersectoriais (18) e do quantitativo final e atual de componentes. 3) Definição das
1876 coordenações e coord. Adjuntas (sendo que pelo menos um deve ser titular e cada comissão
1877 deverá ter apenas 1 (um) coord. Adj.). 4) Definição das coordenações e coord. Adjuntas em
1878 período prévio à definição das composições das Comissões (início em RO maio/2019). 5)
1879 Estabelecer o limite máximo de 6 (seis), ou seja, 1/3 das Comissões Intersectoriais por cada
1880 entidade representada no CNS, já incluída a participação de seus conselheiros representantes.
1881 6) Manutenção do limite máximo de participação de 2 (duas) Comissões Intersectoriais por
1882 cada conselheiro representante no CNS. 7) Estabelecer um percentual de no mínimo 20 % das
1883 vagas de cada comissão para entidades não pertencentes ao CNS (como habilitadas para o
1884 pleito eleitoral e não eleitas; participantes das comissões intersetoriais e que não compõem o
1885 CNS e demais entidades, de cunho nacional, na perspectiva da ampliação do diálogo para fora
1886 do CNS). 8) Após o período de inscrições e, não havendo número suficiente de entidades
1887 interessadas nas vagas citadas anteriormente, as mesmas poderão ser preenchidas de
1888 imediato pelas entidades representadas no pleno do CNS e interessadas na referida comissão,
1889 resguardando a paridade de representação. 9) Estabelecer o prazo de inscrição de entidades
1890 (integrantes e não integrantes do CNS) interessadas em compor até o limite 6 (seis) comissões
1891 de 17 de abril a 30 de maio de 2019, sendo que o CNS e seus(as) conselheiros(as)
1892 promoverão ampla divulgação visando agregar novos atores neste processo. 10) Observar a
1893 especificidade da área de atuação de cada entidade inscrita com a temática da Comissão
1894 Intersectorial pleiteada. 11) Estabelecer o prazo de até 15 (quinze) dias para cada entidade
1895 (integrante e não integrante do CNS), a partir do momento em que o pleno do CNS homologa a
1896 composição final de cada comissão, para informar oficialmente a SE/CNS todos os dados
1897 pertinentes dos respectivos representantes. Por fim, apresentou a proposta de calendário para
1898 recomposição das comissões do CNS para a gestão 2018/2021: a) 29/mar e 10/abr -
1899 apreciação e aprovação dos critérios pela MD; b) 11 e 12/abr – apresentação aos Fóruns e
1900 apreciação pelo Pleno da proposta inicial; c) 17/abr a 30/mai - período de inscrição das
1901 entidades integrantes e não integrantes do CNS pelo FormSus; d) 317ª RO (maio) - Informe do
1902 quantitativo parcial das inscrições apresentadas e início da escolha das coordenações da
1903 Comissões; e) 318ª RO (junho) – finalização da definição das coordenações e início da
1904 recomposição do corpo das Comissões Intersectoriais; f) 319ª RO (julho) – finalização da
1905 recomposição do corpo das Comissões Intersectoriais; g) De 15 a 30 de julho – apresentação
1906 formal por parte das entidades homologadas de seus respectivos representantes e dados
1907 pessoais; e h) de 1 a 15 de agosto – publicação das resoluções das referidas comissões, com
1908 mandato de 15/ago/2019 a 15/ago/2022. Aberta palavra, as falas apontaram os seguintes
1909 aspectos: é importante conhecer a temática das comissões nas quais se deseja participar, a
1910 fim de poder contribuir com as discussões; antes de pensar na ampliação da participação de
1911 entidades externas, é preciso priorizar a participação das entidades que já compõem o CNS,

1912 especialmente as suplentes; os fóruns de segmentos devem avaliar a participação dos
1913 representantes nas comissões; das entidades eleitas: 12 entidades ficaram com seis
1914 comissões, 13 entidades com 7, 3 com 8 comissões e 2 entidades ficaram com 9 comissões.
1915 Além dessas questões, foram apresentadas as seguintes propostas: estabelecer percentual
1916 mínimo de 20% das vagas de cada comissão para entidades que não compõem o CNS –
1917 contrapropostas: percentual mínimo de 20% das vagas de cada comissão, na titularidade, para
1918 entidades não pertencentes ao CNS e percentual mínimo e 20% das vagas de cada comissão,
1919 10% para titulares e 10% para suplentes, para entidades não pertencentes ao CNS; manter
1920 duas coordenações adjuntas em cada comissão; reduzir o número de integrantes da Comissão
1921 Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV – de 34 para 32 integrantes,
1922 considerando a ausência recorrente de integrantes desta comissão; manter a representação do
1923 segmento de trabalhadores na CISTT/CNS; limitar o número de inscrições de cada entidade a
1924 6 comissões; e no caso de ausência do titular das entidades externas, substituir por um
1925 suplente das entidades externas e não no rodízio do coletivo de suplente, a fim garantir maior
1926 participação desses suplentes. **Retorno da mesa.** A partir das falas, conselheiro **André Luiz**
1927 **de Oliveira** pontuou os seguintes aspectos: se aprovada, a proposta de recomposição
1928 necessitaria de ajustes nas coordenações e, no caso da CISTT/CNS, manter um
1929 representante dos segmentos trabalhadores na coordenação; contraproposta - limitar o número
1930 de inscrições de cada entidade a 9 comissões e não a 6; é possível acatar a proposta de, no
1931 caso de ausência do titular das entidades externas, substituir por um suplente das entidades
1932 externas. Conselheira **Priscilla Viégas Barreto de Oliveira** explicou que a proposta de
1933 recomposição visa ampliar as representações e os olhares sobre as temáticas das comissões.
1934 Encaminhando, a mesa colocou em votação as propostas separadamente: **1)** reduzir o número
1935 de integrantes da Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde nos Ciclos de Vida – CIASCV –
1936 de 34 para 32 integrantes. **Deliberação: aprovada por unanimidade. 2) a)** estabelecer
1937 percentual mínimo de 20% das vagas de cada comissão para entidades não pertencentes ao
1938 CNS (como habilitadas para o pleito eleitoral e não eleitas; participantes das comissões
1939 intersetoriais e que não compõem o CNS e demais entidades, de cunho nacional, na
1940 perspectiva da ampliação do diálogo para fora do CNS; ou **b)** debater essa proposta em outro
1941 momento. **Deliberação: a proposta original foi aprovada por maioria. Duas abstenções.**
1942 Sobre a proposta de criar mais um coordenador adjunto, totalizando dois coordenadores,
1943 conselheiro **André Luiz de Oliveira** apelou ao conselheiro Luiz Aníbal Vieira Machado, autor
1944 da proposta, que fosse a aprovada a proposta original, em consonância com o Regimento
1945 Interno do CNS e, posteriormente, na composição das comissões, em julho de 2019, esse
1946 tema fosse retomado para debate e apreciação caso a caso. Atendendo à solicitação, o
1947 conselheiro retirou a proposta. Na sequência, colocou em votação as propostas de divisão do
1948 percentual mínimo de 20% das vagas de cada comissão para entidades não pertencentes ao
1949 CNS: **1)** proposta original – não limitar o estabelecimento de um percentual de no mínimo 20 % das
1950 vagas de cada comissão para entidades não pertencentes ao CNS (como habilitadas para o
1951 pleito eleitoral e não eleitas; participantes das comissões intersetoriais e que não compõem o
1952 CNS e demais entidades, de cunho nacional, na perspectiva da ampliação do diálogo para fora
1953 do CNS); **2)** dividir o percentual de no mínimo 20 % das vagas de cada comissão, sendo 10%
1954 para titular e 10% para suplentes; e **3)** destinar o percentual mínimo de 20% das vagas de cada
1955 comissão, na titularidade. **Deliberação: aprovada a proposta original com a maioria dos**
1956 **votos.** Seguindo, colocou em votação a proposta: no caso de ausência do titular das entidades
1957 externas, substituir por um suplente das entidades externas. **Deliberação: a proposta foi**
1958 **aprovada por maioria com duas abstenções.** Na sequência, submeteu à votação a proposta:
1959 **1)** não limitar o número de inscrições de cada entidade às comissões; e **2)** limitar o número de
1960 inscrições de cada entidade a 9 comissões. **Deliberação: a proposta 2 foi aprovada por**
1961 **unanimidade.** Definidos esses pontos, colocou em votação a proposta para recomposição das
1962 comissões do CNS para a gestão 2018/2021, com os ajustes aprovados. **Deliberação: a**
1963 **proposta foi aprovada por unanimidade.** Em seguida, colocou em votação a proposta de
1964 calendário para recomposição das comissões do CNS para a gestão 2018/2021. **Deliberação:**
1965 **a proposta de calendário foi aprovada por unanimidade.** A proposta de recomposição, com
1966 os ajustes feitos, será enviada aos conselheiros e às conselheiras do CNS com a máxima
1967 brevidade possível tendo em vista o calendário aprovado. **2) Recomendação nº 000, de 12 de**
1968 **abril de 2018.** “O Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no uso de suas
1969 competências regimentais e atribuições conferidas pelo Regimento Interno do CNS e
1970 garantidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro
1971 de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de

