



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA SEPTUAGÉSIMA SEXTA REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO
NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Aos catorze dias do mês de junho de 2024, no Auditório Emílio Ribas do Ministério da Saúde, Térreo, Bloco G, Esplanada dos Ministérios, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Septuagésima Sexta Reunião Extraordinária do CNS. Os objetivos da 76ª Reunião Extraordinária do CNS foram os seguintes: **1)** Socializar e apreciar os itens do Expediente. **2)** Conhecer, discutir e deliberar sobre a urgência na necessidade de implementação no SUS de centro de terapia assistida. **3)** Apreciar e deliberar as demandas da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho - CIRHRT. **4)** Conhecer e apreciar as questões relativas a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, especialmente sobre as atividades e avanços da Conep no 1º quadrimestre de 2024. **5)** Apreciar e deliberar os encaminhamentos do Pleno, os atos normativos, as demandas das Comissões Intersetoriais, Grupos de Trabalho e Câmaras Técnica. *Mesa de abertura* – conselheiro **Fernando Zasso Pigatto**, Presidente do CNS; e conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS. **ITEM 1 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA 76ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DO CNS** – O Presidente do CNS colocou em apreciação a pauta da reunião enviada previamente a todos e todas. **Deliberação: a pauta da 76ª Reunião Extraordinária foi aprovada por unanimidade.** **ITEM 2 – EXPEDIENTE – Informes. Justificativa de ausências – INFORME.** Conselheira **Vânia Lúcia Ferreira Leite** fez um informe sobre a roda de conversa sobre “Desafios do cuidado à saúde – da infância à velhice”, realizada pela Comissão Intersetorial de Saúde nos Ciclos de Vida, que contou com a participação de setenta participantes. Inclusive, a Comissão está organizando outra roda. Aproveitou para reafirmar a importância da participação das demais comissões intersetoriais do CNS nessas rodas de conversa do Projeto Participe Mais. **JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIAS** – conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello** e conselheira **Heliana Neves Hemetério** justificaram ausência por motivo de rodízio de titularidade. As duas participaram da reunião na condição de integrante da Mesa Diretora do CNS para contribuir na coordenação dos pontos de pauta. **ITEM 3 – URGENTE NECESSIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DE CENTRO DE TERAPIA ASSISTIDA NO SUS** - *Apresentação:* **Heber Dobis Bernarde**, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass; **Vander Fernandes**, Comissão de Centro de Terapia Assistida da Sociedade Brasileira de Reumatologia; **Natan Monsores de Sá**, Coordenador-Geral de Doenças Raras - CGRRAS/DAET/SAES/MS; conselheira **Débora Mellechi**, coordenadora da comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica - CICTAF; e conselheira **Priscila Torres**, coordenadora adjunta da CICTAF. *Coordenação:* conselheira **Fernanda Lou Sans Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Madalena Margarida**, da Mesa Diretora do CNS. Iniciando, conselheira **Débora Mellechi**, coordenadora da CICTAF, destacou a importância deste debate, entendendo que os centros de terapia assistida no SUS são essenciais para assegurar as linhas de cuidado, com orientações para o uso racional de medicamentos, assegurando o direito de todas as pessoas a receber orientações necessárias para qualidade de vida. Conselheira **Priscila Torres**, coordenadora adjunta da CICTAF, destacou a importância deste tema para as pessoas usuárias do SUS que utilizam medicamentos especializados da assistência farmacêutica, que representam custo de mais de R\$ 6 bilhões/ano para o Ministério da Saúde. Fez um relato da sua experiência enquanto usuária de medicamento de alto custo para tratamento de artrite (recebe a medicação há 17 anos do plano privado de saúde), o que evitou sintomas e consequências da doença. Neste ponto, defendeu que os pacientes do SUS também tenham acesso aos medicamentos necessários para o seu tratamento, assegurando qualidade de vida. Citou dúvidas comuns de pacientes sobre os medicamentos de alto custo, por conta da ausência de orientações claras

56 no componente da assistência farmacêutica. Explicou que as pessoas usuárias muitas vezes
57 buscam informações sobre o uso da medicação, mas não recebem explicações e são
58 orientadas a lerem a bula da medicação. Apresentou alguns resultados da pesquisa da Biored
59 Brasil com 784 pacientes atendidos pelo CEAF com medicamentos de origem biológica – 2023:
60 não possui centros de infusão do SUS na região onde mora: 46%; há centro de infusão
61 particular e eu não posso pagar pela aplicação: 22%; o programa de suporte ao paciente
62 deixou de pagar pela infusão e não há centro de infusão do SUS na região onde mora e não
63 consegue pagar pela aplicação: 17%; e o programa de suporte ao paciente não vai mais pagar
64 a aplicação: 16%. Também apresentou dados sobre o valor pago por aplicação: R\$ 150,00 a
65 R\$ 200,00 - 30 USD a 60 USD: 55%; R\$ 201,00 a R\$ 300,00 - 40 USD a 60 USD: 10%; R\$
66 301,00 a R\$ 400,00 - 60 USD a 70 USD: 5%; e mais de R\$ 400,00 - 80 USD: 30%. Finalizando,
67 reiterou que as pessoas com doenças crônicas precisam que o SUS forneça os medicamentos
68 necessários e garanta o cuidado integral, assegurando uso racional. Na sequência, expôs o
69 representante do CONASS, **Heber Dobis Bernarde**, que iniciou agradecendo o convite para
70 debater e dar visibilidade a este tema que vem crescendo nos últimos anos de forma
71 exponencial. Inicialmente, recordou que a dispensação de medicamentos de alto custo é de
72 responsabilidade das secretarias estaduais de saúde, ou seja, o acesso se dá em farmácias
73 sob gestão do Estado. Explicou que o CONASS fez um levantamento dos protocolos clínicos e
74 das diretrizes terapêuticas para identificar os medicamentos de alto custo e a via de
75 administração de cada um e a situação é seguinte: pelo menos 31 situações clínicas requerem
76 algum tipo de aplicação injetável; 81 medicamentos injetáveis; 35 pela via intravenosa; e
77 aproximadamente 40 mil pacientes. Inclusive, salientou que, para o CONASS, este é um tema
78 prioritário da assistência farmacêutica, com grande concentração de esforços. Nessa linha, a
79 entidade trabalha o tema de forma colaborativa a partir de duas perspectivas: 1) de demanda -
80 dados CIEGES: dados agregados da APAC: total de pacientes por CID-10; medicamentos; UF;
81 CEP de endereço do paciente; CNES do local da dispensação; e 2) da oferta - levantamento
82 CTAF e parceria de pesquisa. Disse que seria feito cruzamento de outras bases do SUS para
83 mapeamento de capacidade ociosa de leitos hospitalares; e localização dos diversos tipos de
84 estabelecimentos de saúde que poderiam servir para atender a demanda, como hospitais dia e
85 centros de referência. Citou os resultados do levantamento CTAF com as SES: a) possui
86 serviço(s) para administração assistida de medicamentos injetáveis do CEAF dispensados por
87 farmácias estaduais e/ou municipais - 8 Estados – 68% sim e 32% não; modelo que mais se
88 aproxima com a forma de organização dos serviços para aplicação de medicamentos no seu
89 estado – 25% da própria SES; e 75% da própria SES e serviços contratualizados; nenhuma
90 possui serviço exclusivo para administração de medicamentos do CEAF; maior parte dos
91 serviços localizados na Capital e no interior do estado (62,5%); a maior da dispensação dos
92 medicamentos ocorre por meio de entrega direta nos serviços - retirada na farmácia do SUS e
93 leva ao serviço; a grande maioria respondeu que o número de serviços disponibilizados é
94 suficiente para atender a todos os pacientes que utilizam medicamentos injetáveis no CEAF
95 (87,5%); a maioria das SES tem recebido demanda para implementação de serviços para
96 aplicação assistida de medicamentos do CEAF (84%); a maioria declarou que inexistem
97 serviços específicos para aplicação de medicamentos injetáveis do CEAF ofertados pelas
98 Secretarias Municipais de Saúde – SMS (64%); e 100% afirmou não haver pactuação em CIB
99 para organização dos fluxos entre estados e municípios. Sobre a retirada de medicamentos
100 injetáveis, município de residência x outro município, explicou que metade dos pacientes retira
101 a medicação no município que não é o de sua residência. Fechou com as seguintes
102 considerações: problema exponencial; falta de política pública específica; heterogeneidade na
103 resolução por parte das SES; compromete a segurança do paciente e efetividade do
104 tratamento; e desperdício de recursos. Por fim, disse que o CONASS entregará ao Ministério
105 da Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite – CIT documento consubstanciado com as
106 informações relacionadas às demandas concernentes ao mapeamento da oferta. Seguindo,
