



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA CENTÉSIMA NONAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

Aos quatorze e quinze dias do mês de janeiro de dois mil e nove, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde Omilton Visconde, Ministério da Saúde, Bloco G, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Nonagésima Terceira Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos cumprimentando os presentes e os internautas. Em seguida, apresentou a nova Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, ex-conselheira do CNS, representando a Federação Interestadual dos Odontologistas. A Secretária-Executiva saudou os conselheiros e manifestou satisfação em assumir a Secretaria-Executiva do CNS. Registrou que a sua intenção, ao assumir a Secretaria, é fortalecer o Controle Social no país. Também pontuou que foram tomadas as seguintes providências: instalação de novo sistema de som; mudança no espaço do conselho; reativação do lanche; troca do carpete do Plenário; e discussão da reforma do Plenário para ampliar o espaço. Sobre passagens, informou que circularia lista para que os conselheiros apontassem o melhor horário para vinda e volta no mês fevereiro, considerando as possíveis dificuldades por conta do feriado de carnaval. A respeito das diárias, informou que o orçamento do CNS somente foi liberado na sexta-feira e, por essa razão, o pagamento estaria nas contas dos conselheiros na segunda-feira. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** deu boas-vindas à Secretária-Executiva do CNS e reconheceu a importância do trabalho da secretária anterior Eliane Cruz. Conselheiro **Raimundo Sotero** solicitou que os conselheiros representantes dos usuários indicassem o melhor horário, levando em conta a reunião do segmento no dia anterior da reunião, com início às 14h. Também desejou boas-vindas à Secretária-Executiva. Conselheira **Eufrásia Cadorin** manifestou satisfação com a indicação do nome da **Rozângela Fernandes Camapum** para a Secretaria-Executiva do CNS. A seguir, o Presidente do CNS submeteu a pauta da reunião à apreciação do Pleno. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou a transferência do ponto de pauta da CIRH para o segundo dia de reunião. A coordenação verificará a possibilidade de inversão. Não havendo destaques, a pauta foi aprovada. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** solicitou esclarecimentos a respeito da reunião com o Ministro da Saúde para tratar das resoluções não homologadas. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que não foi possível reunir-se com o Ministro da Saúde. Por isso, sugeriu que o GT do CNS faça contato com o Gabinete do Ministro para verificar a possibilidade de reunião. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, informou que o Ministro da Saúde está em férias e tão logo volte, fará contato para verificar a possibilidade de reunião. Também informou que o Ministro da Saúde respondeu à Resolução nº 408. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** sugeriu que a Resolução sobre Fundações Estatais não seja tratada em destaque. Conselheiro **Raimundo Sotero** propôs que o GT trate também das correspondências encaminhadas ao Ministro da Saúde que não tiveram resposta. **Encaminhamento: a Secretaria-Executiva contatará o Gabinete para agendar reunião do representante do Ministro da Saúde com o GT. Composição do Grupo: Carmem Lúcia Luiz, Antônio Alves de Souza, Graciara Matos de Azevedo e um conselheiro para substituir a conselheira Nildes. ITEM 1 – AGENDA POLÍTICA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE PARA 2009** – Composição da mesa: Conselheiro **Valdenir França**, da Mesa Diretora do CNS, coordenação; e Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, Presidente do Conselho Nacional de Saúde. Inicialmente, o Presidente do CNS lembrou a definição do Pleno de destinar o primeiro momento da reunião para debate da conjuntura. Para essa reunião, a Mesa Diretora decidiu convidar os Ministros da Saúde e do Planejamento para participar desse momento. Contudo, os dois Ministros não poderão estar presentes porque estão em férias. Lembrou que, na reunião passada, foi ressaltada a necessidade de debate aprofundado a respeito do SUS, concomitante à discussão da conjuntura, com diagnóstico da situação do Sistema que servirá de base na definição de agenda política do CNS 2009. Para subsidiar o debate, elaborou um texto, o qual foi debatido pelos trabalhadores de saúde e recebeu contribuições. Detalhou que o texto apresenta uma contextualização do SUS nos seus 20 anos e aponta as principais dificuldades do Sistema. Disse estar convencido de que, apesar dos avanços do SUS nesses 20 anos, o Sistema enveredou por caminhos que dão continuidade à lógica equivocada, inviabilizando-o. Outro equívoco, conforme se destaca no texto, é avaliar que a solução das dificuldades passa apenas pela

questão do financiamento. Ressaltou que é preciso vencer problemas estruturais no que se refere à relação de trabalho, à gestão do trabalho, ao modelo de atenção, à relação público e privado e ao controle social. Disse que, após debate, o texto recebeu duas contribuições e foi disponibilizado ao Pleno. Explicou que a idéia é discuti-lo na perspectiva de chegar a um texto do CNS e de definir as prioridades do Conselho em 2009. Dada a importância do tema, foi aprovada a seguinte dinâmica de debate: oito intervenções, com 5 minutos cada. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propôs destacar pontos do texto para definir agenda política do CNS que, inclusive, sensibilize os conselhos estaduais e municipais de saúde visando a adoção da agenda nacional do controle social. Nessa linha, fez destaque aos seguintes pontos do texto: melhoria da qualidade de vida, resolutividade, resgate dos princípios doutrinários do SUS, modelo de atenção curativo e centralizador, intersetorialidade (dengue não é só problema da saúde, mas de outros setores; e necessidade de discutir a construção de plano de cargos e carreira do SUS), SUS com setor privado, modelo de gestão, financiamento e fortalecimento do controle social. Além disso, acrescentou a esses pontos os seguintes: terceiro setor e OSCIPS e reconhecimento do SUS como patrimônio sócio-cultural da humanidade. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** destacou que o texto aponta as principais dificuldades do Sistema. Salientou que é preciso adaptar à evolução do mundo nesses 20 anos, com modificações no estilo de vida, no perfil epidemiológico e alteração das situações ambientais. Na sua avaliação, é preciso convencer os parceiros sobre a necessidade de adaptação a essas mudanças. Pontuou ainda que é preciso considerar que os sistemas de saúde do mundo estão em crise e não só o SUS. Nas divergências, disse que os segmentos do CNS precisam estreitar a relação com os gestores, visando atuação no sentido de convencer o Congresso Nacional sobre a responsabilidade com a saúde. Classificou como inconcebível a não regulamentação da EC nº 29, após nove anos da sua aprovação. Finalizando, defendeu que a agenda política do CNS priorize cinco pontos: financiamento; gestão do trabalho; modelo de atenção; relação público x privado; e controle social. Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** concordou com as falas que a antecederam e destacou a proposta de reconhecer o SUS como patrimônio sócio-cultural da humanidade. Disse que para viabilizar a filosofia do SUS é preciso vencer obstáculos, como os destacados no texto. Para operacionalização do Sistema, ressaltou que, além da regulamentação da EC nº 29, é fundamental construir o Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS. Nesse sentido, defendeu que a construção do PCCS-SUS fosse uma das prioridades do CNS em 2009. Pontuou ainda que é preciso inverter o fluxo da construção da Política de Saúde – das esferas municipais para a federal. Acrescentou também que é necessário discutir a relação do SUS com os planos de saúde e pensar em mecanismos de ressarcimento do Sistema. Conselheiro **Ciro Mortella** disse que o cenário de 2009 será, no mínimo, interessante, tendo em vista o processo de mudanças profundas na organização mundial. Citou, por exemplo: China que é a terceira economia mundial; a posse do novo Presidente dos EUA nos próximos dias; e a crise econômica com proporções ainda não calculadas. Nesse sentido, pontuou as seguintes tendências: políticas de alcance mundial para incentivo da atividade econômica e da produção; nova visão a respeito dos sistemas universais; e agravamento dos conflitos armados. No caso do Brasil, avaliou que haverá queda da arrecadação e aumento de impostos, o que dificulta ainda mais a discussão da CSS. Na sua avaliação, fará diferença, do ponto de vista nacional e internacional, a efetividade, a qualidade e o resultado do sistema. Sendo assim, a construção de agenda deve contemplar os seguintes aspectos: gestão; recursos e administração desses; e efetividade do Sistema. Por fim, disse que o documento do CEBES, elaborado após as eleições municipais, também deve ser uma referência para o debate. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** levantou os seguintes aspectos na sua fala: pessoal – é preciso combater a precarização e investir na capacitação; é necessário avançar na comunicação do controle social entre si e a sociedade; faz-se necessário encontrar estratégia para melhor interação entre a Bipartite e os conselhos estaduais, pois as pactuações não atendem às demandas dos municípios; é necessário estreitar a relação do CNS com a CIT; é preciso trabalhar a regulamentação da EC nº 29 com o Congresso Nacional e aprofundar debate com a Frente Parlamentar em Defesa do SUS; é preciso avaliar o trabalho das equipes do PSF no que se às metas estabelecidas e os resultados alcançados; urgência e emergência – unidades de acolhimento façam o seu trabalho com resolutividade às demandas; e é fundamental discussão aprofundada sobre o cartão SUS. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** iniciou a sua fala com as seguintes perguntas para reflexão: de que SUS se fala? A Saúde é uma questão social ou não? De que informação e mídia se falam? De que controle social se fala? De que usuário se fala (de que?). Em relação à mídia, disse que não há proteção e as informações são veiculadas da forma que se deseja. Ressaltou que é preciso priorizar a realização de concurso público. Destacou ainda a intervenção da ANS nas centrais sindicais. Por fim, disse que o SUS é revolucionário e pode transformar, assim, é preciso identificar as dificuldades e buscar resolvê-las. Conselheira **Jurema Werneck** concordou com o texto e com adendos das falas que a antecederam. Acrescentou que é preciso retomar o significado de “usuário do SUS”, entendendo que o SUS é universal e de todos. Disse que o Conselho precisa falar para além do movimento de saúde, considerando a necessidade de refazer o pacto entre os usuários e o Sistema. Também pontuou o dilema cotidiano entre defender o

SUS e comprar plano de saúde privado. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou o retorno do Conselheiro Eduardo Santana ao CNS. Segundo bloco de intervenções: Conselheiro **Raimundo Sotero**, em síntese, pontuou duas questões prioritárias: garantir a resolatividade do atendimento, principalmente na urgência; e rediscutir o Cartão SUS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** corroborou com os posicionamentos anteriores e destacou dois pontos: saúde suplementar e relação com a mídia. Também perguntou como o CNS sensibilizará a sociedade para reverter a situação do cotidiano. Conselheira **Rosângela Santos** registrou a sua preocupação com a banalização dos crimes na área de saúde pública e os reflexos negativos desse processo. Conselheiro **Jorge Venâncio**, primeiro, destacou, no final de 2008, a falência do princípio econômico com base no princípio “ganância é bom”. Ressaltou que esse sistema levou o mundo a maior crise econômica dos últimos setenta anos. Assim, a discussão do SUS será feita com base em uma situação totalmente diferente da anterior. Disse que é importante analisar a notícia de que a crise já chegou ao Brasil, levando-se em conta que a redução de salários não é a solução. Por fim, sugeriu, em relação ao documento: destaque ao problema do financiamento insuficiente, ainda que não seja o único problema do Sistema; reforçar a luta para ampliar os recursos; e contemplar a questão dos gastos com medicamentos e insumos. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** reiterou a pressão para internalizar a crise e destacou que as medidas apontadas como solução de enfrentamento a “desproteção” social. Nesse sentido, ressaltou que as entidades não se devem deixar enganar com esse discurso. Em relação ao enfrentamento bélico para solução da crise, avaliou que o CNS deve manifestar-se em defesa da paz, reforçando que a solução de conflitos não deve ser feita pelo enfrentamento bélico. Essa manifestação deve ser enviada às Embaixadas de Israel e da Palestina e à ONU. Sugeriu que a Carta seja o guia para ações políticas do CNS e de um movimento nacional em defesa do SUS, tendo como protagonista as entidades que compõem o CNS. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** disse que é preciso retomar o debate da emenda 7, que foi aprovada, entendendo que traz prejuízo ao retirar prerrogativas do controle social no que diz respeito à fiscalização das ações de saúde. Conselheiro **Afonso Magalhães** ressaltou a observação sobre a conjuntura, destacando que, além dos motivos ideológicos, há os motivos econômicos. Ressaltou que é preciso discutir a raiz dos problemas do SUS que é a presença do privado no público. Conselheiro **Alceu Pimentel** manifestou preocupação com o documento, pois, apesar da boa análise da situação geral do CNS, apresenta equívocos ao analisar as causas e apontar soluções. Por exemplo, citou o ponto do documento que trata das cooperativas. Disse que, a princípio, é contra cooperativas no SUS, mas essas são consequências da iniquidade da política de pessoal do Sistema. Destacou que outro equívoco do documento é a proposta carreira única do SUS, abrangendo todos os profissionais e trabalhadores do SUS, com isonomia salarial por nível de escolaridade, porque é institucional. Diante disso, propôs retirar o documento da pauta e formar GT paritário para elaborar novo texto, a ser apresentado na próxima reunião. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que fosse formado grupo para discutir o documento na perspectiva de ser aprovado ainda na reunião. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a idéia é de um documento geral com posicionamento do CNS sobre o SUS nesses 20 anos. No seu entendimento, os pontos colocados pelos conselheiros de uma forma ou de outra estão contemplados no texto. Disse ainda que o texto explicita a posição oficial do CNS contra a terceirização, portanto, não concorda com as cooperativas. Referendou a proposta de GT para trabalhar o texto na perspectiva de ser aprovado na reunião. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** colocou o entendimento de que não cabe ao CNS modificar o documento para tê-lo como seu. Nesse sentido, disse que cabe ao Plenário contribuir na definição de agenda política do CNS, utilizando inclusive os desdobramentos do debate do documento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que, na última reunião, o Plenário lhe delegou a tarefa de elaborar um texto sobre os 20 anos do SUS. Portanto, disse que o documento reflete o debate do CNS e das Conferências de Saúde. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes** sugeriu que o documento tenha trato jornalístico e sejam incluídos os temas intersetorialidade e complexo produtivo da saúde. Sugeriu ainda tratar do SUS também como fator econômico. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu que fosse constituída comissão para trabalhar no sentido de construir consenso em relação ao documento, mas sem limitar o prazo para debate até o dia seguinte. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** cumprimentou o Presidente do CNS pelo documento, mas destacou que é preciso contemplar a visão de outros segmentos do CNS. Propôs que, naquele momento, o Plenário indicasse prioridades do CNS e fosse feita a revisão do texto. Conselheira **Maria Helena Machado** disse que é preciso reforçar no documento a necessidade de implementar as políticas já aprovadas (de despreciação e as diretrizes do PCCS/SUS). **A seguir, houve outras intervenções que evoluíram para o seguinte encaminhamento: consenso sobre o conteúdo geral do documento, mas, entendendo a necessidade de trabalhar alguns pontos, por isso, foi constituído GT para trabalhar o texto. A proposta final será submetida à apreciação no dia seguinte. Indicações: Conselheira Marisa Fúria, Conselheira Maria Helena Machado, Conselheiro Francisco Batista Júnior e Conselheiro Geraldo Adão Santos.** Definido isso, o Pleno passou à formulação da agenda política do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** destacou que na raiz dos graves problemas do SUS está o