1972 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do
1973 Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata; e considerando que a Constituição Federal
1974 de 1988 (CF/1988) prevê a participação dos usuários na administração pública direta e indireta;
1975 considerando que o Art. 198, III da CF/1988 prevê a participação da comunidade como uma
1976 das diretrizes para a organização das ações e serviços públicos de saúde; considerando que a
1977 saúde está ligada a sistemas de proteção social funcionais e sustentáveis, organizados por
1978 meio de políticas de bem-estar e que a CF/1988, em seu Art. 194, parágrafo único, VII, prevê
1979 que a organização da Seguridade Social deverá ser guiada pelo caráter democrático e
1980 descentralizado de sua administração; considerando o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de
1981 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da
1982 administração pública federal direta, autárquica e fundacional; considerando que o Decreto nº
1983 9.759, de 11 de abril de 2019 abrange a extinção dos colegiados instituídos por decreto,
1984 incluídos aqueles mencionado em leis nas quais não conste a indicação de suas competências
1985 ou dos membros que o compõem, ato normativo inferir a decreto e ato de outro colegiado;
1986 considerando que para fins do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019 inclui-se no conceito de
1987 colegiado: conselhos, comitês, comissões, grupos, juntas, equipes, essas, fóruns, salas e
1988 qualquer outra denominação dada ao colegiado; considerando que, de acordo com o Decreto
1989 nº 9.759, de 11 de abril de 2019 as convocações para reuniões de colegiados especificarão o
1990 horário de início e o horário limite de término da reunião e que na hipótese de a duração
1991 máxima da reunião ser superior a duas horas, será especificado um período máximo de duas
1992 horas no qual poderão ocorrer as votações; considerando que a partir do dia 28 de junho de
1993 2019 ficam extintos os colegiados de que trata o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019,
1994 exceto os colegiados previstos no regimento interno ou no estatuto de instituição federal de
1995 ensino e aqueles criados ou alterados por ato publicado a partir de 1º de janeiro de 2019;
1996 considerando que o CNS foi criado em 1937, através da Lei nº 378, com a atribuição de
1997 assessorar o então Ministério da Educação e Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de
1998 Educação e que, durante todos esses anos, as leis de organização da Presidência da
1999 República e seus ministérios mantiveram o CNS na estrutura do Ministério da Saúde, como a
2000 MP nº 870/2019; considerando que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ao dispor sobre
2001 as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o
2002 funcionamento dos serviços correspondentes, determina, em seu Art. 37, que é competência
2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelecer as diretrizes a serem observadas na
2004 elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da
2005 organização dos serviços em cada jurisdição administrativa; considerando que a Lei nº 8.142,
2006 de 28 de dezembro de 1990, dispõe que o CNS, órgão colegiado composto por representantes
2007 do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, em caráter permanente
2008 e deliberativo, atua na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Saúde,
2009 inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo
2010 de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (Art. 2º da
2011 Resolução CNS nº 407, de 12 de setembro de 2008); considerando que a Lei Complementar nº
2012 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para
2013 dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito
2014 Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde e estabelece os critérios de rateio
2015 dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle
2016 das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; considerando que a Lei
2017 Complementar nº 141/2012 estabelece um amplo rol de competências aos Conselhos de
2018 Saúde e, especificamente, ao CNS, entre as quais: a aprovação da metodologia do rateio de
2019 recursos públicos para custeio das ações e serviços de saúde pactuada na Comissão
2020 Intergestores Tripartite – CIT, (Art. 17, §1º, Art. 19º, §1º, Art. 20); a deliberação acerca do
2021 estabelecimento de prioridades na construção dos planos plurianuais, as leis de diretrizes
2022 orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de
2023 saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Art. 30, §4º); e avaliação
2024 quadrimestral do relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no
2025 âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei
2026 Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações
2027 respectivas (Art. 41); e considerando que a Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019,
2028 que estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos
2029 Ministérios, prevê, em seu Art. 48, que integram a estrutura básica do Ministério da Saúde: I - o
2030 Conselho Nacional de Saúde; II - a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no
2031 Sistema Único de Saúde; e III - o Conselho Nacional de Saúde Suplementar. Recomenda: ao

2032 Ministério Público Federal (MPF), especialmente a Procuradoria Federal dos Direitos do
2033 Cidadão (PFDC), ao Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria Geral da União
2034 (CGU), para que atuem: I - Na garantia da manutenção e preservação: 1. Da autonomia, livre
2035 funcionamento e independência dos Colegiados definidos no Decreto nº 9.759, de 11 de abril
2036 de 2019, enquanto instâncias de articulação fundamentais ao exercício do controle social, nas
2037 três esferas de Governo, os quais garantem legitimidade aos atos de governo; 2. Dos
2038 mecanismos de controle e participação social, nas três esferas de Governo; 3. Do
2039 reconhecimento da participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia,
2040 previstas constitucionalmente; e 4. Do direito à informação e à transparência para o efetivo
2041 exercício do controle e participação social, nas três esferas de Governo; e II – No sentido de
2042 buscar a revogação do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, e na republicação do Decreto
2043 nº 8.243, de 23 de maio de 2014.” **Deliberação: a recomendação foi aprovada por**
2044 **unanimidade. 3) Recomendação nº 000, de 12 de abril de 2019.** O texto é o seguinte: “O
2045 Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Sexta Reunião
2046 Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e no uso de suas competências
2047 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº
2048 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;
2049 pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da
2050 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o
2051 que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em especial os artigos
2052 196 a 198; considerando que o Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio da Portaria
2053 nº 263, de 23 de março de 2019, instituiu o grupo de trabalho para avaliar a conveniência e
2054 oportunidade da redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, com participação da
2055 Polícia Federal; da Secretaria Nacional do Consumidor; da Assessoria Especial de Assuntos
2056 Legislativos e de representantes do Ministério da Economia e do Ministério da Saúde;
2057 considerando que o tabagismo é a principal causa evitável de mortes no mundo sendo um
2058 importante fator de risco associado a seis das oito enfermidades que mais vítimas produz,
2059 sendo mundialmente responsável por mais de sete milhões de mortes, estando mais de um
2060 milhão delas localizada na região das Américas; considerando que partir da década de 1950,
2061 diversas evidências científicas internacionais vieram à tona, identificando o uso do tabaco
2062 como um dos principais fatores causadores do câncer e de outras 50 doenças e que no final da
2063 década de 1970, alguns grupos começaram a se preocupar com os malefícios do tabagismo no
2064 Brasil, enfrentando inúmeras pressões da indústria do tabaco, pois havia um consenso de que
2065 fumar era um hábito social; considerando que as primeiras ações de controle partiram de
2066 profissionais de saúde que tomaram conhecimento dos estudos científicos e alertaram a
2067 sociedade em geral e aos órgãos governamentais em diferentes pontos do país, especialmente
2068 nos estados da Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, São Paulo e Rio de Janeiro;
2069 considerando que em 1977, a Associação Nacional do Câncer reuniu, na Associação Paulista
2070 de Medicina, alguns profissionais de saúde preocupados com o problema, de forma a preparar
2071 um roteiro de ações para o controle do tabagismo, surgindo a proposta de criação de uma
2072 comissão nacional que cuidasse do assunto; considerando que, em 1979, a Sociedade
2073 Brasileira de Cancerologia apresentou uma proposta nacional de luta contra o tabagismo,
2074 encampada pela Associação Médica Brasileira (AMB), que se transformou no principal canal de
2075 ação contra o fumo, alertando para os malefícios do fumo, ao estimar a mortalidade causada
2076 pelo tabagismo em cerca de 100 mil óbitos por ano, além da proposta de combatê-lo por meio
2077 da prevenção, através de programas educativos e da promulgação de leis que
2078 regulamentassem o uso de tabaco; considerando ainda, que o Programa Nacional contra o
2079 Fumo do Ministério da Saúde foi estruturado em 1985 com a inserção no Comitê Coordenador
2080 do Controle ao Tabagismo no Brasil (CCCTB), ligado ao Comitê Latino-Americano
2081 Coordenador do Controle do Tabagismo (CLACCTA), que havia sido criado em 1983, sob o
2082 patrocínio da União Internacional Contra o Câncer, trabalhando nos níveis estadual e
2083 municipal, criando capítulos em cada Unidade da Federação com o objetivo de manter um
2084 movimento social de controle do tabagismo; considerando que em julho de 1986, a Lei nº 7.488
2085 regulamentou a publicidade do tabaco e seus derivados e impôs restrições parciais ao seu
2086 consumo, abrindo caminho para ampliar a legislação brasileira sobre o tema, apesar de seu
2087 pequeno impacto inicial; considerando que em 1988, o Ministério da Saúde, em parceria com a
2088 AMB, promoveu a efetivação da proibição total do fumo nos aviões, em todas as viagens em
2089 território nacional, com qualquer duração, fornecendo subsídios técnico-científicos
2090 comprovantes dos malefícios de se fumar nesse meio; considerando que no final da década de
2091 1980, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou a ser responsável por implementar e