107 explanou sobre a temática o Coordenador-Geral de CGRARAS/DAET/SAES/MS, **Natan**
108 **Monsorens de Sá**. Disse que foi solicitada à CGRARAS a definição de um modelo de atenção
109 voltado para demanda de medicamentos biológicos. Assim, foi iniciado levantamento de
110 iniciativas e harmonização dos processos. Disse que as doenças raras fazem parte do conjunto
111 de condições de saúde que envolve a aplicação de medicamentos biológicos e terapias
112 avançadas que requerem pontos de atenção e identificação de centros específicos para
113 aplicação de medicamentos. Salientou que o componente de medicamentos biológicos no
114 âmbito do SUS ganha complexidade e exige organização da rede, inclusive por conta do
115 volume de terapias com biológicos e com terapias avançadas que chegam ao Ministério da

116 Saúde é as Secretarias de Saúde. Destacou pontos de atenção do DAET/SAES para definição
117 de uma nova proposta para terapia assistida no SUS, a ser levada para debate com o
118 Conselho e a CIT: pensar qual o modelo ideal para tratamento e vínculo com os pacientes para
119 garantir o sucesso terapêutico; identificação do grau de oferta, em parceria com o CONASS
120 (inclusive, foram feitas visitas a serviços para entender a rede e organização dos serviços -
121 cadeia logística); a logística é importante – modelo de gestão eficiente de estoque de
122 medicamentos biológicos, avaliação adequada do armazenamento, transporte, dispensação,
123 aplicação; aspectos clínicos – quais serviços podem oferecer aos pacientes?; a educação
124 voltada ao paciente é de suma importância, assim, os serviços devem ser o *locus* de educação
125 para orientar os pacientes sobre as medicações (posologia, efeitos colaterais, descarte, entre
126 outros); monitoramento – como os medicamentos chegam aos pacientes e como se dá a
127 aplicação; e interface com os serviços de farmacovigilância. Além desses itens, destacou que
128 há questões internas relativas à atenção: garantia de oferta de estrutura aos serviços para
129 garantir acondicionamento dos medicamentos, dada as particularidades e a necessidade de
130 manejo específico; administração – é necessário serviço de infusão, portanto, é preciso pensar
131 no monitoramento prévio do paciente (preparo para o uso da medicação); acesso; e
132 treinamento, capacitação e orientação das equipes assistenciais dos pontos de atenção – é
133 necessário compartilhar informações entre os profissionais, com usuários e com gestores para
134 que os centros de atenção sejam vistos como espaço adequado de encaminhamento dos
135 pacientes. Explicou que a SAES/MS tem adotado estratégias para organizar os pontos de
136 atenção e tratar uma proposta de rede: avaliação de impacto regulatório: coleta de informações
137 para definição de política com base em evidências (agradecimento ao CONASS pela ajuda
138 nesse sentido); e elaboração de primeira versão de minuta, que está em debate no âmbito do
139 DAET/MS, e será trazida aos fóruns específicos para ampliar o debate. O último expositor foi o
140 representante da Comissão de Centro de Terapia Assistida da Sociedade Brasileira de
141 Reumatologia, **Vander Fernandes**, que focou sua apresentação nos seguintes tópicos:
142 histórico dos Medicamentos Imunobiológicos no SUS; por que a Terapia Assistida?; segurança
143 do paciente: eficácia dos tratamentos e custo x efetividade; e realidade atual da terapia
144 assistida no SUS. Começou com histórico dos medicamentos imunobiológicos no SUS: 2002 –
145 Infliximabe (IV) para artrite reumatoide (PCDT), Portaria SAS/MS nº. 865 de 12/11/2002;
146 incluído na assistência farmacêutica; dispensação direta aos pacientes; Ministério da Saúde
147 delegou aos fabricantes a criação de Programas de Apoio que financiaram as infusões em
148 centros privados ao longo de 22 anos; com a introdução de biossimilares e PDPs os
149 Programas de Apoio estão sendo extintos; pacientes em uso de IB infusionais estão sem
150 acesso a serviços de infusão vinculados ao SUS e, como, consequência, mudanças de
151 tratamento sem indicação clínica e por falta de acesso ao uso; cobrança dos pacientes em
152 centros privados; novos Imunobiológicos (IB) para várias doenças com alto grau de
153 incapacidade estão sendo incorporados em PCDTS sem a linha de cuidado garantida; hoje são
154 mais de 40 IB contemplados em PCDTs; e imunobiológicos mais críticos: Tocilizumabe (AR),
155 Infliximabe (AR, EA, APS, DII), Rituximabe (AR, VASCULITES), Natalizumabe (EM),
156 Ocrelizumabe (EM), Eculizumabe (HPN), Imunoglobulina e enzimas de reposição. No cenário
157 atual, disse que os pacientes têm acesso aos medicamentos imunobiológicos, mas não aos
158 serviços de aplicação garantidos pelo SUS. Explicou que a terapia assistida é importante,
159 porque os imunobiológicos são termolábeis (4 a 8 graus C), portanto, precisam de
160 armazenagem correta. Inclusive, a conservação inadequada causa maior risco de reação
161 adversa e menor eficácia. Salientou que estudos publicados em revistas de repercussão
162 evidenciaram que a grande maioria de pacientes armazenava medicação de forma errada nas
163 suas residências (2016). Outro trabalho de pós-graduação (Tássia Moares, de 2020), em
164 Cuiabá, identificou que 65% dos pacientes avaliados armazenavam medicamento fora da
165 temperatura ideal. Acrescentou que outro estudo, realizado em Curitiba, mostrou que 82% dos
166 pacientes armazenavam fora da temperatura ideal. Disse que a terapia assistida é essencial
167 por conta do grande Potencial de reações adversas: anafilaxia (crises alérgicas graves);
168 infecções; necessidade de equipe treinada e multidisciplinar; necessidade de estrutura
169 adequada: vários IB exigem uso de pré-medicação (antialérgicos e corticoides) não
170 dispensados pelo CEAf; infusões de até 6 horas (hospital-dia); e obrigatoriedade de bombas
171 de infusão e leito de urgência. Lembrou que é necessária estrutura mínima para garantir
172 qualidade dos medicamentos e segurança na assistência. Mostrou algumas fotos de pacientes
173 com reações adversas, com destaque para herpes zoster prévio em paciente com indicação de
174 uso de terapia biológica, psoríase plantar em paciente com AR após uso de anti-TNF, vitiligo
175 em face após uso de anti-TNF. Sobre custo x efetividade, destacou que os imunobiológicos são

176 medicamentos de alto custo e é essencial o uso racional, com compartilhamento e não
177 desperdício. Além disso, necessário uso correto, considerando eficácia, com controle do
178 absenteísmo e também avaliação clínica periódica. No mais, é necessária base de dados
179 unificada para avaliação das tecnologias incorporadas ao longo do tempo. Saliou que
180 modelo de terapia assistida na dispensação de imunobiológicos para artrite reumatoide no SUS
181 reduz despesas pelo uso racional dos recursos. Explicou que, em 2015, 3784 atendimentos de
182 imunobiológicos no SUS reduziram as despesas em R\$ 866.285,27 (17,7%). Detalhou a
183 realidade atual da Terapia Assistida no SUS: não há procedimento compatível na Tabela
184 Unificada SUS; os Centros existentes são desconhecidos dos Gestores em todas as esferas;
185 não há como aferir a produtividade e série histórica; maioria sem pactuação; e imensa maioria
186 foi estruturada precariamente, por iniciativa e necessidade de serviços pontuais, quase todos
187 de Ensino. Explicou que foi iniciado cadastro de Centros SUS 2024, uma iniciativa da SBR em
188 parceria com CNS e Ministério da Saúde, com busca ativa pelos Centros no Brasil (contato
189 individual com Associados da SBR nos diversos Estados e Cidades). Disse que até o mês de
190 maio de 2024 foram cadastrados 47 Centros, sendo: Norte - 7 CTAs; Nordeste - 11 CTAs;
191 Sudeste - 14 CTAs; Sul - 8 CTAs; e Centro-Oeste - 7 CTAs. Detalhou a situação dos 47
192 Centros cadastrados: distribuídos em 23 Estados. Sem informação: Maranhão e Piauí;
193 natureza jurídica: 39 públicos (83%) e 7 filantrópicos (15%); e 1 privado (2%) (Acre, único no
194 Estado); públicos: 21 Estadual (45%) e 18 Federal (3%); 34 possuem vínculo com I.E (72%); 10
195 com pactuação com Gestor (21%); quem leva IB ao CTA - paciente: 22 (47%), gestor: 12
196 (26%), ambos: 7 (15%), sem informação: 6 (13%); paciente Atendido no CTA (47): somente
197 demanda própria: 24 (51%), universal: 17 (36%) e sem informação: 6 (13%); demanda própria
198 (24): público: 22 (federal: 12; e estadual: 10) e filantrópico: 2; Universal (17): público: 11,
199 filantrópico: 5 e privado: 1; e público universal (11): estadual: 7 e federal: 4. **Manifestações.**
200 Conselheiro **Renato de Jesus Padilha** destacou a importância deste debate e recordou que as
201 enchentes no Rio Grande do Sul prejudicaram inclusive o atendimento de pacientes renais no
202 Estado. Para melhor entendimento, fez as seguintes perguntas: quando a dopaglicosina será
203 disponibilizada aos pacientes? (este medicamento, que retarda a entrada do paciente renal em
204 máquina de hemodiálise, foi aprovado na ANVISA e aguarda publicação de Portaria do