descumprimento da sua legislação. Por isso, defendeu que a agenda inicial do CNS seja no sentido de estabelecer diálogo com órgãos de controle (Ministério Público, STF, Controladoria Geral da União, entre outros) sobre esse descumprimento. Conselheiro **Antônio Alves de** avaliou que, primeiro, o CNS deve discutir com os gestores o cumprimento da legislação e construir pacto nessa perspectiva. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que é preciso mobilização nacional em prol do resgate dos princípios do SUS. Nesse sentido, defendeu como prioridade da agenda política a proposta de transformar esses princípios em patrimônio da humanidade. As conselheiras **Rosângela Santos** e **Eufrásia Cadorin** manifestaram apoio à proposta do Presidente. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** lembrou que a sua proposta inicial foi estreitar a relação entre gestor e controle social. Assim, manifestou preocupação com a proposta do Presidente, por entender que reforça a judicialização, que, no ponto de vista, é um dos problemas do SUS. Conselheiro **Eduardo Santana** somou-se à preocupação com a proposta, haja vista a possibilidade de estimular a judicialização da saúde. Na sua visão, a principal parceria do CNS deve ser com a sociedade brasileira na defesa do SUS. Conselheiro **Ronald dos Santos** disse que a proposta colocada pelo Presidente visa estreitar relação com os gestores e não incentivar a judicialização. Ratificou que a principal parceria seja firmada com a sociedade no sentido de defender o Sistema. Além disso, sugeriu que, após definir a agenda política, o CNS faça movimento para que o parlamento possa subscrevê-la. Conselheiro **Ciro Mortella** solicitou questão de ordem à mesa para que encaminhasse o debate, porque as intervenções não estavam contribuindo, por exemplo, para definição de estratégia do CNS. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que há uma proposta concreta: diante da omissão dos órgãos de controle, o controle social avalia que não se deve mais admitir a desresponsabilização dos órgãos do poder judiciário e dos mecanismos de controle do SUS. Em função dessa realidade, o entendimento é que se deve abrir diálogo com esses atores para que cumpram o seu papel. Nesse sentido, disse que é preciso manifestação do CNS se há concordância ou não com essa proposta. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** identificou duas estratégias da agenda política: 1ª – documento do CNS e 2ª – diálogo e parceria com outros órgãos de controle social. Nesse sentido, sugeriu realizar, no primeiro trimestre de 2009, evento com convite aos órgãos de controle. Conselheira **Fabíola de Aguiar Nunes** propôs que a agenda política seja composta por sete temas: gestão do trabalho, modelo de atenção, financiamento, relação público/privado, qualificação do controle social, ação intersetorial e complexo produtivo da saúde. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** destacou que o CNS deve definir, primeiro, os pontos da agenda política e, em seguida, a estratégia. Nesse sentido, sugeriu incluir na agenda a humanização do SUS e, como estratégia, propôs a realização de caravana nos estados para discutir a agenda política do Conselho. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** explicou que a estratégia é o fortalecimento do SUS e as ações táticas são as sugeridas para a agenda política. Conselheiro **Ciro Mortella** destacou que, diante da estratégia, o Pleno deve definir as ações táticas para elaborar a agenda de trabalho do CNS com as devidas ações. Conselheira **Marisa Fúria** destacou que o CNS deve apropriar-se da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e aderir à campanha de acessibilidade. **Encaminhando, o Pleno passou a identificar o que poderia ser feito para viabilizar as ações táticas: financiamento com regulamentação da EC nº 29 e contribuição social da saúde; gestão do trabalho pautada na profissionalização da gestão, regulamentação do trabalho, combate à precarização; modelo de atenção pautado na prevenção e promoção; relação público x privado pautada no fortalecimento do setor público; humanização; e fortalecimento do controle social.** Nessa perspectiva, Conselheiro **Antônio Alves de Souza** reiterou a proposta de realizar campanha para transformação dos princípios do SUS como patrimônio da humanidade e de caravana nacional em defesa do SUS com ênfase nos pontos da agenda política. O Presidente do CNS sugeriu: realizar atividade para reunir os atores de controle, fiscalização e acompanhamento; e promover campanha de interação direta com os CES e CMS para discutir fragilidades do controle social e principais problemas enfrentados (apoio: equipe de comunicação do CNS). Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu o lançamento da campanha no Fórum Social Mundial da Saúde. Conselheira **Maria Goretti de Lima** propôs que a caravana visite, primeiramente, Natal/RO, por conta dos graves problemas no Sistema. Conselheira **Jurema Werneck** pontuou que é preciso ação também para falar com o usuário. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** disse que é preciso assegurar o comprometimento do Ministro da Saúde com a agenda para implementar as ações. Conselheiro **Eduardo Santana** sugeriu, no diálogo com a sociedade, realizar movimento de massa. Conselheira **Maria Helena Machado** informou que o Ministério da Saúde está atuando no Rio Grande do Norte para resolver a crise no estado. Considerando o indicativo da necessidade de mobilização, o Presidente do CNS ponderou sobre a possibilidade de chamar plenária extraordinária dos Conselhos de Saúde em defesa do SUS, reproduzindo esse movimento de plenárias nos estados e municípios. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, como movimento inverso, sugeriu que as plenárias estaduais mobilizassem os CES para debater a agenda política, garantindo-se a presença do CNS (caravana). Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu realizar plenárias estaduais de saúde no dia 7 de abril. Conselheiro **Eduardo Santana** propôs realizar eventos políticos que culminariam com evento nacional

no dia 7 de abril. **Como encaminhamento, o Pleno aprovou as propostas e delegou à Mesa Diretora, com o apoio da SE/CNS, a definição de prioridades, de acordo com o orçamento.** Conselheiro **Valdenir França** solicitou a inclusão do Subsistema de Saúde Indígena na agenda política do CNS. Resolvido esse ponto, a mesa encerrou os trabalhos da manhã do primeiro dia. **ITEM 3 – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH/SAS/MS** – Coordenação: Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, da Mesa Diretora. Apresentação: Dr. **Dario Frederico Pasche**, Coordenador da Política Nacional de Humanização da SAS/MS. Antes de iniciar a apresentação, Dr. Dario Pasche lembrou que essa Política foi apresentada em 2004 e nesse momento retornava ao CNS. Ressaltou que, desde que foi apresentada ao CNS até esse momento o tema foi discutido com duas comissões do CNS. Feitas essas considerações iniciais, passou à apresentação da Política Nacional de Humanização – PNH. Explicou que a PNH é uma política do SUS, configurando-se em uma ferramenta para “tradução” prática de princípios e diretrizes, sobretudo os da universalidade, direito à saúde, integralidade e participação social. Além disso, a Política indica “certo modo de fazer” a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais que regem o SUS. Disse que, para a PNH, é importante reconhecer os avanços alcançados nos 20 anos de implementação do SUS, como: reorganização da rede de atenção (fortalecimento da atenção básica); fortalecimento da gestão descentralizada; aprimoramento dos mecanismos de participação cidadã em saúde; ampliação e qualificação da força de trabalho; ampliação das ofertas de serviços, refletindo na qualificação do acesso; desenvolvimento de programas e políticas de excelências, a exemplo da imunização e da prevenção às DST/AIDS, etc.; ampliação da presença/peso do SUS na economia – geração de emprego e renda; maior participação do complexo produtivo no PIB. Por outro, disse que é importante considerar os desafios colocados, como: construção de um sistema integrado (integração dos serviços em rede); ampliação do financiamento; e melhoria da alocação dos recursos. Destacou que a Política de Humanização reconhece os avanços do SUS e, a partir do “SUS que dá certo”, definem-se as diretrizes, os princípios e o método da Política. Na perspectiva dos cidadãos, disse que a avaliação do SUS é positiva, contudo, são apontados dois elementos que precisam ser objeto de debate: responsabilidade sanitária: quem cuida de quem e continuidade dos tratamentos e do cuidado. Na perspectiva do trabalhador, a avaliação do SUS também é positiva, mas são apontados como desafios: garantia de condições concretas de trabalho – planos de carreira, salários, acesso a tecnologias, etc. e gestão do trabalho: ainda pouco participativas (democracia nas relações). Diante dessas avaliações, destacou que a Política toma como objetos: modos de gestão em saúde e modos de atenção/cuidado em saúde. Do ponto de vista da estrutura, a Política possui princípios, método e diretrizes. No que se refere aos princípios, disse que a Política considera o protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, a indissociabilidade entre atenção e gestão e a transversalidade. Como método, a PNH considera a tríplice inclusão: dos diferentes sujeitos – modo de fazer – rodas; de coletivos – modos de fazer – fomento de redes/movimentos sociais; e perturbação que inclusões produzem – modos de fazer – gestão de conflitos. No que se refere às diretrizes, a Política considera como orientações éticas e políticas: acolhimento; clínica ampliada; co-gestão – gestão democrática; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários; fomento de grupidades, coletivos e redes; e construção da memória do “SUS que dá certo”. Continuando, falou dos dispositivos que se entende por arranjos de trabalho. Dentre esses dispositivos, destacou: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor (sistemas e serviços de saúde); contratos de gestão; escuta qualificada; visita aberta direito à acompanhante; e Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). Continuando, falou dos modos de organização e implementação da PNH. No Ministério da Saúde – SAS, foi constituída coordenação nacional e equipe técnica do MS (COLETIVO MS). Além disso, foram definidas “regiões” da PNH (9), com coletivo regional (equipe de consultores), coordenação e plano de ação regional. No mais, salientou que foi constituído colegiado gestor nacional, coletivo nacional da PNH, coletivo ampliado, além de apoio, fomento e articulação com gestores estaduais e municipais (GTHs, CTHs, coordenações estaduais/políticas estaduais/municipais de humanização). Ressaltou ainda que são constituídos planos de humanização estaduais, municipais e serviços e são realizadas atividades intensivas (apoio institucional a equipes/serviços), atividades extensivas (realização/apoio a eventos - seminários, congressos, oficinas, etc.) e atividades de formação (cursos da PNH articulados com SES/SMS/Universidades - cursos-intervenção). Continuando, abordou o que já foi feito e perspectivas. Disse que nesses cinco anos a PNH tem se afirmado como “movimento social e político” de discussão e de defesa do SUS: espaço de debate, que coloca temas cruciais do SUS em questão (organização do trabalho). Nesse sentido, disse que foram realizados os seguintes processos de formação na PNH: 40 cursos de formação de multiplicadores da PNH, cobrindo todas as regiões do país e formação de cerca de 4000 trabalhadores. Além disso, deu destaque: à cobertura da PNH nos estados: ao apoio a SES, SMS, hospitais, rede básica e serviços de atenção especializada; presença da PNH no apoio à rede básica e atenção secundária das Secretarias de Saúde (estaduais e municipais das capitais e interior); hospitais: presença direta em 180 hospitais (120 capitais e 60 interior). A seguir, abordou os novos