2092 coordenar as ações de controle do tabagismo no país, assumindo sua feição mais
2093 governamental e intensificando a difusão de informações sobre esse importante fator de risco
2094 de câncer e outras doenças, dando início ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo;
2095 considerando que desde 1989, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é
2096 articulado pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), onde as
2097 ações educativas passaram a ser desenvolvidas continuamente, em rede de âmbito nacional
2098 pelas secretarias de saúde estaduais e municipais, e contando, algumas vezes, com parceria
2099 de organizações não governamentais, servindo de arcabouço para a internalização no Sistema
2100 Único de Saúde (SUS) e conseqüentemente das medidas do PNCT que cabem ao setor saúde;
2101 considerando que a partir de 1999 essa rede nacional permitiu capacitar milhares de
2102 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, assistentes
2103 sociais e outros, para incluir a abordagem mínima do fumante para cessação do tabagismo nas
2104 suas rotinas de atendimento e a promoção de ambientes livres de fumo nas unidades de
2105 saúde; considerando que, em 1999, foi criada a Comissão Nacional para o Controle do Tabaco
2106 (CNCT), de caráter consultivo, integrada por nove representantes de ministérios do governo e
2107 articulada pelo setor saúde, com o objetivo de subsidiar o Governo do Brasil nas suas decisões
2108 e posicionamentos durante as negociações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
2109 (CQCT), primeiro tratado internacional de saúde pública legalmente vinculante, buscando
2110 soluções globais, negociado sob os auspícios da OMS em 192 países, com ações
2111 multissetoriais e transfronteiriças, para responder à internacionalização da epidemia do
2112 tabagismo; considerando a ratificação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
2113 (CQCT) pelo Brasil, por meio do Decreto nº 5.658/2006, primeiro tratado internacional de saúde
2114 pública, já ratificado por 181 países; considerando que os objetivos principais da CQCT são:
2115 “Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais,
2116 ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco,
2117 proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem
2118 implementadas pelos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira
2119 contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.”;
2120 considerando que de forma geral, as medidas centrais estabelecidas pela CQCT têm os
2121 seguintes enfoques: (I) as reduções da demanda e da oferta de produtos derivados do tabaco e
2122 (II) à regulamentação, da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco, da
2123 embalagem e etiquetagem, do conteúdo e de emissões dos produtos de tabaco com o enfoque
2124 da redução dos danos causados por esses produtos; (III) à educação, comunicação,
2125 treinamento e conscientização do público; (IV) à proibição da publicidade, promoção e
2126 patrocínio dos produtos de tabaco, (V) e à promoção da cessação do tabagismo; (VI) o
2127 combate ao comércio ilícito de produtos de tabaco como forma de recuperar perdas tributárias
2128 e reduzir o acesso dos jovens e da população de baixa renda aos produtos de baixo preço
2129 fornecidos pelo mercado ilegal; (VII) a proibição da venda a menores de idade; (VIII) proteção à
2130 saúde do trabalhador/a e ao meio-ambiente relacionadas à produção de fumo; considerando o
2131 Art. 6º, da CQCT, em que está reconhecido que medidas relacionadas a preços e impostos são
2132 meios eficazes e importantes para que diversos segmentos da população, em particular os
2133 jovens, reduzam o consumo de tabaco; considerando que estudos nacionais e internacionais, e
2134 a própria experiência brasileira, mostram que o aumento de preços e impostos é considerado a
2135 medida mais custo-efetiva para prevenção e redução de consumo de cigarros e que tal medida
2136 está prevista no Art. 6º da CQCT; considerando que o Instituto Nacional do Câncer (INCA)
2137 aponta que um aumento de preços na ordem 10% é capaz de reduzir o consumo de produtos
2138 derivados do tabaco em cerca de 8% em países de baixa e média renda, como o Brasil, e que
2139 o aumento dos preços contribui para estimular os fumantes a deixarem de fumar, assim como
2140 para inibir a iniciação de crianças e adolescentes; considerando que o Art. 15, da CQCT, em
2141 que está reconhecido que a eliminação de todas as formas de comércio ilícito de produtos de
2142 tabaco (como o contrabando, a fabricação ilícita, a falsificação) e a elaboração e a aplicação, a
2143 esse respeito, de uma legislação nacional relacionada e de acordos sub-regionais, regionais e
2144 mundiais são componentes essenciais do controle do tabaco; considerando que a questão
2145 tributária e a questão do contrabando de cigarros devem ser devidamente enfrentadas pelo
2146 poder público e que a ameaça do contrabando não deve inibir a adoção de políticas de saúde
2147 pública para a redução do tabagismo; considerando que todos os produtos de tabaco,
2148 legalizados ou não, causam malefícios à saúde e forte dependência e que, mesmo após os
2149 avanços alcançados, ainda temos no Brasil grande parte da população tabagista e alta
2150 incidência e prevalência de doenças crônicas direta e indiretamente associadas ao tabagismo,
2151 como a doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e hipertensão arterial sistêmica,

2152 consumindo grande parte do orçamento da saúde com condições evitáveis; considerando que,
2153 além disso, outro aspecto essencial para nortear a implementação do CQCT são pesquisas e
2154 cooperação científica e técnica e intercâmbio de informação entre os países com base em
2155 evidências, preocupando-se com às práticas desleais da indústria do tabaco no sentido de
2156 “minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabagismo”, que gerou o compromisso dos
2157 governos em proteger a política ou programa de controle do tabaco das interferências
2158 indevidas da indústria do tabaco e suas afiliadas; considerando que em 2003, o Brasil assinou
2159 junto às Nações Unidas o compromisso da implementação da Convenção-Quadro para o
2160 Controle do Tabaco (CQCT) e da promoção da ratificação da adesão do País a esse tratado
2161 junto ao poder legislativo, fato este que ocorreu em Novembro de 2005 no Congresso Nacional,
2162 por meio do Decreto nº 5.658/2006; considerando que a partir de 2005, o tratamento formal
2163 para cessação do tabagismo passou a ser implantado em unidades de saúde do Sistema Único
2164 de Saúde (SUS), de forma planejada e monitorada, sendo que esse processo colaborou para a
2165 formação de uma massa crítica de profissionais de saúde agora sensibilizados para a questão
2166 da dependência de nicotina, para a necessidade de investigar o status de fumante dos
2167 pacientes nas suas rotinas de atendimento e de oferecer apoio para cessação de fumar;
2168 considerando que um dos mais importantes avanços que o Brasil conquistou nas suas ações
2169 nacionais de controle do tabagismo foi a transformação do Programa Nacional de Combate ao
2170 Tabaco, que era restrito à área de saúde em uma Política de Estado de caráter intersetorial (a
2171 Política Nacional para o Controle do Tabaco), com diversos setores do governo trabalhando
2172 para convergir seus programas e políticas para alcançar os objetivos da CQCT; considerando
2173 que para o enfrentamento do problema do comércio ilícito de tabaco, é fundamental a
2174 implementação no Brasil do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Tabaco, ratificado
2175 pelo país com o Decreto nº 9.516/2018, que prevê a adoção de medidas que envolvem
2176 iniciativas em âmbito nacional, esforços diplomáticos entre países fronteiriços, ações
2177 coordenadas de inteligência e fiscalização, bem como outras iniciativas que visam reduzir o
2178 comércio ilícito de produtos de tabaco; considerando que Decreto nº 9.517/2018 criou o Comitê
2179 para Implementação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco, no
2180 âmbito da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do
2181 Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ), criada pelo Decreto Presidencial de 1º de agosto de
2182 2003; considerando que o Ministério da Justiça e Segurança Pública é membro da CONICQ e
2183 do Comitê para Implementação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do
2184 Tabaco, como se depreende dos respectivos decretos mencionados; considerando que a
2185 Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, aprova a Política de Promoção da Saúde,
2186 que apresenta como uma das ações específicas, “Sistematizar ações educativas e mobilizar
2187 ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que “controle e monitore todos
2188 os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e
2189 emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o
2190 consumidor.”; considerando a Recomendação CNS nº 013, de 6 de outubro de 2011, acerca do
2191 apoio à implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças
2192 Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil até 2022, visando a prevenção e o controle das
2193 DCNT e seus fatores de risco, bem como apoiar os serviços de saúde voltados à esse grupo
2194 de doenças que são o de maior magnitude no país, atingindo especialmente, as populações
2195 em situação de vulnerabilidade, como as de baixa renda e escolaridade; considerando que o
2196 controle do tabagismo faz parte do Plano de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde do
2197 Brasil para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que prevê uma série
2198 de iniciativas para reduzir em 2% ao ano as mortes prematuras por DCNT; considerando que,
2199 em relação ao tabagismo, a meta nacional é reduzir a prevalência de fumantes em diferentes
2200 grupos até 30%, incluindo adolescentes e adultos, com a expectativa de chegar a 2022 tendo
2201 reduzido a frequência de fumantes de 15% para 9% na população adulta; considerando
2202 ademais, que que o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas
2203 Não Transmissíveis (DCNT) apresenta como medida no eixo Promoção da Saúde, o
2204 “Fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos
2205 produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo, conforme
2206 preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que aponta dentre as intervenções
2207 populacionais necessárias, o aumento de imposto e preços sobre os produtos do tabaco como
2208 uma das ações que devem ser executadas imediatamente, para que produzam resultados
2209 acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados, conforme
2210 publicação da International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial
2211 da Saúde (WHO, 2010; IARC, in press); considerando que a Política Nacional de Preços e

2212 Impostos obteve um avanço fundamental com a sanção da Lei nº 12.546/2011, que altera a
2213 sistemática de tributação do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e institui uma
2214 política de preços mínimos para os cigarros (ainda que o preço mínimo de cigarros hoje no
2215 Brasil seja baixo, pois equivale aproximadamente a metade do que é praticado em outros
2216 países; considerando que a alegação do Ministério da Justiça para a redução dos impostos
2217 refere-se à preocupação com a saúde do povo brasileiro que, ao fumar cigarros
2218 contrabandeados, teriam a saúde comprometida, comparado ao consumo dos cigarros
2219 nacionais e que, nesse mesmo sentido, a ANVISA, já editou a Resolução 14/2012 indicando a
2220 retirada de aditivos dos cigarros para assegurar a saúde dos consumidores de cigarros
2221 vendidos legalmente no Brasil; considerando a Agenda 2030 – Objetivos do Desenvolvimento
2222 Sustentável (ODS), a nível global expressa fortalecer a implementação da Convenção-Quadro
2223 para o Controle do Tabaco em todos os países e no Brasil; considerando que no Brasil, foi
2224 adotado um aumento progressivo de impostos entre 2011 e 2016, que resultou em uma queda
2225 significativa da prevalência de fumantes, passando de 14,8% para 10,2%, respectivamente e
2226 que, no entanto, não foi estabelecida uma política fiscal escalonada para os anos
2227 subsequentes; considerando nesse diapasão, que o avanço sistemático do conjunto das
2228 políticas acima listadas no Brasil evidencia os compromissos efetivos com uma sociedade livre
2229 do tabaco, que preza a vida e a saúde da população brasileira, tendo em vista os resultados
2230 apresentados, nas últimas décadas, com melhorias consideráveis dos nossos indicadores em
2231 relação ao tabaco, diminuindo a porcentagem no número da taxa de fumantes ano após ano;
2232 considerando que o custo do tabagismo atinge R\$ 56,9 bilhões por ano no país, o equivalente
2233 a quase 1% do PIB anual e que este custo é cerca de quatro vezes superior ao que se
2234 arrecada com os tributos sobre produtos de tabaco no mesmo período, de forma que adotar
2235 novas políticas fiscais de aumento de impostos federais e estaduais incidentes sobre tabaco
2236 somente trará benefícios sanitários e econômicos em prol dos interesses do país e da
2237 população brasileira; considerando o Decreto Presidencial nº 9761, de 11 de abril de 2019, que
2238 institui a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que dá fim à lógica de redução de danos,
2239 priorizando a abstinência dos usuários e estimulando uma postura mais ostensiva contra
2240 drogas lícitas (tabaco e aditivos), ilícitas e álcool, isto é, visa diminuir o consumo dessas
2241 substâncias ao máximo, explicitando, portanto, mais uma contradição nos projetos e diretrizes
2242 governamentais; e considerando ao final, por lógica, que a redução de impostos sobre o cigarro
2243 é decisão temerária e extremamente problemática para a saúde pública, visto que aumenta o
2244 consumo de cigarros, e conseqüentemente as DCNT e também o impacto direto no SUS,
2245 demonstrando-se ser uma alternativa controversa, desnecessária e polêmica que atende
2246 única e exclusivamente os interesses do lobby da indústria do tabaco. **Recomenda:** Ao
2247 Ministério da Justiça e Segurança Pública: 1) Revogação da Portaria MJSP/GM nº 263/2019
2248 para extinguir o grupo de trabalho, e que todas as autoridades das áreas da saúde, economia e
2249 finanças destes órgãos relacionados ao tema atuem para aumentar os preços e os tributos dos
2250 produtos de tabaco, em suas políticas direta ou indiretamente pertinentes; 2) A efetiva
2251 implementação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Tabaco no país, por meio do
2252 Comitê para Implementação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do
2253 Tabaco.” Sugestões ao texto: incluir “extinção” no item 1, permanecendo: “revogação e
2254 extinção...”; separar o item 1. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade,**
2255 **com acréscimos. 2) Recomendação nº 000, de 12 de abril de 2019.** “O Plenário do
2256 Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Sexta Reunião Ordinária,
2257 realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e no uso de suas competências regimentais e
2258 atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28
2259 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto
2260 nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República
2261 Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o que dispõe a
2262 Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em especial os artigos 196 a 198;
2263 considerando que o Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio da Portaria nº 263, de
2264 23 de março de 2019, instituiu o grupo de trabalho para avaliar a conveniência e oportunidade
2265 da redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, com participação da Polícia Federal;
2266 da Secretaria Nacional do Consumidor; da Assessoria Especial de Assuntos Legislativos e de
2267 representantes do Ministério da Economia e do Ministério da Saúde; considerando que o
2268 tabagismo é a principal causa evitável de mortes no mundo sendo um importante fator de risco
2269 associado a seis das oito enfermidades que mais vítimas produz, sendo mundialmente
2270 responsável por mais de sete milhões de mortes, estando mais de um milhão delas localizada
2271 na região das Américas; considerando que, em 1999, foi criada a Comissão Nacional para o