205 Ministério da Saúde); e o tratamento da doença de Fabry foi incluído no tratamento no SUS?
206 Conselheira **Débora Raymundo Melecchi** agradeceu as pessoas convidadas pelas
207 apresentações e recordou que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada em
208 2004, contemplou a racionalidade da assistência farmacêutica. Todavia, frisou que é preciso
209 pensar na perspectiva da promoção à saúde, considerando as necessidades sociais. Avaliou
210 que uma política específica é essencial, mas com valorização e articulação com políticas
211 públicas já existentes – PNAB, PNVS, entre outras. Também chamou a atenção para o
212 problema da judicialização da saúde, destacando que se refere à falta de acesso ao serviço e
213 ao cuidado, e não à falta do medicamento. Por fim, manifestou preocupação com dois projetos,
214 em tramitação, que vão contra a defesa do CNS pelo acesso com qualidade: sobre bulas
215 digitais e atendimento farmacêutico remoto. Conselheira **Priscila Torres da Silva** manifestou
216 satisfação com a notícia de elaboração de minuta sobre terapia assistida no SUS e enfatizou a
217 importância da publicação o mais rápido possível. Recordou que o CNS aprovou a Resolução
218 nº. 11/2018, solicitando a reativação e recomposição da Câmara Técnica de Reumatologia.
219 Frisou que não é preciso desenvolver nova política, mas sim implementar diretriz para a política
220 nacional de medicamentos biológicos no âmbito do SUS, elaborada a partir da Portaria MS nº.
221 1.160/2018. Inclusive, frisou que é preciso garantir infraestrutura para que o SUS dispense os
222 medicamentos/insumos, produzidos no país, com garantia de cuidado. Por fim, disse que seria
223 apresentada recomendação, elaborada pela CICTAF, sobre este tema, para deliberação do
224 Pleno do Conselho. Conselheira **Renata Soares de Souza** relatou sua experiência como
225 usuária de medicamento imunobiológico, explicando que não recebera nenhuma orientação
226 sobre a aplicação. Nessa linha, enfatizou a importância de capacitar os profissionais de saúde
227 para orientação dos pacientes pensar e definir linha de cuidado para os usuários que utilizam a
228 medicação. Também disse que é preciso acompanhar os pacientes após o uso da medicação,
229 inclusive avaliando os prejuízos da utilização desses medicamentos em longo prazo.
230 Conselheiro **José Ramix de Melo Pontes Junior** saudou a CICTAF/CNS por trazer este tema,
231 de interesse de toda a sociedade, para debate no Conselho e solicitou a SAES/MAS que
232 submeta a minuta ao CNS para debate, sem desconsiderar as diretrizes construídas pelo GT.
233 Frisou que é urgente a implementação de centro de terapia assistida no SUS, inclusive para
234 atender grupos específicos. Conselheira **Francisca Valda da Silva** também cumprimentou a
235 Comissão por trazer esta pauta e sinalizou que há uma série de desafios a serem enfrentados.

236 Na linha desse enfrentamento, frisou que é preciso: investir em pesquisa; garantir a
237 incorporação de novas tecnologias; assegurar metodologias de acompanhamento que reduzam
238 custo, sem prejuízo da assistência; e assegurar a formação profissional - do nível técnico a
239 especialidades. Por fim, perguntou qual o percentual de pessoas que utilizam esses
240 medicamentos e como está a formação e o provimento de equipe profissional nesta área.
241 Conselheira **Conceição Resende** salientou que ações de saúde devem seguir os princípios do
242 SUS e, seguindo esta premissa, manifestou preocupação com a dificuldade de acesso aos
243 medicamentos de alto custo. Salientou que é preciso resolver o fluxo da assistência
244 farmacêutica para universalizar o acesso à rede de atenção como pontos de assistência e
245 também os novos estabelecimentos para garantir o atendimento. **Retorno da mesa.** O
246 representante do CONASS, **Heber Dobis Bernarde**, agradeceu as falas e fez os seguintes
247 comentários: é preciso um ato normativo que discipline esse processo, como desdobramento
248 das diretrizes da PNAF; o componente especializado é altamente concentrado nas capitais, o
249 que gera lotação dos serviços; o objetivo é garantir o máximo de cuidado, mas não é possível
250 avançar, porque a assistência farmacêutica é vista como ponto de apoio e não de atenção;
251 hoje, está mais perto de resolver o problema, pois os gestores estão comprometidos com a
252 solução deste processo; CONASS irá oferecer subsídios para fomentar esse processo no
253 caminho de alcançar solução pragmática; e é preciso estabelecer regramento para definir a
254 implementação de tecnologia incluída pela CONITEC. O Coordenador-Geral da
255 CGRARAS/DAET/SAES/MS, **Natan Monsores de Sá**, também agradeceu as intervenções e
256 pontuou os seguintes aspectos: os questionamentos sobre a disponibilização da dopaglicosina
257 serão encaminhados às áreas responsáveis para as respostas; o debate sobre o PCDT de
258 Fabry está ocorrendo no âmbito da CONITEC; a CGRARAS/DAET/SAES/MS acompanha os
259 debates dos projetos para modificar o arcabouço normativo do SUS e dar respostas que não
260 tragam prejuízos para as estruturas do Sistema; a SAES está envidando esforços para dar
261 celeridade possível à conclusão da minuta; medicamentos biológicos e terapias avançadas são
262 desafios universais e, para isso, é preciso organizar os pontos de atenção e serviços; sobre
263 provimento e formação de equipe, é preciso articular os profissionais que vão atuar, de forma
264 multidisciplinar, no cuidado farmacêutico; a intenção é definir o fluxo, para tentar universalizar o
265 atendimento (portaria está em construção); e o desafio é definir para onde as tecnologias são
266 apontadas após a aprovação dos PCDTs. Por fim, disse que a SAES/MS está envidando
267 esforços para tentar resolver os desafios postos e garantir o acesso aos serviços. O
268 representante da Comissão de Centro de Terapia Assistida da Sociedade Brasileira de
269 Reumatologia, **Vander Fernandes**, também agradeceu os comentários e fez as seguintes
270 considerações: no Estado de São Paulo, a criação do Centro de Dispensação de Medicamentos
271 de Alto Custo (CDMAC) ajudou a resolver o problema da judicialização; a incorporação
272 tecnológica é importante, mas é preciso criar condições para o acesso; e a integração também
273 é fundamental, a exemplo do que ocorre com o CDMAC. Por fim, agradeceu o convite e
274 destacou a importância de seguir nesta conversão para garantir acesso aos usuários.
275 Conselheira **Débora Melecchi** destacou a importância de construir uma política/diretrizes para
276 os centros de tecnologia assistida vinculada a políticas já existentes com a Política Nacional de
277 Assistência Farmacêutica. Na sequência, conselheira **Madalena Margarida da Silva Teixeira**
278 fez a leitura da minuta de recomendação, elaborada pela Comissão de Ciência, Tecnologia e
279 Assistência Farmacêutica. O texto é o seguinte: “Considerando que a Comissão de Ciência,
280 Tecnologia e Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Saúde, realizou nos dias 30 e
281 31 de agosto de 2023 um amplo debate sobre os desafios na utilização de medicamentos
282 infusionais e subcutâneos, focado no uso racional destes medicamentos. Considerando que os
283 dados do DATASUS, indicam que no ano de 2019 o Ministério da Saúde por meio de compra
284 centralizada, gastou o equivalente a R\$ 6.463.347.094 com a compra de medicamentos do
285 componente especializado da assistência farmacêutica - CEAF de origem imunobiológica
286 infusional e subcutâneo, usados no tratamento de doenças crônicas imunomediadas e doenças
287 raras; considerando que estes medicamentos têm o fornecimento garantido por meio dos
288 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, que determina o elenco
289 de medicamentos a serem fornecidos aos pacientes por meio das farmácias de alto custo, no
290 entanto, não determina a rede de cuidados que irá aplicar estes medicamentos; considerando
291 que a aplicação destes medicamentos estava apoiada em serviços chamados popularmente de
292 Programas de Suporte aos Pacientes oferecidos pela indústria farmacêutica produtora de
293 inovação e com a chegada no mercado brasileiro de medicamentos biossimilares, estes
294 programas foram gradativamente descontinuados, gerando uma grande quantidade de
295 usuárias e usuários do SUS que recebem medicamentos de altíssimos custos e que não tem

296 acesso à centros de terapia assistida para realizarem a aplicação de medicamentos essenciais
297 para o controle de doenças graves, degenerativas e evolutivas como é o exemplo da artrite
298 reumatoide e hemoglobinúria paroxística noturna (HPN); considerando a pesquisa realizada
299 pela Biorred Brasil em julho de 2023 com 761 pacientes que recebem medicamentos de alto
300 custo do SUS, indicou que atualmente 10% dos pacientes que recebem medicamentos de
301 origem biológica do SUS, estão sem acesso a aplicação, 46% dos pacientes afirmam que na
302 sua região de sua residência não possui centro de terapia assistida do SUS e 55% dos
303 pacientes destas regiões declaram pagar entre R\$ 150,00 à R\$ 200,00 reais por aplicação e
304 66% deles, declaram que o pagamento da aplicação destes medicamentos representam um
305 grande impacto financeiro sobre a renda familiar. Do total de pacientes entrevistados, apenas
306 20% declararam realizar a aplicação destes medicamentos em centros de terapia assistidas do
307 SUS; considerando que segundo dados da Sociedade Brasileira de Reumatologia, o Brasil
308 possui aproximadamente 50 centros de terapia assistidos voltados para o atendimento de
309 pacientes com doenças imunomediadas, sendo apenas 13 deles serviços exclusivos do SUS.