dispositivos de capilarização da PNH. Falou da criação da redehumanizasus.net que atualmente conta com mais de 2 mil inscritos de todo o Brasil (um ano de funcionamento). Também disse que foi criada a mostra interativa Humanizasus, o SUS que dá certo. Essa Mostra já passou por diversas cidades brasileiras (Vitória, Belo Horizonte, Brasília, Teresina, Porto Alegre, Fortaleza, Belém), criando agendas de discussão e reflexão sobre o sistema, serviços e práticas de saúde. Por fim, destacou que seria realizado o 2º Seminário Nacional de Humanização, em Brasília, nos dias 8, 9 e 10 de julho de 2009 e convidou o CNS para participar do evento. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez as seguintes considerações sobre o tema: a PNH ajuda a desconstruir o racismo o preconceito no SUS; A Política deve ser objeto de discussão permanente nas comissões do Conselho; e é preciso identificar instrumentos para mensurar os resultados da Política. **Intervenções:** Conselheira **Jurema Werneck** cumprimentou o expositor e saudou a iniciativa. Chamou a atenção para a identidade comum da Política e do CNS, o que no seu entendimento significa parceria. Contudo, destacou que a Política deve ganhar espaço na gestão federal do SUS e solicitou a manifestação do coordenador sobre isso. Também perguntou o que está mudando e chamou a atenção para a necessidade de modificar os métodos para fazer democracia (contraditório: roda e seminário em Brasília). Conselheiro **Geraldo Adão Santos** historiou que em 1999 foi constituído GT do CNS sobre Humanização, do qual foi coordenador, e o resultado do trabalho desse grupo contribuiu para definição do temário da 11ª Conferência Nacional de Saúde e instituição do Prêmio Davi Capristano de atendimento humanizado. Nesses 20 anos do SUS, sugeriu que o CNS defendesse a reativação desse prêmio como comemoração do Sistema. Sobre a Política, destacou que se trata de uma ação transversal, contudo, é preciso pensar na humanização na lógica do acolhimento nas unidades de saúde. No que se refere ao atendimento ambulatorial, ressaltou que é preciso implementar a humanização para eliminar as filas desumanas no SUS. Conselheira **Silvia Casagrande** cumprimentou o expositor e fez os seguintes questionamentos: Como realizar o trabalho com apenas 40 pessoas? A demanda vem do Município? Existe contrapartida? Há iniciativas de sensibilização dos gestores para a Política? Conselheiro **Francisco Batista Júnior** avaliou que a Política é irretocável, mas não basta porque os desafios para implementação do SUS são extremamente profundos. No mais, enfatizou que é complexo implementar a Política com a cultura de autoritarismo que norteia as relações políticas e interpessoais, portanto, faz-se necessário definir mecanismos para superar esse autoritarismo. Nesse sentido, defendeu a democratização do setor de “recursos humanos” dos serviços. Também disse que é importante ter acesso a real situação da saúde dos trabalhadores da saúde, pois é muito difícil garantir humanização sem saúde ocupacional. Comentou também a Política de Gestão do Trabalho, disse que é preciso vencer a precarização do trabalho e da remuneração e a mercantilização do trabalhador da saúde. Por fim, propôs divulgar na rede do CNS as boas experiências do SUS. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** focou a sua fala nos seguintes aspectos: Avaliação dos serviços na perspectiva do trabalhador – o “cuidado” foi apontado na pesquisa; e Acesso à tecnologia – necessidade de trabalhar a formação dos profissionais na linha do cuidado, com utilização da tecnologia leve. Além disso, fez as seguintes perguntas: Como está a implementação da Política nos estados? Como é feito o incentivo financeiro aos municípios? Há indicadores de resultados de avaliação da Política? Conselheiro **Raimundo Sotero** sintetizou as considerações feitas na reunião do Fórum dos Usuários: como avaliar os resultados da Política Humaniza SUS – estreitar a relação Ministro da Saúde com o CNS; Seminário – garantir o maior número de participantes; e distribuir o material do HumanizaSUS, em especial a Cartilha dos Usuários. Em seguida, fez, dentre outras, as seguintes colocações sobre o tema: fortalecer significa saber; gestão e participação cidadã é um casamento de cartilha com gestão qualificada; é preciso qualificar a força de trabalho o que significa fortalecer o PSF; ofertar serviço é atender a população base; construir (sobre quem ou sobre o quê?); a avaliação positiva do SUS é duvidosa; a gestão é muito mais impositiva; o indivíduo não é objeto, mas sim objetivo; atenção de qualidade via gestão eficiente. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou a importância da Política e solicitou à SE/CNS que implemente a política de humanização para os trabalhadores do CNS. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** cumprimentou pelo trabalho e perguntou como garantir a implementação da Política com apenas 40 consultores. Conselheira **Maria Helena Machado** cumprimentou o Dr. Dario e ressaltou que a Política de Humanização e a de Gestão do Trabalho devem estar juntas. Destacou ainda que o melhor instrumento para democratizar as relações de trabalho é a criação e instalação das mesas de negociação estaduais e municipais. Sobre a saúde do trabalhador da saúde, informou que está em elaboração documento que trata do assunto. Conselheiro **Valdenir França** perguntou como a Política de Humanização contempla a saúde da população indígena. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou que a Política vai além das relações de acolhimento, configurando-se em ação concreta dos princípios do SUS. Colocou o FENTAS à disposição da direção nacional da Política para discutir como os trabalhadores podem contribuir na sua implementação. Conselheira **Rosângela Santos** cumprimentou o Dr. Dario pela apresentação e destacou os seguintes aspectos na sua fala: vulnerabilidade dos que precisa do atendimento; o paciente não sabe exercer a sua cidadania no que tange aos seus deveres ao necessitar do SUS; faltam padrões, regras e sanções aos que não cumprem

o seu dever. Conselheiro **Eduardo Santana** reafirmou as seguintes questões: satisfação com a política de humanização, mas preocupação com os instrumentos utilizados para aplicá-la; é preciso que os profissionais que estão na ponta do sistema possam envolver-se no processo de humanização; e com a democratização do processo dar-se-á um passo importante na qualificação. Conselheira **Lílian Aliche** disse que, quando da apresentação da Política na Comissão de Saúde da Pessoa Idosa, solicitou indicadores do resultado do trabalho nos locais com experiências exitosas de humanização. Conselheira **Maria Goreti de Lima** solicitou que fosse feito levantamento da abrangência da Política no que se refere ao acolhimento à gestante e a da garantia de acompanhante no parto. Conselheiro **Arlison Cardoso** destacou que a PNH é uma das políticas estruturante do SUS e, portanto, faz-se necessário maior investimento para alcançar maiores resultados. Também ressaltou que a discussão da PNH foi a propósito da avaliação positiva do SUS por parte dos usuários e dos trabalhadores. Nessa linha, disse que o documento do CNS com a avaliação dos 20 anos do SUS deve destacar os avanços alcançados nesse período, mas sem esquecer-se dos desafios. **Retorno da mesa: Dr. Dario Frederico**, em resposta às intervenções, disse que: a PNH tem a tarefa de ser provocativa, é uma inflexão do SUS motivada por discussões no CNS e, diferente de outras Políticas, propõe a autodissolvência; a Política não é sensibilizadora, mas trata de construir novas atitudes, na prática – isso gera dificuldades (como fazer?); avaliar uma política que tem como mote a produção de mudanças culturais e subjetivas não é seu processo fácil; é preciso considerar que o trabalho em saúde é um processo de adoecimento dos trabalhadores; os 40 consultores têm a tarefa de apoiar e fomentar redes de intervenção na rede de saúde do Brasil – esse total multiplicou-se em mais duas mil pessoas que estão a frente de serviços desenvolvendo práticas de humanização (“são multiplicadores de multiplicadores”); avaliação – a PNH aposta que toda intervenção deva ter olhar avaliativo, portanto, estão sendo produzidos documentos e foi elaborada cartilha, e os responsáveis pela implementação da Política avaliam o processo de implementação; todo trabalho de humanização necessita de trabalho investigativo e avaliativo – o tema da humanização deve ser incluído na agenda de pesquisas do SUS; a PNH, além da perspectiva de autodissolvência, é uma obra aberta, não define, por exemplo, a forma de implementação; o discurso da “falta”, por exemplo de recurso, tem que suscitar pautas que façam avançar e não dever ser utilizados para justificar “o não fazer”; como tarefa política, é necessário apontar os avanços do SUS; o caráter transversal da Política traz o desafio para o Ministério da Saúde de maior comunicação entre as políticas e áreas desse Ministério. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** perguntou que estratégia utilizar no que se refere ao desafio de levar o tema da humanização para o debate do processo de educação permanente do controle social. **Retorno da mesa: Dr. Dario Frederico** acrescentou: considerando a perspectiva universal, a PNH inclui as diferenças e as minorias, portanto, a população indígena está contemplada; a Política tem a perspectiva de recompor a aliança estratégica trabalhador e usuário que foi essencial a construção do SUS; os usuários estão contemplados nos espaços de formação (conselhos locais, câmaras técnicas, grupos de trabalho); o SUS é uma rede, portanto, não possui um único centro, mas sim, uma multiplicidade deles; e não será possível avançar no SUS se não for possível construir uma agenda para dignificar o trabalho – os trabalhadores devem reencantar-se pela luta em prol do SUS. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** fez a seguinte síntese dos encaminhamentos a partir das intervenções: divulgação sistemática, nos meios de comunicação dos conselhos de saúde, das boas experiências e práticas relacionadas à aplicabilidade da PNH; a Carta dos Usuários, ao ser relançada, deve ter a linguagem dos usuários do SUS; o debate não se encerra nesse momento, portanto, as comissões, dada as suas especificidades, devem pautar a PNH; o documento com a avaliação do CNS sobre os 20 anos do SUS deve considerar as intervenções dos conselheiros nesse debate. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** disse que é preciso discutir se o SUS possui ou não um centro (usuário? produção do SUS?) e avaliou que essa discussão pode iniciar-se nas comissões do CNS. **A proposta foi acatada.** Conselheiro **Raimundo Sotero** propôs pautar novo debate, com o contraponto da Comissão de Saúde da Pessoa Idosa. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** lembrou que o tema será objeto de debate das comissões e, posteriormente, será repautado no Pleno do CNS. Conselheira **Maria Goreti de Lima** sugeriu que fosse feito contato com o Centro de Saúde nº 13 que possui experiência exitosa em humanização. Conselheira **Maria Helena Machado**, na condição de coordenadora da CIRH, reivindicou a participação da Comissão na organização do 2º Seminário Nacional de Humanização. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** sugeriu enviar aos conselheiros o documento “Mapa da PNH no Brasil: identificando as ações no território nacional”, para subsidiar o debate nas comissões. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** destacou que os conselheiros devem acompanhar a implementação da Política nos seus respectivos estados. Dr. **Dario Frederico** disse que disponibilizaria os contatos da coordenação das redes para os contatos necessários. Também destacou que seria bem-vinda a contribuição da CIRH na organização do seminário. **Encaminhamento, aprovadas as propostas: fazer a divulgação sistemática, nos meios de comunicação dos conselhos de saúde, das boas experiências e práticas relacionadas à aplicabilidade da PNH; recomendar ao GT de revisão da Carta dos Usuários que o documento, ao ser relançado, tenha linguagem dos usuários do SUS; continuar o debate da PNH nas**