2272 Controle do Tabaco (CNCT), de caráter consultivo, integrada por nove representantes de
2273 ministérios do governo e articulada pelo setor saúde, com o objetivo de subsidiar o Governo do
2274 Brasil nas suas decisões e posicionamentos durante as negociações da Convenção-Quadro
2275 para o Controle do Tabaco (CQCT), primeiro tratado internacional de saúde pública legalmente
2276 vinculante, buscando soluções globais, negociado sob os auspícios da OMS em 192 países,
2277 com ações multissetoriais e transfronteiriças, para responder à internacionalização da epidemia
2278 do tabagismo; considerando a ratificação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
2279 (CQCT) pelo Brasil, por meio do Decreto nº 5.658/2006, primeiro tratado internacional de saúde
2280 pública, já ratificado por 181 países; considerando que os objetivos principais da CQCT são:
2281 “Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais,
2282 ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco,
2283 proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem
2284 implementadas pelos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira
2285 contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.”;
2286 considerando que de forma geral, as medidas centrais estabelecidas pela CQCT têm os
2287 seguintes enfoques: (I) as reduções da demanda e da oferta de produtos derivados do tabaco e
2288 (II) à regulamentação, da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco, da
2289 embalagem e etiquetagem, do conteúdo e de emissões dos produtos de tabaco com o enfoque
2290 da redução dos danos causados por esses produtos; (III) à educação, comunicação,
2291 treinamento e conscientização do público; (IV) à proibição da publicidade, promoção e
2292 patrocínio dos produtos de tabaco, (V) e à promoção da cessação do tabagismo; (VI) o
2293 combate ao comércio ilícito de produtos de tabaco como forma de recuperar perdas tributárias
2294 e reduzir o acesso dos jovens e da população de baixa renda aos produtos de baixo preço
2295 fornecidos pelo mercado ilegal; (VII) a proibição da venda a menores de idade; (VIII) proteção à
2296 saúde do trabalhador/a e ao meio-ambiente relacionadas à produção de fumo; considerando o
2297 Art. 6º, da CQCT, em que está reconhecido que medidas relacionadas a preços e impostos são
2298 meios eficazes e importantes para que diversos segmentos da população, em particular os
2299 jovens, reduzam o consumo de tabaco; considerando que estudos nacionais e internacionais, e
2300 a própria experiência brasileira, mostram que o aumento de preços e impostos é considerado a
2301 medida mais custo-efetiva para prevenção e redução de consumo de cigarros e que tal medida
2302 está prevista no Art. 6º da CQCT; considerando que o Art. 15, da CQCT, em que está
2303 reconhecido que a eliminação de todas as formas de comércio ilícito de produtos de tabaco
2304 (como o contrabando, a fabricação ilícita, a falsificação) e a elaboração e a aplicação, a esse
2305 respeito, de uma legislação nacional relacionada e de acordos sub-regionais, regionais e
2306 mundiais são componentes essenciais do controle do tabaco; considerando que todos os
2307 produtos de tabaco, legalizados ou não, causam malefícios à saúde e forte dependência e que,
2308 mesmo após os avanços alcançados, ainda temos no Brasil grande parte da população
2309 tabagista e alta incidência e prevalência de doenças crônicas direta e indiretamente associadas
2310 ao tabagismo, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e hipertensão
2311 arterial sistêmica, consumindo grande parte do orçamento da saúde com condições evitáveis;
2312 considerando que, além disso, outro aspecto essencial para nortear a implementação do CQCT
2313 são pesquisas e cooperação científica e técnica e intercâmbio de informação entre os países
2314 com base em evidências, preocupando-se com às práticas desleais da indústria do tabaco no
2315 sentido de “minar ou desvirtuar as atividades de controle do tabagismo”, que gerou o
2316 compromisso dos governos em proteger a política ou programa de controle do tabaco das
2317 interferências indevidas da indústria do tabaco e suas afiliadas; considerando que em 2003, o
2318 Brasil assinou junto às Nações Unidas o compromisso da implementação da Convenção-
2319 Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) e da promoção da ratificação da adesão do País a
2320 esse tratado junto ao poder legislativo, fato este que ocorreu em Novembro de 2005 no
2321 Congresso Nacional, por meio do Decreto nº 5.658/2006; considerando que a partir de 2005, o
2322 tratamento formal para cessação do tabagismo passou a ser implantado em unidades de saúde
2323 do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma planejada e monitorada, sendo que esse
2324 processo colaborou para a formação de uma massa crítica de profissionais de saúde agora
2325 sensibilizados para a questão da dependência de nicotina, para a necessidade de investigar o
2326 status de fumante dos pacientes nas suas rotinas de atendimento e de oferecer apoio para
2327 cessação de fumar; considerando que um dos mais importantes avanços que o Brasil
2328 conquistou nas suas ações nacionais de controle do tabagismo foi a transformação do
2329 Programa Nacional de Combate ao Tabaco, que era restrito à área de saúde em uma Política
2330 de Estado de caráter intersetorial (a Política Nacional para o Controle do Tabaco), com
2331 diversos setores do governo trabalhando para convergir seus programas e políticas para