310 Atualmente os CTA existentes no SUS estão ligados a hospitais escolas localizados nas
311 capitais, situação que leva a necessidade de deslocamento dos pacientes e com o adequado
312 direcionamento da rede de cuidado; considerando que os serviços de referência nacional do
313 Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CDMAC) estima que o custo-
314 minimização do modelo de terapia assistida dos medicamentos infusionais e subcutâneos
315 realizados no SUS, pode trazer uma economia de R\$ 189 milhões de reais ao ano para o
316 Ministério da Saúde. Essa análise ressalta a relevância social da incorporação do CTA no SUS
317 como rede própria que possa realizar a aplicação destes medicamentos, ampliando a
318 economia do sistema de saúde e a segurança do paciente crônico; considerando que o
319 CONASS indica em seus estudos de análise de dados do DATASUS que é possível,
320 implementar CTA em regiões estratégicas de todo o Brasil, visando diminuir os custos de
321 deslocamentos e tornando acessível a aplicação destes medicamentos nos territórios onde
322 estão os pacientes; considerando a importância do fortalecimento de parcerias público-privadas
323 e instituições públicas, dentro da estratégia do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, pois
324 os medicamentos biossimilares fazem parte das estratégias do Grupo Executivo do Complexo
325 Econômico-Industrial da Saúde - Geceis e viabilizar ambientes seguros e adequados para
326 aplicação destes medicamentos, garante o cumprimento da ampliação de acesso do GECEIS;
327 considerando que precisamos garantir o uso racional e a equidade no SUS para a aplicação
328 dessa classe de medicamentos, que é fundamental para a manutenção da vida e da qualidade
329 de vida de centenas de milhares de brasileiros atendidos pelos componentes especializados da
330 assistência farmacêutica de todo o Brasil. A implementação de centro de terapia assistida
331 100% SUS, irá garantir a integralidade e equidade do SUS, além de promover economia para o
332 sistema de saúde; considerando que não existe um código de procedimento de média e alta
333 complexidade (código MAC) que garanta a pactuação tripartite do financiamento de centro de
334 terapia assistida disponível em âmbito nacional e regionalizado conforme as regionais de
335 saúde dos territórios; considerando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde de nº
336 11 de 12 de abril de 2018 e nº 33 de 01 de fevereiro de 2023, que recomenda ao Ministério da
337 Saúde a reativação da Câmara Técnica de Reumatologia, com atualização dos representantes
338 e inclusão do Conselho Nacional de Saúde, onde poderia estar sendo debatido as
339 necessidades de implementação de centro de terapia assistida no SUS; e considerando os
340 fatos apresentados, o impacto orçamentário dos medicamentos de origem biológica no
341 componente especializado da assistência farmacêutica e a relevância social do uso racional e
342 adequado destes medicamentos para os usuários e usuárias do SUS que convivem com
343 doenças crônicas imunomediadas e doenças raras. Por intermédio das discussões havidas por
344 articulação da Comissão de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CICTAF),
345 resguardando os direitos fundamentais dessa população. Recomenda: Ao Ministério da Saúde,
346 que: publique nota técnica normativa sobre a infraestrutura e requisitos regulatórios para a
347 criação de centro de terapia assistida no SUS; estabeleça códigos de procedimentos de média
348 e alta complexidade para a aplicação de diferentes tipos de medicamentos de origem biológica;
349 pautar a implementação de Centro de Terapia Assistida na Comissão Intergestores Tripartite;
350 implemente no SUS unidades de centro de terapia assistida para atenção integral a pacientes
351 com doenças imunomediadas e doenças raras em território nacional e segundo a
352 regionalização dos serviços de saúde; e reative a Câmara Técnica de Reumatologia, com
353 atualização dos representantes e inclusão do Conselho Nacional de Saúde, com calendário
354 sistemático de todas as reuniões previstas para o ano e apresentação de relatório trimestral.”
355 Aberta a palavra, foram apresentadas as seguintes sugestões ao texto da minuta: nos

356 considerando, incluir item referente à Política e no “recomenda” também; no considerando que
357 trata dos dados apresentados pelo CONASS, substituir “indica” por “estima ser possível
358 estabelecer estudo de base administrativa para analisar a possibilidade de implementação dos
359 CTAs de forma estratégica em todas as regiões do Brasil visando diminuir os custos de
360 deslocamento e tornando acessível a aplicação desses medicamentos no território onde estão
361 os pacientes”; excluir a sigla “CTA”, deixando o nome por extenso, porque pode causar dúvida
362 com a sigla de “Centro de Testagem e Aconselhamento”; ter atenção ao considerando que
363 trata das Parcerias Públicos Privadas - PPP, a fim de não passar a ideia de apoio a essas
364 iniciativas; mudar os verbos para o infinitivo; não utilizar o termo “centro” (termo do “privado”),
365 pois se trata de serviço de apoio à terapêutica dentro do SUS, com incorporação tecnológica.
366 Diante das sugestões, a mesa decidiu adiar a votação e retomar o texto em outro momento,
367 contemplando as sugestões. A minuta será retomada posteriormente para debate. Com essa
368 definição, a mesa agradeceu a presença das pessoas convidadas e encerrou o período da
369 manhã. Estiveram presentes: *Titulares* - **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional;
370 **Ana Lúcia da Silva Marçal Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças
371 Reumáticas e Doenças Raras – SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**,
372 Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Carlos**
373 **Fidelis da Ponte**, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); **Clóvis Alberto Pereira**,
374 Organização Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação
375 Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR; **Dulcilene Silva Tiné**, Federação Brasileira de
376 Hospitais (FBH); **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS);
377 **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI; **Fernando**
378 **Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM; **Francisca**
379 **Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Helenice Yemi Nakamura**,
380 Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **José Ramix de Melo Pontes Junior**,
381 Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares
382 (CONTAG); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em
383 Serviço Social (ABEPSS); **Lucia Regina Florentino Souto**, Ministério da Saúde (MS); **Luiz**
384 **Carlos Ferreira Penha**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
385 (COIAB); **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos Trabalhadores (CUT);
386 **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança
387 Social da CUT (CNTSS); **Maurício Cavalcante Filizola**, Confederação Nacional do Comércio
388 de Bens, Serviços e Turismo (CNC); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
389 Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rosa Maria Anacleto**, União de
390 Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação
391 Nacional dos Enfermeiros (FNE); e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos
392 Bispos do Brasil (CNBB). *Suplentes* – **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação
393 Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Andréa**
394 **Graciano dos Santos Figueiredo**, Conselho Federal de Biologia (Cfbio); **Conceição**
395 **Aparecida Pereira Rezende**, Ministério da Saúde (MS); **Eder Pereira Filho**, Central dos
396 Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil - CTB/CGTB; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**,
397 Sindicato dos Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL);
398 **Elídio Ferreira de Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
399 (CONASEMS); **Haroldo Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de
400 Saúde (CONASS); **João Donizeti Scaboli**, Força Sindical (FS); **João Alves do Nascimento**
401 **Júnior**, Conselho Federal de Medicina Veterinária – CFMV; **Marcus Vinicius Soares**
402 **Pedrosa**, Ministério da Saúde – MS; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos
403 Assistentes Sociais (FENAS); **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos
404 Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Renata**
405 **Soares de Souza**, Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Renato de Jesus**
406 **Padilha**, Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FENAPAR);
407 **Ricardo Lotif Araújo**, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO);
408 **Rildo Mendes**, Articulação dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Talita Garrido de**
409 **Araújo**, Associação Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Thereza de Lamare Franco Netto**,
410 Confederação das Mulheres do Brasil (CMB); e **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação
411 Amigos Múltiplos Pela Esclerose (AME). Retomando, às 13h40, a mesa foi composta para o
412 item 4 da pauta. **ITEM 4 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E**
413 **RELAÇÕES DE TRABALHO – CIRHRT/CNS** - *Apresentação*: conselheira **Francisca Valda da**