comissões do CNS, dentro das suas especificidades; considerar as intervenções dos conselheiros nesse debate na elaboração do documento do CNS com a avaliação do CNS sobre os 20 anos do SUS; e garantir a participação da CIRH na organização do 2º Seminário Nacional de Humanização, a realizar-se em Brasília, de 8 a 10 de julho de 2009. Finalizando, a mesa agradeceu o Dr. Dario Frederico e encerrou a discussão. **ITEM 4 – FÁRMÁCIA POPULAR/SCITE/MS** – Coordenação: Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: Dr. Reinaldo Guimarães - Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O Secretário fez uma abordagem sobre o Programa Farmácia Popular como uma estratégia para a ampliação do acesso a medicamentos, com uso racional. Iniciou destacando que, nesses 20 anos do SUS foi possível avançar em uma série de aspectos, contudo, não foi possível ampliar, de forma adequada, o acesso da população brasileira a medicamentos. Ressaltou que o mercado brasileiro de medicamentos ampliou-se nesses 20 anos (o Brasil é o nono mercado mundial de medicamentos), mas esse crescimento se expressa em recursos financeiros envolvidos na compra e venda de medicamentos e não no aumento ao acesso a medicamentos. Feitas essas considerações, passou a falar do Programa de Governo 2007-2010 a respeito da Assistência Farmacêutica, com destaque aos seis objetivos prioritários: Racionalização e ampliação do financiamento da Assistência Farmacêutica Pública; Indução ao desenvolvimento tecnológico na área de fármacos e medicamentos; Incentivo à produção pública de medicamentos e à ampliação da produção e comercialização de genéricos; Regulação e monitoração do mercado de medicamentos; Qualificação técnica da assistência farmacêutica; e Ampliação e qualificação do acesso aos medicamentos. Mostrou, a seguir, gráfico que demonstra os gastos com medicamentos em relação ao orçamento do Ministério da Saúde, com destaque ao aumento desses gastos, de 5,8% em 2002 para 12,3 em 2008. Explicou que o Programa Farmácia Popular possui dois componentes, o primeiro chama-se Farmácia Popular do Brasil, tendo sido lançado em junho de 2004 e funciona em um sistema de ressarcimento de custo, com parcerias governos e filantrópicos e constitui-se em uma rede diferenciada de farmácias. Destacou que esse programa funciona como farmácia modelo com a presença permanente de farmacêutico e com informação adequada dos clientes, de modo a resgatar o papel das farmácias como instituições de saúde. Disse que essa rede própria diferenciada, com operação conjunta da Fiocruz, comercializa 107 itens, incluindo preservativos e os preços dos medicamentos é cerca de 10% do preço da farmácia. Detalhou que esse componente apresenta 503 farmácias em funcionamento, com 393 municípios contemplados e 950 mil atendimentos ao mês, tendo sido investidos até o momento R\$ 182 milhões. Ressaltou que há 110 farmácias a serem inauguradas, 146 delas nos Territórios da Cidadania e a meta é 613 farmácias em 2011. Explicou que o segundo componente do Programa é Aqui tem Farmácia Popular, instalado em março de 2006, que se baseia na inserção de um “balcão” do SUS na rede geral de farmácias. Explicou que esse componente tem por características: sistema de co-pagamento; participação do setor privado; mais pessoas e mais lugares. Falou também da relevância social do Programa destacando que está presente em 24 Unidades da Federação, oferece alternativa de acesso aos medicamentos que tratam as doenças de maiores prevalências e impactos sociais, é reconhecido pelos cidadãos e pelo setor farmacêutico como o programa de maior relevância depois dos medicamentos genéricos e é a terceira marca mais lembrada em pesquisa do MS. Detalhou a questão do sistema de co-pagamento, explicando que nas farmácias privadas credenciadas são oferecidos 13 itens para medicamentos de hipertensão, diabetes e contraceptivos, com valor de referência por produto. O cidadão paga 10% do valor no ato da venda e o Ministério da Saúde paga os outros 90% e são definidas regras para dispensação. Informou que 5.220 farmácias estão credenciadas, em 24 Estados, 1.200 Cidades, com cobertura de população potencial de 75.000.000 de pessoas. Em relação aos resultados, disse o co-pagamento das 5.220 farmácias credenciadas, pelo Ministério da Saúde, é de R\$ 35 milhões (glosa de R\$ 3 milhões/mensal), 280 mil mulheres/mês compram contraceptivos, 950 mil hipertensos/mês se tratam pelo sistema, 370 mil diabéticos/mês se tratam pelo Sistema, 74 mil frascos de Insulina NPH 10 ml/mês e R\$ 21,49 é o custo médio das transações. A seguir, mostrou um gráfico que aponta 1,5 milhões de usuários/mês da rede. Destacou que o grande problema desse componente do Programa é controle das transações. O setor privado de farmácias deve fazer a dispensação segundo uma série de padrões. No entanto, as ferramentas de controle ainda são precárias diante da importância do programa. Explicou que o levantamento é feito por amostragem com visitas in loco, glosas, exames das transações feitas e, além disso, são recebidas denúncias. Com o objetivo de melhorar o controle do Programa, o Ministério já conveniou para o cadastro e conveniará futuramente para o controle das transações a Caixa Econômica Federal, porque possui sistemas mais consistentes e capazes de monitorar um programa dessa magnitude. Explicou que, das 5.220, foi feita a análise técnica e tiveram o pagamento suspenso 540, 115 tiveram a conexão suspensa, 85 farmácias credenciadas com envio de carta. Listou os mecanismos de análise técnica 2008 que são; solicitação de cupons fiscais e cupons vinculados, carta ao usuário, visita “in loco” às farmácias, entrevistas com usuários “in loco” e encaminhamento ao DENASUS para auditoria. Por fim, informou que estão previstas penalidades temporárias e permanentes. **Manifestações:** Conselheira Cândida Carvalheira

reivindicou a inclusão das bolsas coletoras para ostomizados na Farmácia Popular e perguntou por que o país não consegue fabricar esse equipamento com a qualidade necessária. Conselheira **Jurema Werneck** destacou que a principal fragilidade do Programa é ser resposta a falta de capacidade do SUS em oferecer ao usuário o medicamento para seu tratamento. Conselheiro **Rogério Tokarski** cumprimentou o Secretário e destacou que a iniciativa atende a todos – empresários e usuários. Conselheira **Eni Carajá Filho** falou da denúncia de falta de controle da implantação das farmácias populares e destacou a falta de medicamento na rede SUS. Também destacou que as farmácias populares são beneficiadas com esse programa, inclusive procurando as pessoas nas suas casas para cadastrá-las e fornecer medicamento. Diante desses fatos, solicitou que a Comissão de Farmacoepidemiologia discuta em profundidade a Política. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** manifestou satisfação com o Secretário para debater um tema de extrema importância. Lembrou que, ao ser apresentado e discutido no Conselho, foram levantadas uma série de preocupações. Uma delas é que o orçamento do Programa não poderia ser vinculado ao orçamento do SUS, pois, em sendo assim, seria caracterizado serviço prestado pelo Sistema com custo adicional ao usuário. Contudo, isso aconteceu e continua a acontecer em desacordo ao debatido e aprovado no Conselho. Também foi destacado que, em se tratando de um serviço fundamental de saúde, a gestão do trabalho deveria ser qualificada e não reforçar o processo de precarização no SUS. Ao contrário disso, ressaltou que a realidade é de gestão do trabalho precarizada. Salientou ainda que a Farmácia Popular poderia ser uma tática importante para se contrapor à lógica de medicamento como medicamento e farmácia como estabelecimento comercial. Contudo, percebe-se que não foi possível avançar nessa lógica (despacho de medicamento e não dispensação). Desse modo, destacou que o CNS deve resgatar o debate há quatro anos e, se for o caso, tentar viabilizar as propostas aprovadas. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** ressaltou as organizações dos trabalhadores farmacêuticos, principalmente, dos que têm lutado para mudar paradigma em torno da farmácia, medicamento e assistência farmacêutica e alguns avanços foram alcançados. Disse que as entidades farmacêuticas apoiaram o Programa Farmácia Popular com o entendimento de que contribuiria para mudança desse paradigma. Contudo, algumas questões, inclusive as apontadas pelo CNS não foram consideradas. Desse modo, destacou que é papel do CNS apontar e exigir ações concretas a respeito das denúncias de desvirtuamento, particularmente do segundo componente do Programa e da precarização das relações de trabalho, por exemplo. Lembrou ainda que a Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica, aprovada pelo Pleno, tem a responsabilidade de aprofundar o debate da Farmácia Popular e dos medicamentos excepcionais, propriedade intelectual, entre outros assuntos. Conclamou ao Pleno para que estrutura a Comissão, considerando que o tema assistência farmacêutica é recorrente nas reuniões do CNS e o Pleno precisa responder adequadamente. Conselheiro **Eduardo Santana** destacou que a Farmácia Popular passou a preocupar-se com a disponibilização de medicamentos de maneira a não passar pelo SUS. Disse que, após quatro anos do lançamento, os problemas e as dificuldades relativas à disponibilização e dispensação de medicamentos nas unidades do SUS continuam. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** propôs que o CNS ajude o Ministério da Saúde na fiscalização do processo com visita aos estabelecimentos credenciados (farmácias 1 e 2) nos seus estados para fiscalizar esses locais. Também disse que o Conselho precisa debater que parte dos usuários de medicamentos das farmácias populares é beneficiária de planos de saúde, porque os planos não disponibilizam medicamentos. Conselheira **Rosângela Santos** perguntou se é possível ampliar a lista de medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular, incluindo aqueles mais demandados. Também quis saber sobre a possibilidade de avaliação do Programa no que se refere ao abandono de tratamento por falta do medicamento. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que é preciso aprofundar o debate da política de assistência farmacêutica. Conselheiro **Luiz Carlos C. Fernandes Júnior** perguntou qual o impacto financeiro do Programa e os resultados do componente 2. Conselheiro **Ciro Mortella** disse que é a favor da integralidade e a questão do medicamento deve estar contemplada no âmbito do conceito da integralidade no SUS. Entretanto, concorda que não é tudo. Disse que o Programa é interessante, pois o país, concomitantemente, trabalha a construção da integralidade e faz experiência com alternativas contemporâneas de co-participação. Por fim, concordou que o setor privado deve caminhar no sentido da garantia da integralidade da assistência.

Retorno da mesa. Dr. **Reinaldo Guimarães** disse que, diante da riqueza das intervenções, não seria possível esgotá-las e, portanto, apoiou a proposta de instalar a comissão de assistência farmacêutica do CNS. Primeiro, fez a seguinte preservação de ordem conceitual: os princípios do SUS devem ser preservados, contando que essa preservação colabore com o princípio primeiro do SUS de sustentar e melhorar o estado da saúde da população. Exemplificou que a integralidade está contemplada na Lei nº 8.080/90, mas não está regulamentada. Essa lacuna, segundo o coordenador, possibilita a epidemia de judicialização de medicamentos. Enfatizou que entender que o princípio constitucional do direito à saúde como direito das pessoas e dever do Estado pode ser amparado no princípio da integralidade tal como está levará o SUS a falência. Disse que é preciso regulamentar a integralidade, o que significará limitar direitos não apenas por uma questão financeira. Ressaltou que a ausência de regulamentação