2332 alcançar os objetivos da CQCT; considerando que a Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março
2333 de 2006, aprova a Política de Promoção da Saúde, que apresenta como uma das ações
2334 específicas, “Sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de
2335 forma a criar um contexto que “controle e monitore todos os aspectos relacionados aos
2336 produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de
2337 comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.”; considerando a
2338 Recomendação CNS nº 013, de 6 de outubro de 2011, acerca do apoio à implementação do
2339 Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis
2340 (DCNT) no Brasil até 2022, visando a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de
2341 risco, bem como apoiar os serviços de saúde voltados à esse grupo de doenças que são o de
2342 maior magnitude no país, atingindo especialmente, as populações mais vulneráveis, como as
2343 de baixa renda e escolaridade; considerando que o controle do tabagismo faz parte do Plano
2344 de Ações Estratégicas do Ministério da Saúde do Brasil para o Enfrentamento das Doenças
2345 Crônicas Não Transmissíveis, que prevê uma série de iniciativas para reduzir em 2% ao ano as
2346 mortes prematuras por DCNT; considerando que, em relação ao tabagismo, a meta nacional é
2347 reduzir a prevalência de fumantes em diferentes grupos até 30%, incluindo adolescentes e
2348 adultos, com a expectativa de chegar a 2022 tendo reduzido a frequência de fumantes de 15%
2349 para 9% na população adulta; considerando ademais, que o Plano de Ações Estratégicas
2350 para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresenta como
2351 medida no eixo Promoção da Saúde, o “Fortalecimento da implementação da política de preços
2352 e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de
2353 reduzir o consumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que
2354 aponta dentre as intervenções populacionais necessárias, o aumento de imposto e preços
2355 sobre os produtos do tabaco como uma das ações que devem ser executadas imediatamente,
2356 para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e
2357 custos altos evitados, conforme publicação da International Agency for Research on Cancer
2358 (IARC), da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010; IARC, in press”); considerando que a
2359 Política Nacional de Preços e Impostos obteve um avanço fundamental com a sanção da
2360 Lei nº 12.546/2011, que altera a sistemática de tributação do Imposto sobre Produtos
2361 Industrializados (IPI) e institui uma política de preços mínimos para os cigarros (ainda que
2362 o preço mínimo de cigarros hoje no Brasil seja baixo, pois equivale aproximadamente a metade
2363 do que é praticado em outros países; considerando a Agenda 2030 – Objetivos do
2364 Desenvolvimento Sustentável (ODS), a nível global expressa fortalecer a implementação da
2365 Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países e no Brasil; considerando
2366 que no Brasil, foi adotado um aumento progressivo de impostos entre 2011 e 2016, que
2367 resultou em uma queda significativa da prevalência de fumantes, passando de 14,8% para
2368 10,2%, respectivamente e que, no entanto, não foi estabelecida uma política fiscal escalonada
2369 para os anos subsequentes; considerando nesse diapasão, que o avanço sistemático do
2370 conjunto das políticas acima listadas no Brasil evidencia os compromissos efetivos com uma
2371 sociedade livre do tabaco, que preza a vida e a saúde da população brasileira, tendo em vista
2372 os resultados apresentados, nas últimas décadas, com melhorias consideráveis dos nossos
2373 indicadores em relação ao tabaco, diminuindo a porcentagem no número da taxa de fumantes
2374 ano após ano; considerando que o custo do tabagismo atinge R\$ 56,9 bilhões por ano no país,
2375 o equivalente a quase 1% do PIB anual e que este custo é cerca de quatro vezes superior ao
2376 que se arrecada com os tributos sobre produtos de tabaco no mesmo período, de forma que
2377 adotar novas políticas fiscais de aumento de impostos federais e estaduais incidentes sobre
2378 tabaco somente trará benefícios sanitários e econômicos em prol dos interesses do país e da
2379 população brasileira; considerando ao final, por lógica, que a redução de impostos sobre o
2380 cigarro é decisão temerária e extremamente problemática para a saúde pública, visto que
2381 aumenta o consumo de cigarros, e conseqüentemente as DCNT e também o impacto direto no
2382 SUS, demonstrando-se ser uma alternativa controversa, desnecessária e polêmica que
2383 atende única e exclusivamente os interesses do lobby da indústria do tabaco; e considerando
2384 que o Conselho Nacional de Saúde já recomendou ao Ministério da Justiça e Segurança
2385 Pública a revogação da Portaria MJSP/GM nº 263/2019 para extinguir o grupo de trabalho, e
2386 que todas as autoridades das áreas da saúde, economia e finanças destes órgãos
2387 relacionados ao tema atuem para aumentar os preços e os tributos dos produtos de tabaco, em
2388 suas políticas direta ou indiretamente pertinentes. Recomenda: ao Secretariado da Convenção
2389 Quadro Contra o Tabaco da Organização Mundial da Saúde, e a Força Tarefa Especial de
2390 Saúde da ONU: 1) Que se posicionem a respeito dos objetivos da Portaria MJSP/GM nº
2391 263/2019 do Brasil, a fim de demonstrar ao grupo de trabalho como a indústria do cigarro tem

2392 interferido sistematicamente de forma cada vez mais perversa nos esforços de governos e
2393 suas políticas públicas de saúde para combater a venda e o consumo de tabaco. **Deliberação:**
2394 **a recomendação foi aprovada por unanimidade. 3) Recomendação nº 000, de 12 de abril**
2395 **de 2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima
2396 Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e no uso de suas
2397 competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de
2398 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de
2399 janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da
2400 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e
2401 considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em
2402 especial os artigos 196 a 198; considerando que o Ministério da Justiça e Segurança Pública,
2403 por meio da Portaria nº 263, de 23 de março de 2019, instituiu o grupo de trabalho para avaliar
2404 a conveniência e oportunidade da redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, com
2405 participação da Polícia Federal; da Secretaria Nacional do Consumidor; da Assessoria Especial
2406 de Assuntos Legislativos e de representantes do Ministério da Economia e do Ministério da
2407 Saúde; considerando que o tabagismo é a principal causa evitável de mortes no mundo sendo
2408 um importante fator de risco associado a seis das oito enfermidades que mais vítimas produz,
2409 sendo mundialmente responsável por mais de sete milhões de mortes, estando mais de um
2410 milhão delas localizada na região das Américas; considerando ainda, que o Programa Nacional
2411 contra o Fumo do Ministério da Saúde foi estruturado em 1985 com a inserção no Comitê
2412 Coordenador do Controle ao Tabagismo no Brasil (CCCTB), ligado ao Comitê Latino-
2413 Americano Coordenador do Controle do Tabagismo (CLACCTA), que havia sido criado em
2414 1983, sob o patrocínio da União Internacional Contra o Câncer, trabalhando nos níveis estadual
2415 e municipal, criando capítulos em cada Unidade da Federação com o objetivo de manter um
2416 movimento social de controle do tabagismo; considerando que no final da década de 1980, o
2417 Instituto Nacional de Câncer (INCA) passou a ser responsável por implementar e coordenar as
2418 ações de controle do tabagismo no país, assumindo sua feição mais governamental e
2419 intensificando a difusão de informações sobre esse importante fator de risco de câncer e outras
2420 doenças, dando início ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo; considerando que
2421 desde 1989, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é articulado pelo
2422 Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), onde as ações educativas
2423 passaram a ser desenvolvidas continuamente, em rede de âmbito nacional pelas secretarias de
2424 saúde estaduais e municipais, e contando, algumas vezes, com parceria de organizações não
2425 governamentais, servindo de arcabouço para a internalização no Sistema Único de Saúde
2426 (SUS) e consequentemente das medidas do PNCT que cabem ao setor saúde; considerando a
2427 ratificação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) pelo Brasil, por meio do
2428 Decreto nº 5.658/2006, primeiro tratado internacional de saúde pública, já ratificado por 181
2429 países; considerando que os objetivos principais da CQCT são: “Proteger as gerações
2430 presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e
2431 econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma
2432 referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelos níveis
2433 nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a
2434 prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco.”; considerando que o Instituto
2435 Nacional do Câncer (INCA) aponta que um aumento de preços na ordem 10% é capaz de
2436 reduzir o consumo de produtos derivados do tabaco em cerca de 8% em países de baixa e
2437 média renda, como o Brasil, e que o aumento dos preços contribui para estimular os fumantes
2438 a deixarem de fumar, assim como para inibir a iniciação de crianças e adolescentes;
2439 considerando que a questão tributária e a questão do contrabando de cigarros devem ser
2440 devidamente enfrentadas pelo poder público e que a ameaça do contrabando não deve inibir a
2441 adoção de políticas de saúde pública para a redução do tabagismo; considerando que todos os
2442 produtos de tabaco, legalizados ou não, causam malefícios à saúde e forte dependência e que,
2443 mesmo após os avanços alcançados, ainda temos no Brasil grande parte da população
2444 tabagista e alta incidência e prevalência de doenças crônicas direta e indiretamente associadas
2445 ao tabagismo, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer de pulmão e hipertensão
2446 arterial sistêmica, consumindo grande parte do orçamento da saúde com condições evitáveis;
2447 considerando que a Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, aprova a Política de
2448 Promoção da Saúde, que apresenta como uma das ações específicas, “Sistematizar ações
2449 educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que
2450 “controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados,
2451 desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de

2452 suas características para o consumidor.”; considerando a Recomendação CNS nº 013, de 6 de
2453 outubro de 2011, acerca do apoio à implementação do Plano de Ações Estratégicas para o
2454 Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil até 2022, visando
2455 a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, bem como apoiar os serviços de
2456 saúde voltados à esse grupo de doenças que são o de maior magnitude no país, atingindo
2457 especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade;
2458 considerando que o controle do tabagismo faz parte do Plano de Ações Estratégicas do
2459 Ministério da Saúde do Brasil para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não
2460 Transmissíveis, que prevê uma série de iniciativas para reduzir em 2% ao ano as mortes
2461 prematuras por DCNT; considerando que, em relação ao tabagismo, a meta nacional é reduzir
2462 a prevalência de fumantes em diferentes grupos até 30%, incluindo adolescentes e adultos,
2463 com a expectativa de chegar a 2022 tendo reduzido a frequência de fumantes de 15% para 9%
2464 na população adulta; considerando ademais, que o Plano de Ações Estratégicas para o
2465 Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresenta como medida no
2466 eixo Promoção da Saúde, o “Fortalecimento da implementação da política de preços e de
2467 aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o
2468 consumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que aponta
2469 dentre as intervenções populacionais necessárias, o aumento de imposto e preços sobre os
2470 produtos do tabaco como uma das ações que devem ser executadas imediatamente, para que
2471 produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos
2472 altos evitados, conforme publicação da International Agency for Research on Câncer (IARC),
2473 da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010; IARC, in press)”; considerando a Agenda
2474 2030 – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a nível global expressa fortalecer a
2475 implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países e no
2476 Brasil; considerando nesse diapasão, que o avanço sistemático do conjunto das políticas acima
2477 listadas no Brasil evidencia os compromissos efetivos com uma sociedade livre do tabaco, que
2478 preza a vida e a saúde da população brasileira, tendo em vista os resultados apresentados,
2479 nas últimas décadas, com melhorias consideráveis dos nossos indicadores em relação ao
2480 tabaco, diminuindo a porcentagem no número da taxa de fumantes ano após ano;
2481 considerando ao final, por lógica, que a redução de impostos sobre o cigarro é decisão
2482 temerária e extremamente problemática para a saúde pública, visto que aumenta o consumo
2483 de cigarros, e conseqüentemente as DCNT e também o impacto direto no SUS, demonstrando-
2484 se ser uma alternativa controversa, desnecessária e polêmica que atende única e
2485 exclusivamente os interesses do lobby da indústria do tabaco; considerando que o Conselho
2486 Nacional de Saúde já recomendou ao Ministério da Justiça e Segurança Pública a revogação
2487 da Portaria MJSP/GM nº 263/2019 para extinguir o grupo de trabalho, e que todas as
2488 autoridades das áreas da saúde, economia e finanças destes órgãos relacionados ao tema
2489 atuem para aumentar os preços e os tributos dos produtos de tabaco, em suas políticas direta
2490 ou indiretamente pertinentes; e considerando que também já recomendou ao Secretariado da
2491 Convenção Quadro Contra o Tabaco da Organização Mundial da Saúde, e a Força Tarefa
2492 Especial de Saúde da ONU que se posicionem a respeito dos objetivos da Portaria MJSP/GM
2493 nº 263/2019 do Brasil, a fim de demonstrar ao grupo de trabalho como a indústria do cigarro
2494 tem interferido sistematicamente de forma cada vez mais perversa nos esforços de governos e
2495 suas políticas públicas de saúde para combater a venda e o consumo de tabaco. **Recomenda:**
2496 ao Ministério da Saúde que assuma a centralidade e o merecido protagonismo no debate sobre
2497 a ampliação das políticas públicas de saúde de cessação do tabagismo, além de aprofundar as
2498 discussões sobre os resultados positivos e exitosos de controle, regulação, prevenção e
2499 conscientização acerca dos inúmeros malefícios para a saúde pública do tabaco em nosso
2500 país. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 4) Recomendação nº**
2501 **000, de 12 de abril de 2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
2502 Trecentésima Décima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e
2503 no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
2504 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
2505 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
2506 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
2507 correlata; e considerando o princípio do livre exercício profissional, estabelecido no Art.5º Inciso
2508 XIII da Constituição Federal de 1988; considerando o Decreto Presidencial nº 5.753, de 12 de
2509 abril de 2006, que referenda a Acupuntura como patrimônio cultural intangível da humanidade
2510 pela UNESCO, em 17 de outubro de 2003; considerando a Portaria MS nº 971, de 3 de maio
2511 de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