414 **Silva**, Coordenadora da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
415 – CIRHRT/CNS. *Coordenação*: conselheira **Madalena Margarida da Silva**, da Mesa Diretora

416 do CNS. Iniciando, conselheira **Francisca Valda da Silva**, coordenadora da CIRHRT, fez um
417 informe sobre a última reunião da CIRHRT/CNS com destaque para os seguintes pontos:
418 oficina de capacitação sobre o eixo 1 - da formação técnica e tecnológica - e o eixo 3 - das
419 residências; debate sobre regulação das residências em saúde; discussão sobre o processo de
420 atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs, que está em curso (o controle social
421 participou da consulta pública e contribuições foram acatadas). A próxima reunião ordinária da
422 Comissão ocorrerá nos dias 22 e 23 de julho. Citou outros temas que estão em debate:
423 aprimoramento do processo de avaliação de cursos; nova divisão técnica do trabalho em
424 saúde, que está em curso; Educação a Distância – EaD (será solicitada reunião com a
425 Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior - SERES, Secretaria de
426 Educação Superior - SESUS e Conselho Nacional de Educação – CNE - até 10 de março de
427 2025 para sobrestar a abertura de novos cursos; e está em curso pesquisa do CNS sobre
428 formação e trabalho. Em seguida, apresentou duas minutas de resoluções, elaboradas pela
429 CIRHRT/CNS, sobre a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
430 - MNNP-SUS. Os documentos foram enviados com antecedência aos conselheiros e às
431 conselheiras. A primeira resolve: aprovar o Protocolo nº. 002/2024 da Mesa Nacional de
432 Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS), o qual estabelece
433 orientações para a instituição formal das Mesas Subnacionais de Negociação Permanente do
434 SUS, na forma do Anexo da Resolução. A segunda resolve: aprovar o Protocolo nº. 003/2024
435 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde - MNNP-SUS, o
436 qual dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS –
437 SiNNP-SUS, na forma do Anexo da Resolução. Não houve manifestações sobre os
438 documentos. **Deliberação: as resoluções foram aprovadas por unanimidade.** Em seguida,
439 apresentou duas recomendações. A primeira recomenda medidas a serem adotadas no âmbito
440 das Residências em Saúde, de modo intersetorial pelos gestores públicos da saúde de e da
441 educação, frente a situações epidemiológicas, situações de desastre, situações de
442 desassistência a saúde, estados de calamidade e de emergências em saúde pública. No
443 documento, o CNS recomenda: Ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Educação - MEC, aos
444 Programas de Residência e aos Gestores Estaduais/Municipais, incluindo CONASS e
445 CONASEMS, no que lhes couber: 1) que residentes, preceptores, tutores e coordenadores ou
446 supervisores em Programas de Residência em Saúde, quando vitimados por
447 emergências/desastres recebam tratamento singularizado na necessária recomposição das
448 jornadas de aprendizagem e docência; 2) que a bolsa de residência tenha seu pagamento
449 antecipado na circunstância de residentes vitimados em emergências/desastres; 3) que as
450 atividades de ensino e aprendizagem em Programas de Residência em Saúde se tornem
451 orientadas aos cenários de intervenção sanitária organizados pelo poder público para fazer
452 face em situações epidemiológicas, situação de desastre, situação de desassistência à saúde,
453 estados de calamidade e de emergência de saúde pública; 4) que tutores e preceptores com
454 perícia, especialização, mestrado, know-how, experiência prática, competência e habilidade nas
455 respectivas situações epidemiológicas, situação de desastre, situação de desassistência a
456 saúde, estados de calamidade e de emergência de saúde pública sejam alocados de modo
457 especial, tendo em vista atender às respectivas necessidades de atuação, aprendizagem e
458 desenvolvimento de competências e habilidades; 5) que projetos de apoio matricial, consultoria
459 e assessoria sejam mobilizados em retaguarda aos Programas de Residência em Saúde como
460 forma de suporte especializado ao desenvolvimento do ensino, aprendizado e gestão em
461 situações epidemiológicas, situação de desastre, situação de desassistência a saúde, estados
462 de calamidade e de emergência de saúde pública; 6) que a carga horária de aprendizado
463 exercida em jornadas de aprendizagem e docência recompostas sejam consideradas
464 equivalentes ao projeto pedagógico original da residência em saúde; 7) que a eventual
465 migração entre áreas de especialidade, atuação e experimentação profissional, por força das
466 situações epidemiológicas, situação de desastre, situação de desassistência a saúde, estados
467 de calamidade e de emergência de saúde pública, seja considerada equivalente ao projeto
468 pedagógico original; 8) que seja adotada a prorrogação de prazo para todas as residências em
469 saúde afetadas por situações epidemiológicas, situação de desastre, situação de
470 desassistência a saúde, estados de calamidade e de emergência de saúde pública,
471 relativamente aos Trabalhos de Conclusão de Residência, cumprimento da carga horária
472 teórica da especialidade/área e aquisição das habilidades práticas impositivas a
473 especialidade/área original, conforme perfil do egresso, com prazo indicativo de 3 a 6 meses;
474 9) que toda prorrogação de prazo adotada para fins de alcance do perfil de egresso dos
475 programas de residência em saúde seja acompanhada da respectiva prorrogação da vigência

476 das bolsas de residência; 10) que recursos financeiros emergenciais sejam alocados de forma
477 excepcional para finalidades de deslocamento, alojamento, alimentação e aquisição de
478 recursos técnicos e tecnológicos especiais como suporte a necessária recomposição das
479 jornadas de aprendizagem e docência; 11) que recursos financeiros emergenciais sejam
480 alocados de forma excepcional para finalidades de gestão de programas e permanência de
481 residentes junto às jornadas de aprendizagem e docência recompostas; 12) que recursos
482 financeiros emergenciais sejam alocados de forma excepcional quando projetos de apoio
483 matricial, consultoria e assessoria forem mobilizados em retaguarda aos Programas de
484 Residência em Saúde, tendo em vista a alocação do suporte especializado nacional e/ou
485 internacional; 13) que sejam inseridos nos Projetos Pedagógicos de todas as Residências em
486 Saúde, de modo regular e contínuo, como forma de aquisição de habilidades e/ou
487 familiarização, conteúdos curriculares relativos às situações epidemiológicas, situação de
488 desastre, situação de desassistência à saúde, estados de calamidade e de emergência de
489 saúde pública; 14) que todos os Programas de Residência em Saúde elaborem um “Plano
490 para Situações Críticas”, com previsão de procedimentos simplificados ou de priorização de
491 fluxos e atividades para acelerar resultados desejados. A segunda recomenda itens
492 fundamentais a constar do Decreto Interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da
493 Educação sobre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. No
494 documento, o CNS recomenda: aos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC): que
495 inclua na proposta de Decreto Interministerial: as Escolas de Saúde Pública e Federações
496 (Movimento Sindical) na composição da estrutura da Comissão Nacional de Residência
497 Multiprofissional em Saúde - CNRMS; a definição de quantitativo, temas e composição das
498 câmaras técnicas por área profissional; a definição de critérios para instituição proponente
499 conforme PL nº. 504/2021; a reestruturação das CODEMUS com base em lógica regionalizada
500 e similar à da CNRMS; a garantia da participação dos representantes do Movimento Nacional
501 das Residências em Saúde nos espaços de controle social, amparados pela Resolução CNS
502 no 604/2018 e 453/2012; a previsão da criação pela CNRMS de programas extemporâneos em
503 situações de emergências e desastres; a previsão de criação de programas adicionais com
504 duração de 1(um) ano para aprimoramento da formação profissional. Após a leitura, foi
505 sugerido colocar as siglas por extenso. **Deliberação: as duas recomendações foram**
506 **aprovadas por unanimidade.** Em seguida, apresentou a síntese da análise dos 27 pareceres
507 elaborados no período de 1º a 29 de maio de 2024 (29 dias), sendo dezenove insatisfatórios;
508 sete satisfatórios com recomendações; e um satisfatório. A situação dos processos analisados
509 é a seguinte: **1) Relação nº de processos analisados e curso – número de processos**
510 **analisados e ato regulatório - Autorização: 10; Autorização vinculada a Credenciamento – dois;**
511 **e Reconhecimento: quinze; 2) Relação nº de processos analisados e Curso - Enfermagem:**
512 **sete; Medicina: cinco; Odontologia: cinco; e Psicologia: dez; 3) Relação de cursos e tipo de ato**
513 **regulatório: Enfermagem: 5 de Reconhecimento e 2 de autorização; Medicina: 3 de Autorização**
514 **e 2 de Autorização vinculado a credenciamento; Odontologia: 4 de Reconhecimento e 1 de**
515 **Autorização; Psicologia: 4 de Autorização e 6 de Reconhecimento; e 4) Relação nº de**
516 **processos analisados e parecer final: 19 insatisfatórios; 7 satisfatórios com recomendações; e**
517 **1 satisfatório.** Não havendo manifestações, a mesa colocou em votação os pareceres.