levará ao uso cada vez mais irracional de medicamentos. Concordou com a avaliação de que a Farmácia Popular é fruto de uma derrota (nos 20 anos do SUS, houve pouco avanço no que se refere ao acesso a medicamento). Contudo, disse que o Programa é uma resposta a situação posta, visando a ampliação e qualificação do acesso aos medicamentos. Com esse reconhecimento, o Pleno aprovou o Programa ainda com ressalvas. Ressaltou que é preciso reconhecer que não foi possível organizar a assistência farmacêutica em alguns municípios e estados e isso gera a judicialização e essas ações, muitas vezes, são corretas. Explicou que a proporção do gasto da Farmácia Básica em relação ao orçamento do Ministério da Saúde com medicamentos é de menos de 10% do orçamento do Ministério e menos de 5% considerando as contribuições dos orçamentos dos estados e dos municípios para compor o orçamento de medicamentos do SUS. Ressaltou que não procede a informação de que o Ministério da Saúde não investe na assistência farmacêutica básica (em 2007 e 2008, houve aumento do *per capita* da assistência básica de R\$ 2,75 para R\$ 4,1). Contudo, ressaltou que, mais que investir mais recursos, é preciso garantir sistemas locais de assistência farmacêutica para resolver os problemas colocados. Sobre o aumento da oferta de medicamentos na farmácia popular, explicou que a bolsa coletora tais quais outros medicamentos essenciais serão incluídos, para melhorar o acesso, quando o orçamento permitir. Ressaltou que a Ministra Helen Graice disse que o SUS pode e deve estabelecer o que deve ser ressarcido e não pode disponibilizar o que as ações judiciais determinam, contudo, por conta da grande pressão, a Ministra definiu que a decisão não é vinculante. Ressaltou que até março o STF julgaria outra ação, cujo relator é o Senador Marco Aurélio de Mello, que propõe súmula vinculante. Assim, disse que o CNS precisa discutir essa questão. Sobre o orçamento vinculado ao SUS, disse que é preciso discutir essa questão em profundidade, pois há interpretações distintas (está no orçamento do SUS o que é subsidiado). Disse ainda que buscaria maiores informações sobre a gestão do trabalho precarizada em relação à Farmácia Popular. Enfatizou que o Programa é resultado de uma derrota, cujos responsáveis são os gestores do SUS, configurando-se em um passo no sentido de melhorar o acesso da população ao uso racional de medicamentos. Finalizando, agradeceu o espaço e as contribuições dos conselheiros. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** agradeceu o Secretário e destacou que esse debate não se esgotava nesse momento. A seguir, pontuou os encaminhamentos: consolidar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; instalar a Comissão de Assistência Farmacêutica; e discutir o orçamento do Programa Farmácia Popular. O Secretário **Reinaldo Guimarães** disse que a Comissão poderia contribuir com o acompanhamento mais permanente da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Nesse sentido, comprometeu-se a discutir com a Comissão. Conselheira **Fabiola de Aguiar Nunes** explicou que pesquisas sobre a judicialização demonstram que os juízes geralmente acolhem a solicitação, o que aponta que os prescritores estão na base do problema. Ressaltou que o atendimento das prescrições médicas não resulta na melhoria da assistência farmacêutica. Nesse sentido, destacou que os operadores do direito devem exigir que, a partir das diretrizes da política nacional de assistência farmacêutica, cada gestor na sua respectiva esfera de gestão formule e implante a política de assistência farmacêutica. Os gestores que não cumprirem essa determinação devem ser responsabilizados juridicamente. Em síntese, disse que é preciso dois movimentos: ação junto aos médicos para que não prescrevam, por exemplo, medicamentos não autorizados pela ANVISA e não suficientemente testados e aos gestores para que formulem e implementem a política na sua respectiva esfera de gestão. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** defendeu que nenhuma ação de saúde do SUS deve ter custo adicional para os usuários. Reiterou que o Programa não deve ter nenhum custo para o usuário, portanto, deve ser financiado por rubrica que não a do SUS. Nesse sentido, defendeu que o CNS se manifeste ao Ministério da Saúde, por meio de recomendação, para que o orçamento do Programa não faça parte do orçamento do Ministério. Também sugeriu enviar ofício aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde solicitando informações sobre as farmácias populares, com foco em duas questões: exercício da atenção farmacêutica e as relações de trabalho. Conselheiro **Raimundo Sotero** disse que é preciso rever o protocolo de medicamento do **CASI**. Finalizando, a mesa agradeceu o Secretário e colocou em apreciação os seguintes encaminhamentos, que foram aprovados: **instalar a Comissão de Assistência Farmacêutica (no dia seguinte, os interessados devem procurar o conselheiro Ronald Ferreira); e enviar ofício aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde solicitando informações sobre as farmácias populares, com foco em duas questões: exercício da atenção farmacêutica e as relações de trabalho.** A respeito da proposta de recomendação acerca do orçamento do Programa Farmácia Popular, acordou-se que será tratada no dia seguinte durante o debate da COFIN/CNS, pois a Comissão apresentará a proposta de transformar em resolução a Recomendação nº 11/2005, que propõe que os recursos do Programa Farmácia Popular não conte para efeitos do cumprimento da EC nº 29. **ITEM 8 – PROGRAMA DE ANÁLISE DE RESÍDUOS DE AGROTÓXICO EM ALIMENTOS** – Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora do CNS. Apresentação: **Luis Cláudio Meirelles** – Gerente Geral de Toxicologia/ANVISA/MS. O expositor iniciou explicando que faria abordagem sobre o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos – PARA a reavaliação dos agrotóxicos. Como primeiro ponto, disse que a Gerência Geral

de Toxicologia – GGTOX é responsável pelo desenvolvimento, planejamento e orientação do Sistema Nacional de Vigilância Toxicológica, com objetivo de regulamentar, analisar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde, notadamente, agrotóxicos, componentes e afins e outras substâncias químicas, agentes ou substâncias de interesse toxicológico. No caso do agrotóxico, o país possui legislação que permite avaliar os protocolos de acordo com os critérios estabelecidos. Nas atividades pré-registro, explicou que a GGTOX é responsável pela definição: de limite máximo de resíduos e ingestão diária Aceitável e de modalidades de aplicação e medidas de segurança e pela elaboração de fichas técnicas sobre agrotóxicos - “Monografias” e de Normas e Regulamentos Técnicos. Nas atividades pós-registro, a GGTOX é responsável por: reavaliação dos agrotóxicos registrados, coordenação do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos – PARA, coordenação da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – RENACIAT e coordenação das ações de Saúde do Trabalhador na ANVISA. Abordou os efeitos à Saúde Humana, com destaque aos seguintes dados: a cada 100 trabalhadores rurais, entre 1 e 3 sofrem intoxicações agudas por agrotóxicos; estimam-se de 1 a 5 milhões de casos de intoxicações por agrotóxicos/ano, resultando em 20.000 fatalidades entre os trabalhadores rurais; e países em desenvolvimento: Maioria dos casos de intoxicação (utilizam 25% da produção mundial de agrotóxicos e contabilizam 99% das mortes (intoxicação/agrotóxicos)). Explicou que, em 2007, o faturamento líquido da indústria química brasileira foi de R\$ US\$ 103,5 bilhões, sendo o faturamento com agrotóxico US\$ 5,4 bilhões. Com relação ao registro, disse que é feito conjuntamente pelo Ministério da Agricultura, ANVISA e IBAMA, sendo, respectivamente responsáveis por: parecer agrônomo, parecer toxicológico e parecer ambiental. Pela legislação, o agrotóxico ao ser registrado, possui registro eterno, contudo, a qualquer novidade científica ou nova informação de risco à saúde humana, o produto pode ser chamado à reavaliação. Explicou que o foco da avaliação toxicológica é a exposição ocupacional e a exposição através da dieta. A seguir, apresentou histórico sobre o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos no Brasil, com destaque para: ANVISA – 2001: Projeto do PARA em articulação com vigilâncias sanitárias estaduais e laboratórios; 2002 – Início do PARA nos 4 estados e 4 laboratórios (MG, PR, PE, SP); 2003 – Efetivação como Programa (9 estados - MG, PR, PE, SP, ES, MS, PA, RJ, RS) - Base Legal - Resolução RDC 119/2003; 2004 – Extensão para mais 4 estados (13: MG, PR, PE, SP, ES, MS, PA, RJ, RS, AC, GO, SC, TO); 2005 – Extensão para mais 3 estados (16: MG, PR, PE, SP, ES, MS, PA, RJ, RS, AC, GO, SC, TO, BA, SE, DF); 2008 – Inserção de novos Estados (treinamento) - (AM, AP, CE, MA, MT, PB, PI, RN, RO, RR). Explicou que a estrutura do Programa é a seguinte: Coordenação geral Gerência Geral de Toxicologia: Coordenação Técnica - Gerência Geral de Laboratórios-LACEN/GO e Novos; Grupo de Apoio - Técnicos da GGTOX FUNED/MG, LACEN/PR e ITEP/PE; Coordenação de Amostragem - Alternância entre as VISAs Estaduais, VISAs ESTADUAIS - Exceção da VISA/SP e VISA/AL. Esclareceu que o objetivo geral do PARA é garantir a qualidade de alimentos submetidos a tratamentos com agrotóxicos e afins - segurança alimentar. Detalhou que os objetivos específicos são: identificar e quantificar os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos; rastrear a origem dos problemas e subsidiar ações de vigilância sanitária para minimizar os efeitos agudos e crônicos dos agrotóxicos; fortalecer a rede de laboratórios de saúde pública; avaliar o uso e mapear a distribuição dos agrotóxicos; disponibilizar informações à sociedade. Acrescentou que o Programa abrange todos os Estados, com exceção de São Paulo e Alagoas. Continuando, falou das culturas monitoradas pelo PARA. Até 2007, eram analisados nove alimentos: alface, banana, batata, cenoura, laranja, maçã, mamão, morango e tomate. A partir de 2008 passaram a ser analisados mais oito alimentos: arroz, feijão, abacaxi, cebola, manga, pimentão, repolho e uva. Nas análises são analisados 164 ingredientes ativos para cada amostra de alimento. Em seguida, mostrou um quadro com percentual de amostras com irregularidades (%), com destaque para os dados de 2007 dos seguintes alimentos que possuem os índices mais elevados: alface – 40%, tomate – 44,72%; e morango – 43,62%. Continuando, citou ações de coordenação do PARA: 1- Rede de Laboratórios: ensaio de proficiência – Análise dos resultados obtidos pelos laboratórios do PARA das amostras do provedor FAPAS (“Food Analysis Performance Assessment Scheme”), ensaio interlaboratorial nos laboratórios integrantes ao PARA, termo de referência para aquisição por licitação de equipamentos para Laboratórios Centrais de Saúde Pública – LACENS envolvidos no programa de análise de resíduos de agrotóxicos em alimentos (PARA); 2- Contrato Correios - Envio das amostras por SEDEX 10; 3- Capacitação dos agentes do PARA - Treinamento continuado em procedimentos operacionais de amostragem e em toxicologia de agrotóxicos, Participação do I Simpósio Brasileiro de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos 08 a 11 de abril de 2006 e Participação no Curso de Defesa do Consumidor MJ. Também elencou as ações pós-resultados de análise em 2007: Nota Técnica Conjunta sobre os resultados para alertar os órgãos de fiscalização, indústria e comércio; GT formado por diferentes instituições para elaboração de material educativo; Mapa; ANVISA e IBAMA = regulamentação para “minor crops” (culturas de suporte fitossanitário insuficiente); Um total de 19 Estados realizaram reuniões locais com diferentes instituições; Ministério Público, Secretarias de Agricultura, Meio Ambiente, Associações de Supermercados, Ministério da Agricultura e produtores rurais; e Criação de