2512 no Sistema Único de Saúde (SUS); considerando as recomendações do CNS nº 027, de 15 de
2513 outubro de 2009 e nº 010, de 11 de agosto de 2011; considerando o que preconiza a Política
2514 Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada pelo Conselho Nacional de
2515 Saúde, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e implementada pelo Ministério da
2516 Saúde, que prevê a utilização multiprofissional da Medicina Tradicional Chinesa, no que
2517 concerne à Acupuntura; considerando que o CNS, ente de efetivo controle social no âmbito da
2518 saúde, foi convidado e participou de Audiência Pública na Comissão de Constituição Justiça e
2519 Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados, convocada pelo então Deputado Federal
2520 Ronaldo Fonseca, em 30 de agosto de 2017, ficou clara a necessidade de regulamentação da
2521 Acupuntura no Brasil, pela grande maioria dos Conselhos Profissionais de Saúde ali presentes,
2522 pelo Conselho de Autoregulamentação de Acupuntura de Minas Gerais (CRAENMG), pela
2523 Sociedade Brasileira de Acupunturistas (SBA) e pela Federação de Acupunturistas do Brasil
2524 (FEBRASA); considerando que a Justiça Federal entendeu, outrossim, que não existem
2525 razões, nem quanto à competência, nem quanto à formação, que impeçam algum profissional
2526 de exercer a Acupuntura, consoante dispõe o Art. 5º, inciso XIII, da Constituição Federal;
2527 considerando que as atribuições do profissional Acupunturista/Acupuntor encontram-se
2528 detalhadas no Código Brasileiro de Ocupação; considerando a importância dessa matéria, já
2529 que existem várias propostas para que se efetive a regulação do exercício profissional da
2530 Acupuntura no Poder Legislativo brasileiro; e considerando a necessidade da regulamentação
2531 da matéria para evitar as divergências sobre o seu exercício profissional e sua prática, de
2532 modo a permitir a fiscalização e o controle mais adequado por parte da sociedade e do Estado
2533 brasileiro. **Recomenda: 1)** Aos gestores e prestadores de serviços de saúde, com o devido
2534 reforço do CONASS e do CONASEMS, que ao implementar políticas ou programas de saúde
2535 referentes às práticas integrativas e complementares, em especial, com a oferta de ações e
2536 serviços de acupuntura que procedam a contratação para esta e as demais práticas
2537 integrativas e complementares em saúde de forma multiprofissional em todos os níveis de
2538 assistência de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e
2539 complementares no Sistema Único de Saúde. **2)** Aos Conselhos de Saúde, Estaduais,
2540 Municipais e do Distrito Federal, a atenção e providências cabíveis para o cumprimento desta
2541 recomendação em consonância com a referida política nacional em especial ao que tange a
2542 Acupuntura resguardando o direito do usuário da saúde de acesso a este serviço. **3)** Ao
2543 Congresso Nacional, que priorize, em sua agenda e em regime de urgência, através de acordo
2544 de lideranças a apreciação e deliberação dos Projetos de Lei da Câmara dos Deputados e do
2545 Senado Federal, como: PL 1549/2003; PL nº 531/2019; e, no Senado Federal, o PLS nº 254.
2546 **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 5) Recomendação nº 000,**
2547 **de 12 de abril de 2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
2548 Trecentésima Décima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e
2549 no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
2550 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
2551 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
2552 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
2553 correlata; e considerando que a Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é direito
2554 de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a
2555 redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e
2556 serviços para sua promoção, proteção e recuperação; considerando que a ordenação da
2557 formação de recursos humanos na área da saúde é competência do Sistema Único de Saúde
2558 (SUS), conforme disposto no Art. 200 da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990;
2559 considerando que o Projeto de Lei nº 6126, apresentado em 20 de agosto de 2013 (PL nº
2560 6126/2013), com vistas a alterar a Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, voltou a tramitar na
2561 Câmara dos Deputados depois de ter sido retirado de pauta em 2013 e devolvido pelo Relator,
2562 sem Manifestação, em 2016; considerando que o PL nº 6.126/2013 apresenta graves prejuízos
2563 à atuação da equipe multiprofissional de saúde nos âmbitos do sistema único de saúde, com
2564 perda de qualidade dos serviços; considerando os prejuízos que serão causados ao
2565 atendimento dos usuários nos vários níveis de complexidade; considerando o princípio do livre
2566 exercício profissional, estabelecido no Art.5º Inciso XIII da Constituição Federal de 1988 e a
2567 legislação existente e os instrumentos normativos que regulamentam a atuação e o exercício
2568 de cada profissão de saúde; e considerando que a formação para o SUS deve pautar-se nas
2569 necessidades de saúde das pessoas, no respeito à garantia de direitos e na dignidade humana
2570 e que, para tanto, requer uma formação inter e multiprofissional, humanista, técnica, científica e
2571 de ordem prática presencial, permeada pela integração ensino, serviço, comunidade,

2572 experienciando a diversidade de cenários/espços de vivências e práticas; e considerando que
2573 o PL nº 6.126/2013 foi alvo de inúmeras críticas de toda a sociedade civil, já que propõe um
2574 retrocesso aos avanços já alcançados na ação das equipes multidisciplinares por centralizar a
2575 categoria médica em diversos procedimentos como o diagnósticos de doenças, assistência
2576 ventilatória mecânica ao paciente, biópsias e citologia, procedimentos invasivos, bem como na
2577 direção e chefia das unidades de saúde, o que cria disparidades reforça desigualdades já
2578 existentes. **Recomenda ao** presidente da Câmara dos Deputados que, em razão dos motivos
2579 dispostos nesta recomendação, archive o PL nº 6.126/2013, com vistas à garantia de melhores
2580 ações e serviços de saúde, objetivando a valorização das equipes multidisciplinares e
2581 interprofissionais e da garantia do Direito Humano à saúde. **Deliberação: a recomendação foi**
2582 **aprovada por unanimidade. 6)** Minuta da Comissão de Promoção, Proteção à Saúde e
2583 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Recomendação nº 000, de 12 de abril de**
2584 **2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Sexta
2585 Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e no uso de suas competências
2586 regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº
2587 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012;
2588 pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da
2589 República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o
2590 princípio do livre exercício profissional, estabelecido no Art.5º Inciso XIII da Constituição
2591 Federal de 1988; considerando o Decreto Presidencial nº 5.753, de 12 de abril de 2006, que
2592 referenda a Acupuntura como patrimônio cultural intangível da humanidade pela UNESCO, em
2593 17 de outubro de 2003; considerando a Portaria MS nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova
2594 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de
2595 Saúde (SUS); considerando as recomendações do CNS nº 027, de 15 de outubro de 2009 e nº
2596 010, de 11 de agosto de 2011; considerando o que preconiza a Política Nacional de Práticas
2597 Integrativas e Complementares, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, pactuada na
2598 Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e implementada pelo Ministério da Saúde, que prevê a
2599 utilização multiprofissional da Medicina Tradicional Chinesa, no que concerne à Acupuntura;
2600 considerando que o CNS, ente de efetivo controle social no âmbito da saúde, foi convidado e
2601 participou de Audiência Pública na Comissão de Constituição Justiça e Cidadania (CCJC) da
2602 Câmara dos Deputados, convocada pelo então Deputado Federal Ronaldo Fonseca, em 30 de
2603 agosto de 2017, ficou clara a necessidade de regulamentação da Acupuntura no Brasil, pela
2604 grande maioria dos Conselhos Profissionais de Saúde ali presentes, pelo Conselho de
2605 Autoregulamentação de Acupuntura de Minas Gerais (CRAENMG), pela Sociedade Brasileira
2606 de Acupunturistas (SBA) e pela Federação de Acupunturistas do Brasil (FEBRASA);
2607 considerando que a Justiça Federal entendeu, outrossim, que não existem razões, nem quanto
2608 à competência, nem quanto à formação, que impeçam algum profissional de exercer a
2609 Acupuntura, consoante dispõe o Art. 5º, inciso XIII, da Constituição Federal; considerando que
2610 as atribuições do profissional Acupunturista/Acupuntor encontram-se detalhadas no Código
2611 Brasileiro de Ocupação; considerando a importância dessa matéria, já que existem várias
2612 propostas para que se efetive a regulação do exercício profissional da Acupuntura no Poder
2613 Legislativo brasileiro; e considerando a necessidade da regulamentação da matéria para evitar
2614 as divergências sobre o seu exercício profissional e sua prática, de modo a permitir a
2615 fiscalização e o controle mais adequado por parte da sociedade e do Estado brasileiro.
2616 **Recomenda:** 1) Aos gestores e prestadores de serviços de saúde, com o devido reforço do
2617 CONASS e do CONASEMS, que ao implementar políticas ou programas de saúde referentes
2618 às práticas integrativas e complementares, em especial, com a oferta de ações e serviços de
2619 acupuntura que procedam a contratação para esta e as demais práticas integrativas e
2620 complementares em saúde de forma multiprofissional em todos os níveis de assistência de
2621 acordo com o preconizado pela Política Nacional de Práticas integrativas e complementares no
2622 Sistema Único de Saúde. 2) Aos Conselhos de Saúde, Estaduais, Municipais e do Distrito
2623 Federal, a atenção e providências cabíveis para o cumprimento desta recomendação em
2624 consonância com a referida política nacional em especial ao que tange a Acupuntura
2625 resguardando o direito do usuário da saúde de acesso a este serviço. 3) Ao Congresso
2626 Nacional, que priorize, em sua agenda e em regime de urgência, através de acordo de
2627 lideranças a apreciação e deliberação dos Projetos de Lei da Câmara dos Deputados e do
2628 Senado Federal, como: PL 1549/2003; PL nº 531/2019; e, no Senado Federal, o PLS nº 254.
2629 **Deliberação: a recomendação foi aprovada com uma abstenção. 7) Comissão**
2630 **Intersetorial de Saúde Mental. Recomendação nº 000, de 12 de abril de 2019.**
2631 **Recomendação nº 000, de 12 de abril de 2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde

2632 (CNS), em sua Trecentésima Décima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de
2633 abril de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº
2634 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei
2635 Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de
2636 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da
2637 legislação brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da
2638 República Federativa do Brasil, em especial os artigos 196 a 198; considerando que o Governo
2639 Federal promulgou o Decreto nº 9.761, em 11 de abril de 2019, que aprova a nova Política
2640 Nacional sobre Drogas, que referencia a Comunidade Terapêutica como *lócus* de tratamento
2641 bem como o fim da Política de Redução de Danos; considerando que não há mais espaço na
2642 nossa sociedade para tratar agravos à saúde mental como impeditivo para o exercício da
2643 cidadania; considerando que não se pode retroceder nos avanços obtidos pela Lei da Reforma
2644 Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial pautados pela Carta de Bauru; considerando que as
2645 atuais alterações na Política Nacional sobre Drogas são danosas ao desenvolvimento histórico
2646 de um modelo de atenção; considerando que as alterações propostas reorientam a política
2647 sobre drogas para a alienação e asilamento, retirando direitos das pessoas impedindo sua
2648 participação social, ampliando seu sofrimento; considerando que a nova política tem como eixo
2649 o modelo de abstinência e de comunidades terapêuticas em detrimento da política de redução
2650 de danos e a atenção nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPs-AD);
2651 considerando que o financiamento da Comunidade Terapêutica esfacela a Rede de Atenção
2652 Psicossocial (RAPs), sucateia o CAPs e evidencia o tratamento asilar; considerando que as
2653 Comunidades Terapêuticas não produzem saúde, atua a partir de privação de liberdade, do
2654 isolamento humano do usuário, promove a violação de direitos humanos, contribui para a
2655 lógica manicomial e impede a socialização das pessoas que fazem uso abusivo de drogas;
2656 considerando que o Ministério da Justiça e Segurança Pública, por meio da Portaria nº 263, de
2657 23 de março de 2019, instituiu o grupo de trabalho para avaliar a conveniência e oportunidade
2658 da redução da tributação de cigarros fabricados no Brasil, com participação da Polícia Federal;
2659 da Secretaria Nacional do Consumidor; da Assessoria Especial de Assuntos Legislativos e de
2660 representantes do Ministério da Economia e do Ministério da Saúde; considerando que a
2661 diminuição do imposto sobre droga lícita em detrimento dos riscos à saúde entra em
2662 contradição com a finalização da política de redução de danos; considerando que o Pleno do
2663 CNS, em reunião ocorrida no dia 12 de abril de 2019, aprovou a não participação de seus
2664 membros neste grupo de trabalho; considerando que o modelo asilar oferecido pelas
2665 comunidades terapêuticas tem eficácia inferior no tratamento dos problemas relacionados ao
2666 uso de álcool e outras drogas no comparativo com o modelo ambulatorial ofertado pelo
2667 Sistema Único de Saúde (SUS) nos CAPs-AD; considerando que as inspeções realizadas pelo
2668 Conselho Federal de Psicologia (CFP), Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC)
2669 do Ministério Público Federal e Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
2670 (MNPCT) comprovaram que nas Comunidades Terapêuticas como um local onde ocorrem
2671 violações de direitos humanos que contribuem para o agravamento no tratamento;
2672 considerando que as comunidades terapêuticas realizam uma prestação de serviço em regime
2673 de internação fechada, o que as obriga a se submeter às exigências da Lei nº 10.216, de 6 de
2674 abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), e impossibilita o ingresso das mesmas no Cadastro
2675 Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); considerando que a Resolução nº 01/2018,
2676 editada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), fere a garantia dos
2677 direitos dos usuários do SUS, quando prioriza investimentos públicos em organizações da
2678 sociedade civil denominadas de comunidades terapêuticas; considerando que a ampliação do
2679 financiamento das instituições de caráter asilar, em detrimento ao baixo investimento nos
2680 serviços públicos, entre eles os CAPS-AD, as Unidades de Acolhimento Transitórias e as
2681 Residências Terapêuticas, demonstra um efetivo retrocesso do atendimento de base territorial
2682 e humanizado, uma das grandes conquistas do movimento antimanicomial; considerando que
2683 nas vitórias realizadas em 2017 notou-se que a privação de liberdade é a regra que sustenta
2684 esse modelo de atenção, visto ocorrer não apenas nos estabelecimentos que autodeclararam
2685 realizar internação involuntária e compulsória, mas também naqueles que anunciam atender
2686 somente internações voluntárias; considerado que além da privação da liberdade entre as
2687 Comunidades Terapêuticas vistoriadas detectou-se que não há uma política ativa de
2688 informação e transparência que permita à pessoa internada uma tomada de decisão autônoma
2689 e soberana acerca da cessação do tratamento; considerando que diante de tantas violações e
2690 descumprimento das legislações vigentes é preocupante o volume de recursos previstos para
2691 as Comunidades Terapêuticas nos âmbitos municipais, estaduais e federal, além da inclusão

2692 de tais instituições no rol de entidades que prestam serviços ao poder público; considerando
2693 que a destinação de recursos públicos exige a fiscalização e acompanhamento das práticas
2694 desenvolvidas pelo beneficiário dos recursos, o que não foi identificado nas vistorias realizadas
2695 em 2017 nas Comunidades Terapêuticas; considerando que os dados coletados pela inspeção
2696 nacional em Comunidades Terapêuticas apontam que o financiamento indiscriminado de
2697 instituições dessa natureza acaba por resultar na destinação de recursos públicos a locais
2698 onde há violações de direitos; considerando que a Política Nacional Sobre Drogas é legitimada
2699 como fruto de amplo debate nacional, mantendo-se atual em termos técnicos e científicos
2700 próprios de um Estado laico, cuja gestão financeira conta com a participação de conselhos
2701 estaduais e municipais de Saúde; considerando que Política Nacional Sobre Drogas e a
2702 Redução de Danos são políticas aprovadas democraticamente, privilegiando a fundamentação
2703 científica para subsidiar as diretrizes nacionais para prevenção, assistência, tratamento,
2704 repressão, redução de riscos sociais à saúde; considerando que a Redução de Danos é
2705 política aprovada para ação integral a usuários de álcool e outras drogas pelo Ministério da
2706 Saúde desde 2003; considerando que a Nova Política de Saúde Mental é uma tentativa de
2707 desconfigurar a Política Nacional sobre Drogas, cujas diretrizes se apoiam na Constituição
2708 Federal e na Lei da Reforma Psiquiátrica, impondo uma política com viés personalista,
2709 proibicionista e que viola direitos humanos fundamentais, sem fundamentação científica
2710 fidedigna e sem debate amplo com gestores e sociedade civil; e considerando que o Conselho
2711 Nacional de Saúde não foi ouvido para a efetivação desta política. **Recomenda ao** Ministério
2712 Público Federal (MPF) que atue no sentido de contornar os retrocessos no campo da
2713 Política Nacional sobre Drogas, pleiteando a revogação do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de
2714 2019, promovendo amplo debate com a sociedade civil organizada em torno da reconstrução
2715 da Política Nacional sobre Drogas conforme previa o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de
2716 2002. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade. 8) Recomendação nº**
2717 **000, de 12 de abril de 2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua
2718 Trecentésima Décima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e
2719 no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de
2720 setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº
2721 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as
2722 disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira
2723 correlata; e considerando que a ordenação da formação de recursos humanos na área da
2724 saúde é competência do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme disposto no Art. 200, III da
2725 Constituição Federal de 1988; considerando que o Conselho Nacional de Saúde é uma
2726 instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de governo, integrante
2727 da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do
2728 Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas pela
2729 Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; considerando que os Conselhos de Saúde são
2730 espaços instituídos para o exercício da democracia participativa com a atuação da comunidade
2731 nas políticas públicas e na administração da saúde (Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de
2732 2012, primeira diretriz); considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o
2733 Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) com a finalidade de formar recursos humanos
2734 na área médica para o SUS; considerando a portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 8 de
2735 julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do PMMB; considerando a pesquisa
2736 Demografia Médica 2018, realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São
2737 Paulo, que aponta, entre seus dados, que em 2010 havia no Brasil 1,91 médico para cada
2738 grupo de mil habitantes, número que atingiu 2,18 médicos em 2018, uma proporção ainda bem
2739 abaixo dos países desenvolvidos e com melhores índices sanitários; considerando que mesmo
2740 que haja alteração importante no quadro demográfico dos médicos, ainda há uma carência
2741 enorme desses profissionais em praticamente todas as regiões do país, obrigado a competir,
2742 em condições bastante desiguais, com aqueles que operam na lógica de mercado;
2743 considerando estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (Ipea), segundo o qual
2744 58,1% dos 2.773 entrevistados disseram que a falta de médicos é um dos principais problemas
2745 do SUS; considerando que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a ausência de
2746 cobertura assistencial médica no Brasil é apontada como crítica; considerando a 198ª Reunião
2747 Ordinária da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do CNS
2748 (CIRHRT/CNS), ocorrida em 02/04/2019, com a presença da Secretaria de Gestão, Trabalho e
2749 Educação na Saúde (SEGTES/MS) com a pauta “Roda de Conversa: Programa Mais Médicos
2750 para o Brasil: situação atual e perspectivas”, onde foi manifestada a suspensão de abertura de
2751 edital para as áreas de Perfil 1, 2 e 3 (descritas no edital nº 18, de 19 de novembro de 2018,