518 **Deliberação: os 27 pareceres foram aprovados por unanimidade.** Finalizando, a
519 coordenadora da Comissão agradeceu e lembrou que o parecer do CNS é consultivo, mas
520 crescia o número de instituições que buscavam o parecer satisfatório deste Colegiado. Além
521 disso, informou que representantes do MEC vinham participando das reuniões da Comissão, o
522 que era muito produtivo. **ITEM 5 – COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA -**
523 **CONEP - As atividades e avanços da CONEP no 1º quadrimestre de 2024 - Apresentação:**
524 **conselheira Laís Alves de Souza Bonilha, Coordenadora da Comissão Nacional de Ética em**
525 **Pesquisa – CONEP. Coordenação: conselheiro Fernando Zasso Pigatto, Presidente do CNS;**
526 **e conselheira Ana Lúcia Marçal Paduello, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora adjunta**
527 **da Comissão. Conselheira Laís Alves de Souza Bonilha, coordenadora da CONEP/CNS.**
528 Iniciando, a coordenadora da CONEP saudou todas as pessoas presentes e agradeceu o
529 espaço permanente nas reuniões do Conselho para tratar das demandas da CONEP/CNS.
530 Destacou a importância do Sistema CONEP/CONEP para realização de pesquisas no Brasil,
531 com segurança e frisou que, em comparação a outros países, o Brasil possui regulamentação
532 avançada na defesa dos participantes de pesquisa. Recordou, inclusive, a árdua luta da
533 Comissão, com apoio da Presidência do CNS, nos últimos anos para evitar retrocessos em
534 relação aos direitos dos participantes, especialmente contra o Projeto de Lei nº. 7.082/2017.
535 Lembrou que este PL surgiu em 2015 e desde então o Conselho vem apontando pontos

536 preocupantes da proposta. Como resultado desta longa discussão, disse que foi aprovada a Lei
537 nº. 14.874, publicada em 28 de maio de 2024, que dispõe sobre a pesquisa com seres
538 humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Detalhou
539 que o Projeto nº. 7.082 surgiu para atender os interesses da indústria farmacêutica e, por essa
540 razão, era voltado apenas para a pesquisa clínica, único segmento econômico que interessava
541 a quem desenvolve pesquisa clínica (indústria brasileira e estrangeira). Ou seja, a ideia surgiu
542 da necessidade de uma segurança jurídica para a indústria farmacêutica que buscava o Brasil
543 para realizar pesquisa jurídica. Ou seja, a lei não se direcionava ao povo brasileiro, pois este já
544 estava protegido pelo Sistema CEP/CONEP (o Brasil conseguiu proteger a população de
545 pesquisas que seriam danosas às pessoas mesmo sem a existência de uma lei). Ressaltou
546 que o Conselho lutou arduamente contra os riscos do PL nº. 7.082/2017 e conseguiu avanços
547 importantes, entre eles, a manutenção do Sistema/CEP CONEP e a proibição de uso do
548 placebo de modo indiscriminado. Inclusive, agradeceu o apoio da equipe de comunicação do
549 Conselho pelo apoio neste processo, com divulgação de informações seguras e
550 esclarecedoras para a população. Após longo processo de embates, a Lei nº. 14.874 foi
551 sancionada, em maio de 2024, com definição de princípios, diretrizes e regras para a condução
552 de pesquisas com seres humanos por instituições públicas ou privadas e instituição do Sistema
553 Nacional de Ética em Pesquisa *com Seres Humanos*. A norma, que entra em vigor 90 dias
554 após a publicação, recebeu dois vetos do Presidente da República, que serão objeto de análise
555 por parte do Congresso Nacional. Salientou que o Sistema CEP/CONEP segue funcionando
556 normalmente após a publicação da Lei, mas se iniciou debate para adaptação à nova Lei.
557 Inclusive, explicou que será necessária nova Plataforma Brasil para cumprir os dispositivos da
558 Lei e formação do Sistema para adequação das práticas. Frisou que será importante observar
559 a reorganização dos processos para não fragilizar a segurança e os direitos dos participantes
560 de pesquisas. Seguindo, detalhou os dois vetos presidenciais à Lei, nos termos da Mensagem
561 nº 246, de 28 de maio de 2024: 1) Ouvidos, o Ministério dos Povos Indígenas e o Ministério da
562 Educação manifestaram-se pelo veto ao seguinte dispositivo do Projeto de Lei: § 3º do art. 24
563 do Projeto de Lei. “§ 3º Será comunicada ao Ministério Público, nos termos do § 2º deste artigo,
564 no que couber, a participação de membro de grupo indígena em pesquisa.” Razões do veto:
565 “Em que pese a boa intenção do legislador, o dispositivo, ao prever que a participação de
566 membro de grupo indígena em pesquisa deverá ser comunicada ao Ministério Público, fere o
567 princípio da isonomia e aponta para possível situação de tutela estatal em relação aos povos
568 indígenas, condição já superada pela legislação.”; e 2) Ouvidos, o Ministério da Saúde e o
569 Ministério da Educação manifestaram-se pelo veto ao seguinte dispositivo do Projeto de Lei:
570 Inciso VI do art. 33 do Projeto de Lei: “VI - transcurso do prazo de 5 (cinco) anos, contado da
571 disponibilidade comercial do medicamento experimental no País;”. Razões do veto: “Em que
572 pese a boa intenção do legislador, a proposição legislativa contraria o interesse público ao
573 estabelecer prazo de cinco anos para a continuidade do fornecimento gratuito do medicamento
574 experimental após o encerramento do estudo”. Atualmente, é assegurado a todos os
575 participantes, no final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo
576 indeterminado a métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram
577 eficazes. A interrupção da oferta do medicamento no período pós-estudo fere os direitos dos
578 participantes de pesquisa e compromete o eventual desenvolvimento de pesquisas éticas
579 baseadas em princípios de dignidade, da beneficência e da justiça. Finalizando, falou sobre a
580 importância do VII Encontro Nacional dos Comitês de Ética em Pesquisa – ENCEP 2024,
581 agendado para os dias 22 e 23 de julho de 2024, para debate de temas importantes sobre a
582 ética em pesquisa, inclusive a nova lei. Disse que serão destinadas duzentas vagas para
583 participantes de pesquisa, com garantia de custeio. Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**
584 salientou que a CONEP atuou intensamente no processo de discussão do PL nº. 7.082, para
585 evitar retrocessos e aproveitou para agradecer o apoio neste processo das entidades e
586 movimentos que compõem o Conselho, conselheiros e conselheiras, assessoria técnica,
587 equipe de comunicação, equipe assessora da Comissão. Além disso, agradeceu o secretário
588 executivo João Paulo Oliveira pelo apoio na defesa do Sistema e elogiou a equipe responsável
589 por elaborar o documento com as contribuições do Conselho sobre o Projeto, que serviu de
590 subsídio para o relator do PL. Ressaltou que a CONEP é uma comissão do Conselho e é
591 importante que todos conheçam o trabalho desenvolvido por ela. O Presidente do CNS
592 elogiou o empenho e a dedicação da CONEP neste processo, que se iniciou em 2015, com o
593 PL Nº. 200, em defesa da manutenção dos direitos das pessoas participantes de pesquisa.
594 Salientou que, apesar de não ter sido da forma como se desejava, o Conselho saiu vitorioso
595 deste processo, inclusive pela correlação de forças na sociedade e no Congresso Nacional.

596 Lembrou, inclusive, que o Conselho convidou parlamentares para ir à CONEP para conhecer o
597 trabalho e, depois disso, o apoio ao Sistema CEP/CONEP intensificou-se. Reforçou que o
598 trabalho da Comissão foi intenso no Congresso Nacional e com a Presidência da República
599 para conseguir avanços mesmo diante do cenário desfavorável. Além disso, destacou o
600 empenho da SCTIE/MS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e da Ministra de
601 Estado da Saúde na organização do ENCEP 2024, previsto para ocorrer nos dias 22 e 23 de
602 julho de 2024, inclusive para tratar da nova lei. Lembrou que o Conselho possui diálogo
603 permanente sobre assuntos diversos e este é um dos itens prioritários deste Colegiado. Assim,
604 o debate continuará para que a Lei seja colocada em prática, com intenso trabalho e incidência
605 deste Conselho. Finalizou pontuando as duas prioridades do CNS para o próximo período:
606 mobilizar em defesa da manutenção dos vetos presidenciais ao Projeto de Lei; e garantir a
607 realização do ENCEP 2024. **Manifestações.** Conselheira **Maria Laura Carvalho Bicca**
608 destacou o grande embate nos últimos dez anos (desde a proposição do PL 200/2015) e fez
609 um elogio à atuação da Comissão neste processo de enfrentamento, visando garantir os
610 direitos das pessoas participantes de pesquisas. Aproveitou para homenagear as pessoas que
611 passaram pela CONEP e contribuíram com o trabalho, com destaque para Jorge Venâncio,
612 Gilson Silva e Luiz Aníbal. Também manifestou sua satisfação por ter participado da Comissão
613 e reconheceu o trabalho da atual coordenação, inclusive de reaproximação com o Pleno do
614 Conselho. Conselheira **Helenice Yemi Nakamura** cumprimentou a Comissão, na pessoa de
615 suas coordenadoras, pelo trabalho em defesa do Sistema CEP/CONEP e dos direitos das
616 pessoas participantes de pesquisa. Também reconheceu a importância deste processo de
617 aproximação da CONEP no Conselho e perguntou como o Conselho, na sua totalidade,
618 poderia contribuir com a Comissão na defesa do participante de pesquisa e do Sistema.