Fórum ou Grupos de Trabalhos nos Estados para discutir o uso e controle do agrotóxicos na maioria dos estados integrantes do PARA. A seguir, falou do processo de reavaliação de agrotóxicos, exemplificando que o registro de agrotóxicos não possui prazo de validade ou de renovação – é eterno. Contudo, alguns elementos podem subsidiar reavaliações como: dados epidemiológicos - RENACIAT; suspeitas de efeitos carcinogênicos, teratogênicos, mutagênicos, neurotóxicos; desregulação endócrina; decisões internacionais de restrições ou banimento de produtos; e alertas de organizações internacionais. Detalhou que esse processo de reavaliação é feito com base na seguinte legislação: Lei 7.802/89 - quando organizações internacionais responsáveis pela saúde, alimentação ou meio ambiente, das quais o Brasil seja membro integrante ou signatário de acordos e convênios, alertarem para riscos ou desaconselharem o uso de agrotóxicos, seus componentes e afins, caberá à autoridade competente tomar imediatas providências, sob pena de responsabilidade; e Decreto 4074/02, Art. 2º, VI - Cabe aos Ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Saúde e do Meio Ambiente, no âmbito de suas respectivas áreas de competências: promover a reavaliação de registro de agrotóxicos, seus componentes e afins quando surgirem indícios da ocorrência de riscos que desaconselhem o uso de produtos registrados ou quando o País for alertado nesse sentido, por organizações internacionais responsáveis pela saúde, alimentação ou meio ambiente, das quais o Brasil seja membro integrante ou signatário de acordos. Como resultados das avaliações, pode-se: manter o registro sem alterações; manter o registro, mediante a necessária adequação; propor a mudança da formulação, dose ou método de aplicação; restringir a comercialização; proibir, suspender ou restringir a produção ou importação; proibir, suspender ou restringir o uso; e cancelar ou suspender o registro. Citou alguns ingredientes ativos reavaliados de 2000 a 2007 e os resultados, dentre os quais, destaca-se: Paration Metílico, Monocrotofós (registro cancelado), Metamidofos, Alaclor, Captan, 2,4-D (reavaliação não concluída em função da apresentação de novos estudos e Metaldeído. Listou ingredientes ativos a serem reavaliados em 2008: Cyhexatina - alta toxicidade aguda, suspeita de carcinogenicidade para seres humanos, toxicidade reprodutiva e neurotoxicidade, Acefato - neurotoxicidade, suspeita de carcinogenicidade e de toxicidade reprodutiva e a necessidade de revisar a Ingestão Diária Aceitável, Glifosato- larga utilização, casos de intoxicação, solicitação de revisão da Ingesta Diária Aceitável (IDA) por parte de empresa registrante, necessidade de controle de impurezas presentes no produto técnico e possíveis efeitos toxicológicos adversos, Abamectina - toxicidade aguda e suspeita de toxicidade reprodutiva do IA e de seus metabólitos, Lactofem - carcinogênico para humanos, Triclorfom - neurotoxicidade, potencial carcinogênico e toxicidade reprodutiva, Parationa Metílica - neurotoxicidade, suspeita de desregulação endócrina, mutagenicidade e carcinogenicidade, Metamidofós - alta toxicidade aguda e neurotoxicidade, Fosmete - neurotoxicidade, Carbofurano - alta toxicidade aguda, suspeita de desregulação endócrina, Forato - alta toxicidade aguda e neurotoxicidade, Paraquate - alta toxicidade aguda e toxicidade crônica, Tiram - estudos demonstram mutagenicidade, toxicidade reprodutiva e suspeita de desregulação endócrina e Endossulfam - alta toxicidade aguda, suspeita de desregulação endócrina e toxicidade reprodutiva. Detalhou, em seguida, fatores de influência no mercado de agrotóxicos do Brasil, sendo: restrições e proibições de agrotóxicos mais tóxicos na Comunidade Européia com a nova legislação – REACH; Programa da Agência de Proteção Americana para testar produtos agrotóxicos para desregulação endócrina – auto cancelamento de registros; e proibições de agrotóxicos muito tóxicos na China e Índia. Comentou também os novos critérios da Europa para avaliar Agrotóxicos, que são: “REACH” (Registro, avaliação e autorização de químicos) entrou em vigor em 2008; Regulamento aprovado no Parlamento Europeu – 13 de janeiro de 2009, entrada em vigor em 2011 para todos os estados membros e, já em 2009, proibição de 22 ingredientes ativos. Ressaltou as proibições da Comunidade Européia para substâncias: tóxica para a reprodução, carcinogênica, desregulador Endócrino (desregulação hormonal), não pode ser considerada um Poluente Orgânico Persistente, agrotóxicos neurotóxicos irão para a lista de substituição e proibição de uso de agrotóxicos em espaços públicos como parques, playgrounds, pátios de escolas e hospitais. Informou ainda a proibição de cinco Agrotóxicos Organofosforados - OPs na China, em 2007: Methamidophos, Parathion, Methyl-parathion, Monocrotophos e Phosphamidon. Por outro lado, destacou a produção dos 5 OPs na China em 1999: 25% do total de agrotóxicos produzidos na China, 40% dos inseticidas e 70% organofosforados. Com relação às ações judiciais, explicou que é uma constante, mas o setor saúde tem conseguido reverter com apoio de vários outros setores. Exemplificou com os seguintes casos: ações judiciais para não apresentação dos dados de composição físico-química para impedir o registro por equivalência (AENDA, Andef e Sindag) – manutenção de liminar favorável ao Sindag por quase 2 anos; ação para determinar o registro: Benomil (produto teratogênico - Prentiss e Sinon – decisão favorável à ANVISA até o momento), Flusilazole (produto teratogênico - Du Pont - em andamento), Paration Metílico (Mentox 600 favorável à empresa Prentiss – sem apresentação dos estudos necessários); ação para impedir publicação de alterações nos produtos que se encontram no mercado à base de Acefato – decisão favorável à empresa Arysta; ação para suspender a reavaliação da Cihexatina (Sipcam) – decisão favorável à Sipcam impedindo a ANVISA de aplicar restrições aos produtos registrados à base de cihexatina; e ação para impedir as reavaliações

toxicológicas (SINDAG) – decisão favorável ao SINDAG durante 4 meses, mas a ANVISA conseguiu reverter decisão no final de novembro/08. Por fim, pontuou os desafios a serem superados: estruturar a rastreabilidade de produtos com irregularidade; ampliar amostragem de alimentos; ampliar e fortalecer canais de comunicação e promover campanhas educativas; reavaliar ingredientes ativos de importância toxicológica; fortalecer estrutura laboratorial; e estabelecer parcerias com representantes dos supermercados, dos produtores, do Ministério Público e da Sociedade Civil. **Manifestações:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou a ANVISA pela apresentação e perguntou como está o movimento para retirar de suas responsabilidades a competência da ANVISA em relação à análise de alimentos. Também sugeriu entrar em contato com o Estado de SP para que participe do PARA. Por fim, ressaltou que os CES e CMS devem ter acesso aos resultados das análises para definir estratégias locais. Conselheira **Marisa Fúria** registrou sua preocupação com a contaminação do solo e das águas por agrotóxicos, formicidas, pernidas, entre outros. Nesse sentido, disse que é preciso realizar campanha de esclarecimento dos produtores e da população sobre como eliminar essas substâncias dos alimentos antes de consumi-los. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** cumprimentou o Gerente Geral de Toxicologia/ANVISA/MS pela explanação e sua equipe pela importância do trabalho. Perguntou se existe ação concreta para prevenção ou se deve suspender a ingestão dos alimentos contaminados. Conselheiro **Jorge Venâncio** disse ser essencial desenvolver mecanismo para rastrear os produtores que utilizam agrotóxicos ilegais. De posse desses dados, é preciso fazer a divulgação para penalizar os que utilizam agrotóxicos ilegais. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** registrou a sua preocupação com o impacto dos agrotóxicos na saúde das pessoas que consomem os alimentos contaminados. Conselheira **Rosângela Santos** disse que é preciso refletir sobre o seguinte paradoxo – incentivo à alimentação saudável com consumo de frutas e alimentos contaminados por agrotóxicos. Também perguntou como ter certeza que o produto é seguro para consumo e destacou a importância de divulgar o risco da utilização de produtos contaminados. Por fim, disse que é necessário acompanhar o efeito da utilização de agrotóxicos em médio e longo prazo. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** reconheceu a importância do trabalho da ANVISA e fez os seguintes questionamentos: o agrotóxico é indispensável? Qual a situação da liberação de agrotóxico no Brasil? No caso do morango e do tomate, quando passa pelo processo de industrialização, a contaminação é extinta? O problema do agrotóxico é pela toxicidade ou pelo uso inadequado? Conselheiro **Rogério Tokarski** fez os seguintes questionamentos: como está o trabalho do genérico nesse setor? Há incentivo para o uso de substâncias biológicas para evitar o uso de agrotóxicos? Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** explicou que a discussão sobre o risco sanitário em relação aos alimentos está no plano de trabalho da Comissão de Vigilância Sanitária. Também reiterou ser essencial uma política de vigilância sanitária e destacou que a Conferência de Saúde Ambiental será um espaço importante para aprofundar esse debate. **Retorno da mesa:** **Luis Cláudio Meirelles**, Gerente Geral de Toxicologia/ANVISA/MS, fez os seguintes comentários: acabou o movimento para retirar competência da ANVISA – e, no momento, há relação interministerial melhor; é importante reinserir o Estado de São Paulo no PARA (o monitoramento é feito em nível local com instituto biológico); faz-se necessário levar esse debate para os conselhos de saúde; Pernidas e outros – é essencial que a normatização abarque os produtos veterinários; alimentos processados - as indústrias de grande porte têm laboratórios para verificar contaminação; a Agência está discutindo a possibilidade de definir estratégia de análise de alimentos processados principalmente para aqueles cujos alimentos *in natura* são mais problemáticos; deve-se investir na prevenção; o estudo dos efeitos das substâncias é completo – de acordo com protocolos internacionais; as decisões da Agência são tomadas de acordo com estudos; há empresas que querem trabalhar com produtos categorizados como “genéricos”, mas, do ponto de vista de responsabilidade social, querem assumir muito pouco; as empresas que atendem aos protocolos internacionalmente adotados e à legislação em vigor no país recebem o registro; rastreabilidade - é um dos desafios do Programa - o Distrito Federal possui programa de rastreabilidade que consegue verificar todos os produtos comercializados no local e o Paraná também implantou legislação; a informação do Programa tem permitido uma série de ações, mas a intenção é ter uma capacidade laboratorial capaz de dar uma resposta a tempo e a hora (as análises duram, em média, trinta dias); é urgente a definição de programa de controle de agrotóxico nas águas; as análises apontam pouco resíduo de agrotóxicos proibidos; a questão refere-se ao resíduo de produtos não autorizados para determinada cultura; a ideia é evoluir para uma situação de resíduos de substâncias químicas que não represente risco à saúde humana; a situação atual é de informação e de mudanças dos parâmetros de segurança em relação aos produtos, permitindo substituição de substâncias mais perigosas à saúde humana; liberação de substância em outros países – O Brasil também utiliza como referência a autorização de produtos em outros países; e métodos biológicos – a ANVISA, junto com uma plataforma do CNPQ, desenvolveu normatização para registro de produtos em fases (ser “natural” não significa que não faz mal à saúde, portanto, precisam de avaliação); e a informação permite mudar o quadro de contaminação e, por parte dos estados, buscar alternativas de uso. Por fim, apresentou a sua equipe técnica que estava presente à reunião. **Encaminhamentos: definir estratégia de comunicação com os conselhos estaduais**

para divulgar informações sobre o tema; elaborar moção de apoio ao trabalho da Gerência Geral de Toxicologia/ANVISA; verificar com o DATASUS a possibilidade de transmissão das apresentações feitas durante a reunião do CNS e, não sendo possível, disponibilizar, na página do CNS, essas apresentações; verificar com a GGTOX conteúdos para serem disponibilizados na página do CNS para divulgação; solicitar explicações sobre o motivo pelo qual São Paulo e Alagoas não fazem parte do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos; promover maior aproximação da Comissão de Vigilância Sanitária com a ANVISA; e solicitar à comissão organizadora da 1ª CNSA a participação da ANVISA para tratar da pauta relativa à utilização de agrotóxicos. Finalizando, a mesa agradeceu o expositor pela riqueza da apresentação e encerrou o primeiro dia de reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares*: Afonso Magalhães, Antônio Alves de Souza, Arilson da Silva Cardoso, Cândida Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Eduardo Santana, Eufrásia Santos Cadorin, Fabíola de Aguiar Nunes, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Marcos de Oliveira, Jurandi Frutuoso, Jurema Pinto Werneck, Maria Goreti de Lima, Maria Helena Machado, Raimundo Sotero, Rogério Torkaski, Ronald Ferreira dos Santos, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Wilen Heil e Silva. *Suplentes*: Alceu José Peixoto Pimentel, Alquerme Valvasori, Armando Tadeu Gastapaglia, Arnaldo Marcolino, Denise Torreão C. da Silva, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Geraldo Alves Vasconcelos, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Caetano Rodrigues, Jovita José Rosa, Luiz Carlos C. Fernandes Jr., Maria Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza A. Antunes, Marília Ehl Barbosa, Marisa Fúria, Ricardo Donizeti de Oliveira e Walter Gomes de Souza.