adesão de médicos ao programa de provisão de médicos do Ministério da Saúde - Projeto Mais Médicos para o Brasil); e considerando a necessidade ainda premente de promover incentivos à permanência e de garantir uma maior retaguarda científica e operacional destes profissionais de saúde nos vazios assistenciais das áreas de Perfil 1, 2 e 3. Recomenda ao Ministério da Saúde: 1) Que garanta o provimento das Áreas do Perfil 1, 2 e 3 do PMMB; 2) Que os novos editais contemplem profissionais formados no exterior, caso profissionais brasileiros não preencham a totalidade das vagas; e 3) Que promovam a renovação de contrato para profissionais do PMMB que queiram permanecer no referido Programa. Proposta de inclusão: que o MS continue com o compromisso de preencher as vagas onde permanecerem os vazios assistenciais. **Deliberação:** a recomendação foi aprovada com uma abstenção. Conselheiro **Neilton Araújo de Oliveira** declarou que se absteve da votação porque o Ministério da Saúde ainda estava estudando o tema. **9) Moção de Repúdio nº 000, de 12 de abril de 2019.** O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Trecentésima Décima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019, e no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006; cumprindo as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, da legislação brasileira correlata; e considerando o que dispõe a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, em especial os seus artigos **196 a 198**; considerando a ação do Exército em Guadalupe, zona oeste do Rio de Janeiro, no dia 7 de abril de 2019, quando militares assassinaram por fuzilamento o músico Evaldo Rosa dos Santos, de 51 anos, ao dispararem 80 tiros no carro em que estava sua família (estavam presentes: sua mulher, o filho de sete anos, uma amiga da família e o sogro); considerando que o Comando Militar do Leste (CML), inicialmente emitiu uma nota dizendo que os agentes tinham respondido a uma “injusta agressão” de criminosos, e somente após as repercussões midiáticas e diante das denúncias dos moradores e das testemunhas que acompanharam os disparos, dez dos doze oficiais envolvidos na ação foram presos pelo Exército; considerando que a mudança legislativa que ampliou a jurisdição da justiça militar (Lei nº 13.491 de 2017), transferiu para o Tribunal de Justiça Militar a competência para as investigações de homicídios cometidos por membros das Forças Armadas em operações ou em serviço como a de Guadalupe, onde qualquer julgamento é realizado perante um tribunal composto por quatro oficiais militares e apenas um juiz civil; considerando que a *Human Rights Watch*, entidade internacional de direitos humanos, divulgou declaração condenando a ação do Exército no Rio de Janeiro e cobrando investigação “imparcial e rigorosa”, bem como criticando o fato de que as investigações e julgamentos de militares serem conduzidos pelos próprios militares, o que contraria normas internacionais, cujo teor indicam que “execuções extrajudiciais e outras graves violações de direitos humanos cometidas por militares das Forças Armadas devem ser investigadas por autoridades civis e julgadas em tribunais civis”; considerando que, segundo especialistas em segurança pública, esse tipo de tragédia acontece, em grande medida pela existência de estímulo promovido por políticos, autoridades e governantes, a reagir e atirar antes de perguntar, com aversão aos direitos humanos, flexibilizando e incentivando agentes a utilizarem a força de forma excessiva e letal; considerando que o problema em questão não se refere apenas à punição de militares que mataram inocentes, sobretudo porque a licença para matar não pode ser justificada, ainda que houvesse criminosos no carro, que, em respeito à nossa legislação penal deveriam ser presos e conduzidos a julgamento, se assim o fosse; considerando que este acontecimento não é uma exceção e faz parte de uma política de extermínio da população negra pelos aparatos do poder, em suas dimensões jurídico-política e midiática hegemônica em nosso país; e considerando a visível, predatória e desumana necropolítica aplicada pelo Estado Brasileiro aos seus cidadãos construídos como inimigos públicos, em especial, à população negra. Vem a público: externar forte repúdio a ação penal seletiva e, portanto, racista, despreparada e desumana dos oficiais que, atuando na guarnição de Guadalupe, no Rio de Janeiro, dispararam 80 tiros no carro em que estava a família do músico Evaldo Rosa dos Santos, brutalmente assassinado à luz do dia.” Sugestões: excluir o termo “despreparada”; incluir considerando sobre o racismo estrutural; incluir item “fortalecer os movimentos da sociedade que exigem das autoridades que tais atos sejam investigados e que não se repitam”. **Deliberação: a moção de repúdio foi aprovada, por unanimidade, com acréscimos ao texto.** **10) Encaminhamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI/CNS: retomar o Grupo de Trabalho da CISI para apurar as denúncias que chegaram à Comissão, com objetivo de verificar as condições de saúde das comunidades da região do Vale do Javari.**

2812 Tarefas do GT: atualizar as informações, verificar problemas, dialogar com a SESAI para
2813 subsidiar o GT e organizar visita técnica no Vale do Javari (Previsão de data: após 6ª CNSI).
2814 Composição do GT: Haroldo Jorge de Carvalho Pontes (CONASS), Valdenir Andrade França
2815 (COIAB), Eron Soares Carvalho Rocha (ABEN) e Vânia Lúcia Ferreira Leite (CNBB).
2816 **Deliberação: aprovada a proposta de retomar o Grupo de Trabalho da CISI/CNS. 11)** A
2817 representante da Coordenação de Plenária de Conselhos de Saúde, **Laciana Farias de**
2818 **Lacerda**, fez um informe sobre reunião da Plenária de Conselhos, no dia 29 de março de
2819 2019, que contou com a participação da Mesa Diretora do CNS, com destaque para os
2820 seguintes aspectos: 2.553 conferências municipais realizadas/agendadas (dificuldade para
2821 obtenção de informações); e realização de pré-conferências. No mais, informou ao Pleno a
2822 proposição de PDL que susta os efeitos do Decreto nº. 9.659/2019. A esse respeito, foi
2823 destacada a necessidade de dar publicidade à recomendação sobre o tema, aprovada pelo
2824 CNS; e estreitar relações com os conselhos em questão e apoiá-los. Para conhecimento. Não
2825 houve deliberação. Agradecimentos ao conselheiro **Geordeci Menezes** e conselheira **Maria**
2826 **Laura Bicca** que não mais acompanham o trabalho da Plenária representando o CNS.
2827 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, conselheira **Elaine Junger Pelaez**, da Mesa
2828 Diretora do CNS, encerrou os trabalhos da 316ª Reunião Ordinária do CNS. Estiveram
2829 presentes os seguintes conselheiros e conselheiras: *Titulares* - **André Luiz de Oliveira**,
2830 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB; **Artur Custódio Moreira de Sousa**,
2831 Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; **Eduardo**
2832 **Maércio Fróes**, Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – ABRALE; **Gerídice Lorna**
2833 **Andrade de Moraes**, Associação Brasileira de Alzheimer e Doenças Similares – ABRAZ;
2834 **Joana Batista Oliveira Lopes**, Federação Nacional dos Odontologistas – FNO; **José Araújo**
2835 **da Silva**, Pastoral da Pessoa Idosa – PPI; **Jupiara Gonçalves Castro**, Federação de
2836 Sindicatos de Trabalhadores Técnicos-Administrativos das Instituições de Ensino Superior
2837 Pública do Brasil – FASUBRA; **Lais Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de Ensino
2838 em Fisioterapia – ABENFISIO; **Lenir dos Santos**, Federação Brasileira das Associações de
2839 Síndrome de Down – FBASD; **Luiz Aníbal Vieira Machado**, Nova Central Sindical de
2840 Trabalhadores – NCST; **Marisa Furia Silva**, Associação Brasileira de Autismo – ABRA;
2841 **Moysés Longuinho Toniolo de Souza**, Articulação Nacional de Luta Contra a AIDS –
2842 ANAIDS; **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul – ARPIN-SUL; **Ruth**
2843 **Cavalcanti Guilherme**, Associação Brasileira de Nutrição – ASBRAN; e **Simone Maria Leite**
2844 **Batista**, Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde –
2845 ANEPS. *Suplentes* - **Adelina Almeida Moreira de Araujo**, Associação Brasileira de Ensino e
2846 Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS; **Ailson dos Santos**, Articulação dos Povos e
2847 Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo – APOINME; **Alceu Kuhn**,
2848 Organização Nacional de Cegos do Brasil – ONCB; **Allan Nuno Alves de Sousa**, Ministério da
2849 Saúde; **Antônio César Silva Mallet**, Ministério da Saúde; **Djerlly Marques Araújo da Silva**,
2850 Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM; **Elgiane de Fátima**
2851 **Machado Lago**, Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB; **Fernanda Lou**
2852 **Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Geordeci Menezes de**
2853 **Souza**, Central Única dos Trabalhadores – CUT; **Gilberto Soares Casanova**, Associação de
2854 Diabetes Juvenil – ADJ; **Giovanna de Saboia Bastos**, Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia
2855 – SBFa; **Lázaro de Souza Bento**, Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras
2856 na Agricultura Familiar no Brasil - CONTRAF BRASIL; **Marlene Pereira dos Santos Oliveira**,
2857 Instituto Lado a Lado pela Vida; **Maria da Conceição Silva**, União de Negros pela Igualdade –
2858 UNEGRO; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais –
2859 FENAS; **Myrian Coelho Cunha da Cruz**, Conselho Federal de Nutricionistas – CFN; e **Wilson**
2860 **Hiroshi de Oliveira Uehara**, Conselho Federal de Farmácia - CFF.