619 Conselheira **Rafaela Bezerra Fernandes** saudou as coordenadoras da Comissão pela atuação
620 hercúlea e pelo posicionamento em defesa das pessoas participantes de pesquisa e do
621 Sistema. Lembrou que a CONEP possui pauta permanente no Conselho, porque é uma
622 prioridade, inclusive por conta da correlação de forças e dos interesses envolvidos na
623 pesquisa. Especificamente sobre a nova lei, perguntou se o art. 8º refere-se à CONEP ao citar
624 “instância nacional”. Finalizou com a seguinte frase de Paulo Freire “Os sonhos são projetos
625 pelos quais se luta, sua realização não se verifica facilmente sem obstáculos. Implica, pelo
626 contrário, avanços, recursos, mas, às vezes, demoradas”. Ou seja, os desafios estão postos e
627 serão enfrentados com força e determinação. Conselheira **Priscila Torres da Silva**,
628 inicialmente, saudou as coordenadoras da Comissão pelo empenho na proteção das pessoas
629 usuárias e relatou o ocorrido com seu padraço, participante de pesquisa, que ficou três
630 semanas sem receber o medicamento para o tratamento de mieloma, o que pode ter
631 contribuído para o agravamento da sua situação e, posteriormente, o seu falecimento.
632 Inclusive, disse que denunciou a situação para organismos nacionais e internacionais, para as
633 medidas cabíveis e incentivou os usuários/participantes a fazerem o mesmo no caso de
634 irregularidades em pesquisas. Citou o ocorrido para reforçar a importância da atuação da
635 CONEP para garantir a proteção da pessoa participante de pesquisa, assegurando ética,
636 equidade, segurança nos processos de pesquisas clínicas para todas as pessoas. **Retorno da**
637 **mesa.** Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello**, da Mesa Diretora do CNS e coordenadora
638 adjunta da Comissão, agradeceu as falas e reiterou que o Pleno do CNS precisa aproximar-se
639 cada vez mais da CONEP para conhecer o trabalho deste espaço e defender o Sistema cada
640 vez mais. Conselheira **Láís Alves de Souza Bonilha**, coordenadora da CONEP/CNS,
641 respondendo às indagações e aos comentários, esclareceu que: a CONEP é a instância
642 nacional de ética em pesquisa e o art. 8º da nova lei apresenta as atribuições; as mudanças
643 trazidas pela Lei são poucas e eram previsíveis e desejáveis – a Comissão como instância de
644 análise de projetos de pesquisa em situações realmente extremas ou recursal, o que não
645 impede a ajuda em casos excepcionais de aumento de demanda, por exemplo; passadas as
646 lutas, é hora de construir coletivamente o que for preciso para proteger as pessoas
647 participantes de pesquisa; o Sistema verificará a melhor forma de contemplar o que foi
648 desejável e que estava descrito na lei no que diz respeito à segurança da pesquisa; a CONEP
649 recebe diversas denúncias de todos os tipos e é preciso compreender que o paciente não está
650 à disposição de quem está realizando uma pesquisa. Conselheira **Priscila Torres da Silva**
651 interveio neste ponto para relatar que o seu familiar teve medo de fazer a denúncia em seu nome
652 e sofrer represália. Portanto, a denúncia foi feita no nome dela. Inclusive, salientou que as
653 pessoas usuárias precisam saber dos seus direitos, inclusive para cobrar e defender-se.
654 Continuando as respostas, a coordenadora da CONEP pontuou que: é preciso tratar o Sistema
655 CEP/CONEP como um assunto do dia a dia de toda a sociedade, pois se refere à proteção

656 daquelas pessoas que participam de pesquisa; o participante de pesquisa pode ajudar o
657 pesquisador e o patrocinador, o Conselho pode contribuir com a CONEP falando do Sistema e
658 dos direitos dos participantes de pesquisa em todos os espaços; e é preciso formar pessoas
659 para que sejam combativas e que possam difundir os direitos das pessoas participantes.
660 Conselheira **Ana Lúcia Marçal Paduello** sinalizou a possibilidade de desenvolver projeto de
661 formação de pessoas participantes de pesquisa com a Comissão Intersectorial de Educação
662 Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS. Conselheira **Maria Laura Carvalho**
663 **Bicca** sugeriu mapear pessoas participantes do próximo ENCEP para contribuir nesse
664 processo de formação das pessoas participantes de pesquisa. Além disso, solicitou a atenção
665 da CONEP para o segmento de pessoas apenadas. A sugestão foi acatada. Finalizando, o
666 Presidente do CNS agradeceu as coordenadoras da Comissão pelo trabalho. **ITEM 6 –**
667 **ENCAMINHAMENTOS DO PLENO - Atos Normativos. Comissões. Intersectoriais, Grupos**
668 **de Trabalho e Câmaras Técnicas.** *Composição da mesa:* conselheira **Fernanda Lou Sans**
669 **Magano**, da Mesa Diretora do CNS; e conselheira **Francisca Valda da Silva**, da Mesa Diretora
670 do CNS. Apreciação de minuta do item 3 da pauta “Urgente necessidade de implementação de
671 centro de terapia assistida no SUS”. Por conta das sugestões ao texto, a minuta foi apreciada
672 neste último item. O texto é o seguinte: “Recomendação. Considerando que a Comissão de
673 Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Saúde, realizou nos
674 dias 30 e 31 de agosto de 2023 um amplo debate sobre os desafios na utilização de
675 medicamentos infusionais e subcutâneos, focado no uso racional destes medicamentos.
676 Considerando que os dados do DATASUS, indicam que no ano de 2019 o Ministério da Saúde
677 por meio de compra centralizada, gastou o equivalente a R\$ 6.463.347.094 com a compra de
678 medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica (CEAF) de origem
679 imunobiológica infusional e subcutâneo, usados no tratamento de doenças crônicas
680 imunomediadas e doenças raras. Considerando que estes medicamentos têm o fornecimento
681 garantido por meio dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde,
682 que determina o elenco de medicamentos a serem fornecidos aos pacientes por meio das
683 farmácias de alto custo, no entanto, não determina a rede de cuidados que irá aplicar estes
684 medicamentos. Considerando que a aplicação destes medicamentos estava apoiada em
685 serviços chamados popularmente de Programas de Suporte aos Pacientes oferecidos pela
686 indústria farmacêutica produtora de inovação e com a chegada no mercado brasileiro de
687 medicamentos biossimilares, estes programas foram gradativamente descontinuados, gerando
688 uma grande quantidade de usuárias e usuários do SUS que recebem medicamentos de
689 altíssimos custos e que não tem acesso à serviços de terapia assistida, na perspectiva da rede
690 de atenção à saúde do SUS, para realizarem a aplicação de medicamentos essenciais para o
691 controle de doenças graves, degenerativas e evolutivas como é o exemplo da artrite
692 reumatoide e hemoglobínúria paroxística noturna (HPN). Considerando a pesquisa realizada
693 pela Biorred Brasil em julho de 2023 com 761 pacientes que recebem medicamentos de alto
694 custo do SUS, indicou que atualmente 10% dos pacientes que recebem medicamentos de
695 origem biológica do SUS, estão sem acesso a aplicação, 46% dos pacientes afirmam que na
696 sua região de sua residência não possui serviços de terapia assistida do SUS e 55% dos
697 pacientes destas regiões declaram pagar entre R\$ 150,00 à R\$ 200,00 reais por aplicação e
698 66% deles, declaram que o pagamento da aplicação destes medicamentos representam um
699 grande impacto financeiro sobre a renda familiar. Do total de pacientes entrevistados, apenas
700 20% declararam realizar a aplicação destes medicamentos em serviços de terapia assistidas
701 do SUS. Considerando que segundo dados da Sociedade Brasileira de Reumatologia, o Brasil
702 possui aproximadamente 47 serviços de terapia assistidos voltados para o atendimento de
703 pacientes com doenças imunomediadas, sendo apenas 13 deles serviços exclusivos do SUS.