ITEM 7 – ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PACTO PELA SAÚDE – Coordenação: Conselheiro Francisco Batista Júnior, Presidente do CNS. Apresentação: Silvana Leite, Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada/CGAGD/DAD/MS. Convidado: Leonardo Pimentel Berzoini, Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada/CGAGD/DAD/MS. Inicialmente, o Presidente do CNS lembrou que, ao discutir a proposta do Pacto pela Saúde, o Pleno destacou a sua importância na perspectiva de regulamentação do Sistema, mas, pontuou a dificuldade de sua implementação. Portanto, foi ressaltada a necessidade de envolvimento dos conselhos de saúde para implementá-lo. Passado tempo de seu lançamento, disse que a idéia é tomar conhecimento do processo de implementação do Pacto, tendo sido convidado a participar desse debate a Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada/CGAGD/DAD/MS. Dra. Silvana Leite, da Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada/CGAGD/DAD/MS, inicialmente, informou que apresentara recentemente o Pacto pela Saúde na Plenária de Conselhos de Saúde com rico debate sobre o assunto, e destacou os seguintes aspectos: Histórico das pactuações do SUS, O Pacto pela Saúde, Dimensões, Diretrizes Operacionais, Unificação dos Pactos, GT de Monitoramento e Avaliação, Planejamento e RAG, Avanços, Situação da adesão nos estados e municípios, Regionalização, CGR/PDR e Comunicação do Pacto. Historiou que, em 1999, o DAB realizou a 1ª Pactuação de Indicadores da Atenção Básica, com dois blocos de Responsabilidades: Gestão da Atenção Básica Operacionalização, Planejamento, Regulação, Controle e Avaliação, Vigilância Sanitária, Desenvolvimento de RH e Fortalecimento do Controle Social no município; Atenção às Pessoas - Ações educativas, Ações focadas em grupos de risco, Investigação de doenças de notificação compulsória, Controle de qualidade de produtos e serviços, Controle de qualidade para a água de consumo, Atendimento às urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica. Ressaltou que no Pacto da Atenção Básica (Portaria 3.925, de 13/11/1998) também foram pactuadas: 16 Ações de Atenção Básica dirigidas a grupos específicos da população; 14 Indicadores para avaliação da atenção básica nos municípios habilitados na NOB-SUS 01/96; 1 Indicador para avaliação da atenção básica nos municípios qualificados para receber incentivo de combate às carência nutricionais; 14 Indicadores para acompanhamento da atenção básica nos municípios qualificados para receber incentivo às ESF; e 4 Indicadores para acompanhamento da atenção básica na população coberta pelo programa nos municípios qualificados para receber incentivo às Equipes de ACS. Em 2001, a SVS realizou a 1ª programação pactuada da vigilância em saúde, com negociação de metas e pactuação de indicadores. Em 2002, a pactuação da Atenção Básica é realizada utilizando o aplicativo SIS-PACTO. Em 2003, a unificação das Pactuações – PAB, PPI, PPI-VS. Explicou que o novo Pacto da Atenção Básica – Portaria 493, de 10/03/2006, define Indicadores Principais e Complementares: 8 Indicadores da Saúde da Criança (6 principais e 2 complementares); 6 Indicadores de Saúde da Mulher (3 principais e 3 complementares); 3 Indicadores do Controle de Hipertensão Arterial (2 principais e 1 complementar); 2 Indicadores do Controle de Diabetes Mellitus (1 principal e 1 complementar); 2 Indicadores do Controle da Tuberculose (1 principal e 1 complementar); 2 Indicadores de eliminação da hanseníase (2 principais); 4 Indicadores de saúde bucal (2P e 2C). Além disso, essa Portaria define três Indicadores Gerais: 2 principais - Proporção da pop. coberta pelo PSF e Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas e 1 complementar - Média mensal de visitas domiciliares por família. Continuando, falou da Política Nacional de Atenção Básica – Portaria 648, de 28/03/2006, que estabelece a revisão de diretrizes e

normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS a partir dos seguintes princípios gerais: define as responsabilidades de cada esfera de governo; infra-estrutura e recursos necessários; cadastramento das unidades que prestam serviços básicos de saúde; processo de trabalho e atribuições dos membros das EAB; e processo de educação permanente. Em 2006, continuam em separado o PAB e a PPI-VS. A seguir, detalhou que o Pacto pela Saúde 2006 que visa responder a desafios do SUS como fragmentação das políticas, unificação dos recursos, necessidade de avançar nas formas de financiamento do Sistema e qualificação da gestão. Nesse sentido, estabelece a substituição do processo de habilitação, a adesão ao Pacto e a Assinatura do Termo de Compromisso de Gestão - "Todos os gestores são plenos na responsabilidade pela saúde de sua população". Explicou que as dimensões são: Pacto pela Vida – conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados de forma tripartite – 11 prioridades; Gestão – valoriza a relação solidária entre gestores, definindo diretrizes e responsabilidades expressas em Termos de Compromisso de Gestão; e Defesa do SUS – expressa os compromissos entre gestores com a consolidação do processo de Reforma Sanitária e articula ações que visam qualificar e assegurar o SUS como sistema público. Comentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão – Portaria 699, de 30/03/2006, detalhando que o Termo de Compromisso de Gestão (TGC) contem: declaração pública dos compromissos assumidos pelos gestores e formalização dos Pactos pela Vida e de Gestão. Acrescentou que são anexos dos TGC: Extrato do TCEP, Declaração de comando único da CIB, TLFG e Relatório dos Indicadores de Monitoramento (gerado por um sistema informatizado, a partir de 2007). Explicou que a Portaria 91, de 10/01/2007, regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e DF: 38 Indicadores Principais e 12 Indicadores Complementares. O instrutivo está disponibilizado no www.saude.gov.br/sispacto. Além disso, define que o Ministério da Saúde estabelecerá, para cada UF, até 30 de novembro do ano anterior, as metas dos indicadores do Pacto pela Saúde – em 2007, o prazo foi 15/01/2007. As SES se manifestam até 30/01 de cada ano e o MS se manifesta até 15/02 de cada ano (prazos excepcionais para 2007: 15/02 e 28/02). Além disso, os municípios propõem suas metas e a SES analisa e envia para homologação da CIB e aprovação no CES e envia ao MS até 30/03 de cada ano. As ações de vigilância sanitária são pactuadas sob a denominação de PAVS – Portaria 64, 30/05/2008. Explicou que as prioridades do Pacto pela Vida 2008, definidas na Portaria 325, de 21/02/2008, são as seguintes: 1) Saúde do Idoso, 2) Controle do câncer do colo do útero e da mama, 3) Redução da mortalidade infantil e materna, 4) Fortalecimento da capacidade de reposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase: dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, 5) Promoção da Saúde, 6) Fortalecimento da Atenção Básica, 7) Saúde do Trabalhador (prioridade estabelecida pelo CNS em 2007), 8) Saúde Mental (prioridade estabelecida pelo CNS em 2007), 9) Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência (prioridade estabelecida pelo CNS em 2007), 10) Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e 11) Saúde do Homem. Acrescentou que a Portaria 325/08 estabelece 37 Indicadores Principais e 17 Complementares e os seguintes prazos em 2008: 21/03: manifestação formal das SES junto ao MS sobre as metas propostas para cada estado, 30/03: pactuação unificada entre SMS e SES e Abril: homologação das metas estaduais pela CIT. Destacou também que a Portaria 1.697, de 12/07/2007, instituiu, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho responsável pelo processo de pactuação unificada de indicadores e pelo monitoramento da implantação e indicadores do Pacto pela Saúde. Entre as suas atribuições, destacam-se: a formulação e implantação da proposta de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para a esfera federal, incluindo os aspectos conceituais, metodológicos e operacionais; e o acompanhamento da implementação do monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde das demais esferas de gestão do SUS. Detalhou que o GT de Monitoramento e Avaliação do Pacto foi responsável pelo Relatório de Avaliação do Pacto pela Saúde – 2007. Acrescentou que a Portaria 48, de 12/01/2009, define que ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Falou também da Portaria 3.176, de 24/12/2008, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. No Art. 2º, define que o Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada esfera de governo e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão (TCG).” Ressaltou que o PS, as respectivas PAS e os RAG têm por finalidades, entre outras: I - apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua competência territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema; II - possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados; III - apoiar a participação e o controle sociais; e IV - subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria. A seguir, listou os avanços do Pacto pela Saúde: instituição da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão considerando que todos os gestores são plenos na sua responsabilidade - explicita a adesão,

abre a possibilidade de um novo movimento de pactuação, apontando para uma qualificação permanente; regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; proposição de um financiamento tripartite - integrar as várias formas de repasse dos recursos federais de custeio e formular critérios de equidade nas transferências fundo a fundo; unificação dos vários pactos existentes - Portaria 91/GM, de 10 de janeiro de 2007; aproximação entre as responsabilidades pactuadas e os instrumentos de planejamento do SUS - Portaria 3.176/GM, de 24 de dezembro de 2008. Também falou da situação da adesão dos estados, explicando que apenas o Estado do Piauí não apresentou Termo de Compromisso de Gestão Estadual à Tripartite. Em relação aos municípios, destacou que 681 foram habilitados em GPSM até 2004 e 2728 aderiram ao Pacto. No que diz respeito à regionalização, pontuou os seguintes aspectos: permite romper com a lógica político-administrativa, respeito às realidades locais, redefine critérios para os desenhos das regiões, processo de planejamento e organização da rede de serviços a partir da necessidade de saúde da população, reconhecer Região de Saúde como espaço de produção da saúde – organização da rede de atenção e enfrentamento dos problemas coletivos, descentralização para as CIB, dos processos de credenciamento de serviços. Falou também dos Colegiados de Gestão Regional, explicando que se trata de espaços intergestores de articulação e pactuação, correspondente a uma região de saúde, que se constitui como instância capaz de gerar novas possibilidades de gestão no âmbito do SUS, com potencialidade para qualificar e diferenciar o processo de regionalização da saúde. Considerado como imprescindível a um processo de regionalização qualificado, deverá operar como espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, garantindo e aprimorando a aplicação dos princípios do SUS. Além disso, devem ser constituídos com a participação de todos os gestores municipais da Região de Saúde e por representantes dos gestores estaduais, que deverão, juntos, definir as prioridades regionais e pactuar soluções, objetivando a organização de uma rede de ações e serviços de atenção à saúde integral e resolutive. Além da deliberação CIB, sobre a constituição dos CGR, há a necessidade de formalização da adesão ao pacto pelo estado (TCGE) e comunicação formal à CIT. Disse que até o momento foram constituídos 352 Colegiados que estão presentes em 17 Estados, totalizando 4.578 municípios. Por fim, apontou como prioridades da agenda 2009: avançar em relação às adesões municipais; avançar no que se refere ao termo de compromisso de gestão, plano e relatório de gestão; e acompanhar a constituição dos colegiados de gestão e o funcionamento. **Manifestações:** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou se há dados epidemiológicos sobre o impacto da implantação do Pacto nesse período. A expositora respondeu que não existem, mas, através do relatório de avaliação é possível verificar se houve melhoria das condições de vida. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** ressaltou que, após a apresentação do Pacto, houve grande divulgação da proposta, mas esse movimento não continuou. Diante do novo cenário político, salientou que é necessária estratégia para retomar a discussão. Também perguntou sobre a responsabilidade sanitária do gestor no caso de descumprimento. Ressaltou ainda que os estados e os conselhos de saúde não têm conhecimento da rubrica que repassa os recursos para fortalecer o SUS. Por fim, perguntou: que avanços foram alcançados em relação à saúde da mulher e ao combate à tuberculose? Como está a atenção básica na visão do Pacto? Conselheiro **Antônio Alves de Souza** solicitou a SE/CNS que disponibilize os instrumentos publicados relativos ao Pacto, com destaque à Portaria 148/2009. Também fez os seguintes encaminhamentos: criar comissão do CNS para aprofundar o debate sobre o Pacto pela Saúde; incluir na agenda política do CNS a defesa do Pacto pela Vida; promover debate no CNS no sentido de definir espaço para acompanhar os colegiados de gestão regional; e definir estratégia para que os conselheiros acompanhem a implementação do Pacto nos seus estados. Conselheiro **Jurandi Frutuoso** parabenizou a expositora pela apresentação e o CNS por ter pautado esse debate, considerando o papel do colegiado de avaliar as políticas públicas. Reiterou a necessidade de trabalho intenso para ampliar a adesão dos municípios e ampliar a implantação dos Colegiados de Gestão Regional. Pontuou também a importância de realizar atividade com os novos secretários municipais de saúde para trabalhar os instrumentos de gestão: Plano de Saúde, Programação Anual, Relatório de Gestão, Termo de Compromisso de Gestão. Por fim, disse ser importante que SPO, DENASUS, CONASS, CONASEMS e órgãos de controle passem a dialogar para terem a mesma noção desses instrumentos. Conselheira **Rosângela Santos** sugeriu que os conselheiros levassem ao Conselho Estadual a dinâmica para aderir ao Pacto, para que o Conselho faça o acompanhamento desse processo. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, em termos da Política Nacional de Saúde Bucal, informou que o Ministro da Saúde instigou a Coordenação de Saúde Bucal a fazer um levantamento epidemiológico para identificar os avanços dessa política. Portanto, disse que o mesmo poderia ser feito em relação ao Pacto. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** registrou a primeira participação do Conselheiro Celso Fernando Ribeiro de Araújo na reunião do CNS. Conselheira **Lílian Aliche** perguntou quais municípios indicam que vão atender as prioridades. Conselheiro **Arnaldo Marcolino** sugeriu que os Conselhos se unam às plenárias regionais de conselhos para acompanhar o Pacto e que fosse feita discussão com comunicadores para utilizar o rádio como instrumento de valorização do SUS. Conselheira **Eufrásia Santos Cadorin** sugeriu parceria