704 Atualmente os CTA existentes no SUS estão ligados a hospitais escolas localizados nas
705 capitais, situação que leva a necessidade de deslocamento dos pacientes e com o adequado
706 direcionamento da rede de cuidado. Considerando que os serviços de referência nacional do
707 Centro de Dispensação de Medicamentos de Alto Custo (CDMAC) estima que o custo-
708 minimização do modelo de terapia assistida dos medicamentos infusionais e subcutâneos
709 realizados no SUS, pode trazer uma economia de R\$ 189 milhões de reais ao ano para o
710 Ministério da Saúde. Essa análise ressalta a relevância social da incorporação do CTA no SUS
711 como rede própria que possa realizar a aplicação destes medicamentos, ampliando a
712 economia do sistema de saúde e a segurança do paciente crônico. Considerando que o
713 CONASS estima ser possível estabelecer estudos de base administrativa para analisar a
714 possibilidade de implementação de CTA de forma estratégica em todas as regiões do Brasil,
715 visando diminuir os custos de deslocamentos e tornando acessível a aplicação destes

716 medicamentos nos territórios onde estão os pacientes. Considerando o Complexo Econômico-
717 Industrial da Saúde, pois os medicamentos biossimilares fazem parte das estratégias do Grupo
718 Executivo do Complexo Econômico-Industrial da Saúde - Geceis e viabilizar ambientes seguros
719 e adequados para aplicação destes medicamentos, garante o cumprimento da ampliação de
720 acesso do GECEIS. Considerando que precisamos garantir o uso racional e a equidade no
721 SUS para a aplicação dessa classe de medicamentos, que é fundamental para a manutenção
722 da vida e da qualidade de vida de centenas de milhares de brasileiros atendidos pelos
723 componentes especializados da assistência farmacêutica de todo o Brasil. A implementação de
724 serviços de terapia assistida 100% SUS, irá garantir a integralidade e equidade do SUS, além
725 de promover economia para o sistema de saúde. Considerando que não existe um código de
726 procedimento de média e alta complexidade (código MAC) que garanta a pactuação tripartite
727 do financiamento de serviços de terapia assistida disponível em âmbito nacional e
728 regionalizado conforme as regionais de saúde dos territórios; considerando as recomendações
729 do Conselho Nacional de Saúde nº 11, de 12 de abril de 2018 e nº 33, de 1º de fevereiro de
730 2023, que recomenda ao Ministério da Saúde a reativação da Câmara Técnica de
731 Reumatologia, com atualização dos representantes e inclusão do Conselho Nacional de Saúde,
732 onde poderia estar sendo debatido as necessidades de implementação de serviços de terapia
733 assistida no SUS; considerando as Diretrizes para uma Política Nacional de Medicamentos
734 Biológicos no âmbito do SUS, que é o resultado das atividades do Grupo de Trabalho objeto da
735 Portaria GM/MS nº 1.160, de 3 de maio de 2018, que foi proposta em 2018 e não foi
736 implementada pelo Ministério da Saúde. Considerando, por fim, os fatos apresentados, o
737 impacto orçamentário dos medicamentos de origem biológica no componente especializado da
738 assistência farmacêutica e a relevância social do uso racional e adequado destes
739 medicamentos para os usuários e usuárias do SUS que convivem com doenças crônicas
740 imunomediadas e doenças raras. Por intermédio das discussões havidas por articulação da
741 Comissão de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica - CICTAF, resguardando os
742 direitos fundamentais dessa população. Recomenda ao Ministério da Saúde: publicar nota
743 técnica normativa sobre a infraestrutura e requisitos regulatórios para a criação de serviços de
744 terapia assistida no SUS; estabelecer códigos de procedimentos de média e alta complexidade
745 para a aplicação de diferentes tipos de medicamentos de origem biológica; pautar a
746 implementação de Serviços de Terapia Assistida na Comissão Intergestores Tripartite;
747 implementar no SUS unidades de serviços de terapia assistida para atenção integral a
748 pacientes com doenças imunomediadas e doenças raras em território nacional e segundo a
749 regionalização dos serviços de saúde; reativar a Câmara Técnica de Reumatologia, com
750 atualização dos representantes e inclusão do Conselho Nacional de Saúde, com calendário
751 sistemático de todas as reuniões previstas para o ano e apresentação de relatório trimestral;
752 estabelecer a Política Nacional de Medicamentos Biológicos no âmbito do SUS, com as
753 diretrizes propostas pelo resultado das atividades do Grupo de Trabalho objeto da Portaria
754 GM/MS nº 1.160, de 3 de maio de 2018”. *Sugestão:* retirar a sigla “CTA” ou substituir, porque
755 pode causar dúvidas. **Deliberação: a recomendação foi aprovada por unanimidade.**
756 **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, às 16h10, a mesa encerrou a 76ª Reunião
757 Extraordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes conselheiros e conselheiras:
758 *Titulares* - **Alex Gomes da Motta**, Pastoral da Saúde Nacional; **Ana Lúcia da Silva Marçal**
759 **Paduello**, Associação Brasileira Superando o Lúpus, Doenças Reumáticas e Doenças Raras –
760 SUPERANDO; **Antônio Magno de Sousa Borba**, Confederação Nacional de Saúde,
761 Hospitais, Estabelecimentos e Serviços (CNSaúde); **Clóvis Alberto Pereira**, Organização
762 Nacional de Cegos do Brasil (ONCB); **Débora Raymundo Melecchi**, Federação Nacional dos
763 Farmacêuticos – FENAFAR; **Elaine Junger Pelaez**, Conselho Federal de Serviço Social
764 (CFESS); **Fernanda Lou Sans Magano**, Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;
765 **Fernando Zasso Pigatto**, Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM;
766 **Francisca Valda da Silva**, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn; **Helenice Yemi**
767 **Nakamura**, Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); **José Ramix de Melo Pontes**
768 **Junior**, Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras
769 Familiares (CONTAG); **Rafaela Bezerra Fernandes**, Associação Brasileira de Ensino e
770 Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); **Lucia Regina Florentino Souto**, Ministério da Saúde
771 (MS); **Luiz Carlos Ferreira Penha**, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia
772 Brasileira (COIAB); **Madalena Margarida da Silva Teixeira**, Central Única dos Trabalhadores
773 (CUT); **Mauri Bezerra dos Santos Filho**, Confederação Nacional dos Trabalhadores em
774 Seguridade Social da CUT (CNTSS); **Nelson Augusto Mussolini**, Confederação Nacional da
775 Indústria (CNI); **Priscila Torres da Silva**, Biored Brasil; **Rosa Maria Anacleto**, União de

776 Negras e Negros Pela Igualdade (UNEGRO); **Shirley Marshal Díaz Morales**, Federação
777 Nacional dos Enfermeiros (FNE); e **Vânia Lúcia Ferreira Leite**, Conferência Nacional dos
778 Bispos do Brasil (CNBB). *Suplentes* – **Aila Vanessa David de Oliveira Sousa**, Ministério da
779 Saúde (MS); **Ana Clebea Nogueira Pinto de Medeiros**, Federação Brasileira de Instituições
780 Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA); **Andréa Graciano dos Santos**
781 **Figueiredo**, Conselho Federal de Biologia (Cfbio); **Camila Sarmento**, Articulação Nacional de
782 Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS); **Conceição Aparecida**
783 **Pereira Rezende**, Ministério da Saúde (MS); **Eder Pereira Silva**, Central dos Trabalhadores e
784 Trabalhadoras do Brasil - CTB/CGTB; **Eliane Maria Nogueira de Paiva**, Sindicato dos
785 Servidores do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (UNASUS SINDICAL); **Elídio Ferreira de**
786 **Moura Filho**, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); **Haroldo**
787 **Jorge de Carvalho Pontes**, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); **João**
788 **Donizeti Scaboli**, Força Sindical (FS); **João Alves do Nascimento Júnior**, Conselho Federal
789 de Medicina Veterinária – CFMV; **Laís Alves de Souza Bonilha**, Associação Brasileira de
790 Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO); **Marcus Vinicius Soares Pedrosa**, Ministério da Saúde
791 – MS; **Maria Laura Carvalho Bicca**, Federação Nacional dos Assistentes Sociais (FENAS);
792 **Raimundo Carlos Moreira Costa**, Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados,
793 Pensionistas e Idosos - Filiado à CUT (SINTAPI-CUT); **Renata Soares de Souza**, Movimento
794 Nacional das Cidadãs Posithivas (MNCP); **Renato de Jesus Padilha**, Federação das
795 Associações de Renais e Transplantados do Brasil (FENAPAR); **Rildo Mendes**, Articulação
796 dos Povos Indígenas Região Sul (ARPIN-SUL); **Talita Garrido de Araújo**, Associação
797 Brasileira de Talassemia (ABRASTA); **Thereza de Lamare Franco Netto**, Confederação das
798 Mulheres do Brasil (CMB); e **Vitória Bernardes Ferreira**, Associação Amigos Múltiplos Pela
799 Esclerose (AME).