do CNS e SGEF para definir estratégia de educação permanente para que os conselhos acompanhem a implementação do Pacto nos estados. No mais, disse que é preciso pensar em indicadores de qualidade das ações. **Retorno da mesa:** Dra. **Silvana Leite**, da Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada/CGAGD/DAD/MS, fez os seguintes comentários: o Termo de Compromisso de Gestão deve ser periodicamente discutido nos conselhos de saúde para redefinir as estratégias no sentido de enfrentar as dificuldades; avanços em relação à saúde da mulher e ao combate à tuberculose – sugestão de definir especificamente com as áreas responsáveis, mas, no Relatório de Avaliação do Pacto 2007 essas questões serão tratadas; mudança na gestão municipal – o Ministério da Saúde está se organizando para acompanhar os gestores e para ajudá-los na utilização dos instrumentos de gestão; Saúde do idoso – é ideal que as prioridades do Pacto sejam refletidas nos planos de saúde, portanto, os conselhos devem fazer esse acompanhamento; e a base de dados do pactuado com os municípios está disponível para consulta. O Sr. **Leonardo Pimentel Berzoini**, Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada/CGAGD/DAD/MS, acrescentou que: não houve imposição do Ministério da Saúde em relação às metas; o processo de negociação foi replicado da federal para estadual e desta para a municipal; e a base de dados em relação a indicadores e metas pactuadas está disponível no www.saude.gov.br/sispacto. O Presidente do CNS agradeceu os expositores e passou aos encaminhamentos. **Encaminhamentos: verificar, dentre as comissões do CNS, uma para promover debate aprofundado sobre o Pacto ou constituir GT para fazer essa discussão; enviar correspondência aos CES solicitando manifestação sobre a implantação do Pacto nos Estados; recomendar que os organismos de controle se reúnam com os novos gestores, visando processo de capacitação sobre os instrumentos de gestão: Pacto pela Saúde, planos de saúde, relatórios de gestão, entre outros assuntos.** A seguir, Conselheira **Maria Thereza Antunes** registrou a distribuição dos exemplares “Guia de orientação e atendimento a pessoas com deficiência vítimas de violência doméstica” e “Guia de legislação sobre direitos humanos e violência doméstica contra pessoas com deficiência”. Conselheiro **Afonso Magalhães** registrou sua reclamação à SGETS/MS pelo trabalho do Grupo de Trabalho “Reconhecimento de Títulos de Medicina Expedidos em Cuba”. Inversão de pauta: **ITEM 5 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS** – Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**. Composição da mesa: Conselheira **Maria Helena Machado**; Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**; e **Sigisfredo Luis Brenelli**. Inicialmente, a coordenadora da CIRH/CNS informou que a Comissão fará seu planejamento estratégico em março de 2009 e irá sugerir ao CNS que seja pautado debate sobre regulação e regulamentação de novas profissões e exercício do trabalho da saúde no âmbito do MERCOSUL. Também reivindicou pauta para CIRH no CNS, no mínimo, a cada dois meses, dado o volume de assuntos a serem tratados no Conselho. A seguir, Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** submeteu cinco notas técnicas de cursos autorizados antes de 2005 à apreciação do Pleno, que são: 1) Instituição: Faculdade de Tecnologia e Ciências, Processo: 20078890, Curso: Medicina, Tipo: reconhecimento, Local: Salvador/Bahia, Caráter: Privado, Parecer: satisfatório ao reconhecimento do Curso de Medicina da FTC Salvador, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006; 2) Instituição: Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí, Processo: 20070901, Curso: Medicina, Tipo: reconhecimento, Local: Teresina/Piauí, Caráter: Privado, Parecer: satisfatório a reconhecimento do Curso de Medicina da NOVAFAPI, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº 350/2005, às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006; 3) Instituição: Centro Universitário Positivo – UNICENP, Processo: 20073899, Curso: Medicina, Tipo: reconhecimento, Local: Curitiba/Paraná, Caráter: Privado, Parecer: satisfatório ao reconhecimento do Curso de Medicina Centro Universitário Positivo - UNICENP, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006; 4) Instituição: Centro Universitário do Maranhão – UNICEUMA, Processo: 20071490, Curso: Medicina, Tipo: reconhecimento, Local: São Luís/Maranhão, Caráter: Privado, Parecer: satisfatório ao reconhecimento do Curso de Medicina Centro Universitário do Maranhão - UNICEUMA, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006; e 5) instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCM-PB, Curso: Medicina, tipo: Reconhecimento, Local: João Pessoa (PB), Parecer: satisfatório ao processo de reconhecimento do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCM-PB, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006. **Encaminhamento: não havendo destaques, as notas foram aprovadas. Manifestações:** Conselheiro **Eduardo Santana** propôs avaliar in loco as escolas para emissão de parecer de reconhecimento. Conselheiro **Ciro Mortella** sugeriu a elaboração de documento com esclarecimentos sobre o processo de emissão de pareceres. **Retorno da mesa:** Conselheira **Maria Helena Machado** informou que seria feita em uma publicação simples sobre o processo de emissão de pareceres. Também explicou que é inviável visitar todas as instituições, portanto, a visita somente é feita em casos pontuais. Sobre o Campus da Federal de São João Del Rei/Divinópolis, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que não foi possível fazer a visita. Assim, a visita ocorrerá em fevereiro de 2009. O GT é composto por: Conselheira Marisa Fúria,

Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, Tarcísio e Conselheira Maria Helena. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que o Comitê formado por quatro integrantes da CIRH, está trabalhando na elaboração de um manual sobre o processo de emissão de pareceres. Este manual servirá para definição de subsídios para propor a modificação da Resolução do CNS nº 350 e a reformulação do decreto para ampliar o parecer às demais profissões da área da saúde. Disse que a intenção é apresentar o resultado do trabalho do GT à CIRH até o final de março e, em maio, submeter à apreciação do Pleno. Conselheira **Denise Torreão** apresentou as seguintes demandas para CIRH, levantadas pelos trabalhadores na reunião do FENTAS: Quais as estratégias da CIRH para incluir outras profissões que não são avaliadas pelo CNS no decreto?; Que a Comissão apure o não funcionamento do hospital universitário da Universidade Federal do Piauí; Resposta à homologação do parecer CNE nº 213/08, que estabelece cargas horárias diferenciadas para as profissões de saúde não regulamentadas (o CNS aprovou a Recomendação nº 24/08, que recomenda a carga horária de 4 mil horas para as profissões da área da saúde). Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, em relação à carga horária, lembrou que participou de audiência com o MEC e, na oportunidade, esse Ministério comprometeu-se a responder à Recomendação. Porém, isso não ocorreu. **Encaminhamento: a CIRH enviará correspondência à SESu/MEC com pedido de respostas à recomendação.** A respeito do decreto, Conselheira **Maria Helena Machado** informou que o Ministério da Saúde, através da SGTES, irá propor ao MEC mudança no sentido de incluir a avaliação das demais profissões de forma paulatina e gradativa. A mesa encerrou essa primeira parte da apresentação. **Recomposição da mesa:** Dra. **Ana Stela Haddad**, Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, fez um informe sobre a denúncia em relação à Universidade de Santo Amaro - UNISA e o trabalho do GT de revalidação de diplomas. Sobre a denúncia acerca do curso de Medicina da UNISA, informou que o Departamento analisou o material da denúncia e enviou ao Departamento de Supervisão da Educação Superior/MEC. Disse que o Departamento acompanharia esse processo e manteria o CNS informado. Sobre o projeto piloto, explicou que o Grupo responsável está conduzindo o processo conforme proposta apresentada ao Pleno do CNS. Disse que, há cerca de um ano, o Ministro da Saúde incumbiu a SGTES de apontar solução à questão que envolve os estudantes brasileiros formados pela ELAN, em Cuba e, a partir desse caso, aperfeiçoar o processo nacional de validação de diplomas. Desde então, o Ministério da Saúde vem empreendendo esforços e investimentos de recursos para resolver a situação. Reiterou que se trata de um GT do governo federal, portanto, não conta com a participação de entidades. Entretanto, nesse período, O Grupo vem buscando interagir com as diferentes instâncias envolvidas no processo. Explicou que, após diálogo com ANDIFS, ao longo de 2008, esta aprovou moção de apoio ao projeto piloto. Atualmente, há dezesseis universidades públicas trabalhando juntas no processo piloto. Como resultado do trabalho das universidades e do GT foi possível elaborar matriz de equivalência, e a partir dessa proposta está em discussão um plano de estudo (grupo de estudantes enviou sugestões). Ressaltou que, nesse momento, está sendo feita a atualização cadastral dos estudantes da ELAN formados aguardando processo de revalidação. Com isso, o plano de estudos será enviado aos estudantes para que tenham tempo hábil, com tutoria, para chegar ao momento de avaliação do grupo e revalidar o diploma. Conselheira **Maria Helena Machado** explicou que a intenção do projeto piloto é unificar o processo de revalidação de diplomas no país. A Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS clarificou que o ponto de impasse é: o CFM, inicialmente, posicionou-se contra o projeto piloto e, após a construção da proposta, avaliou que o projeto piloto não deve ser feito apenas com os alunos da ELAN. Contudo, o governo decidiu manter a decisão de trabalhar somente com esses estudantes, visando definir processo equânime de revalidação para todos os estudantes formados em outro país. Conselheiro **Afonso Magalhães** disse que as entidades médicas avaliam que o governo desconsiderou a posição da categoria envolvida. Como encaminhamento, apelou para que haja negociação no sentido, inclusive, de redefinir o prazo. A diretora Ana Stela explicou que o governo está trabalhando no sentido do diálogo. Disse que o Grupo seguirá o cronograma de trabalho e aceitará as sugestões dos estudantes ao plano de estudo. Finalizou destacando que o desejo é que os estudantes aproveitem esse plano de estudo e tenham êxito na avaliação. Conselheiro **Eduardo Santana** explicou que as entidades médicas defendem regra única para todos os estudantes brasileiros formados em Medicina fora do território nacional. Em que pese essa defesa ser para o curso de Medicina, a avaliação é que a regra deve ser estendida às demais profissões. Em relação à escolha de estudantes apenas da ELAN, disse que as entidades não entendem as justificativas para escolha de estudantes apenas dessa instituição em detrimento de outros. Portanto, a posição é de que o projeto piloto deveria contemplar outras instituições de ensino. **Encaminhamento: não houve, por se tratar de um ponto de informe. ITEM 2 – FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAUDE E FORUM SOCIAL MUNDIAL –** Coordenação: Presidente do CNS. Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-Executiva do CNS. Na explanação, a Secretária-Executiva pontuou as seguintes questões sobre Fórum Social Mundial: participação do CNS em parceria com a SGP/MS; infra-estrutura – o material está pronto; participantes – são dezessete conselheiros e quatro técnicos; haverá tenda do controle social com distribuição de material do CNS (jornal do CNS, Resolução nº 333, Relatório Final da 13ª

Conferência Nacional de Saúde e folder sobre controle em três idiomas). Explicou que a programação seria concluída em reunião a ser realizada dia 16 de janeiro. Para deliberação do Pleno, disse que é preciso definir os palestrantes, em nome do CNS, para os seis blocos temáticos. **Encaminhamento: o Plenário indicou os seguintes palestrantes para os eixos temáticos: 1) Direitos humanos à saúde e seguridade social – Conselheira Eufrásia Santos Cadorin; 2) Crítica à economia política do modelo de desenvolvimento neoliberal e seu impacto nos sistemas de saúde e seguridade social – por uma agenda não-neoliberal de desenvolvimento - Conselheiro Walter Gomes de Souza; 3) O mundo do trabalho e o trabalhador da saúde – a flexibilização e terceirização laborais e a destruição da seguridade social – Conselheiro Francisco Batista Júnior; 4) Saúde e Meio Ambiente - proteção social contra os efeitos do aquecimento global, a opção dos modelos de desenvolvimento e a recuperação e proteção do ambiente – Conselheira Raquel Rigotto, Conselheira Doroty Aparecida Martos, Conselheiro Wilson Valério Lopes ou Conselheiro Valdenir França (verificar qual deles tem disponibilidade); 5) Democracia direta, sistemas democráticos, poder popular e a garantia do direito à saúde e a seguridade social, pelo direito ao protesto e a descriminalização do protesto social - Conselheira Jurema Werneck; e 6) Pela construção de sistemas democráticos/socialmente justos de saúde e seguridade social – Conselheiro Antônio Alves de Souza.** Em relação ao Fórum Social Mundial da Saúde, está sendo negociada atividade própria do CNS. A delegação do CNS participará do FSMS e do FSM. Conselheiro **José Caetano Rodrigues** manifestou interesse em participar do Fórum Social Mundial da Saúde e Fórum Social Mundial. A Secretaria-Executiva verificará a possibilidade de emitir passagem, considerando que não é possível reservar hospedagem. Será verificada a possibilidade de realizar atividades na tenda do controle social durante a realização do Fórum Social Mundial da Saúde e Fórum Social Mundial. Em seguida, a Secretária-Executiva do CNS, fez a leitura da proposta de Moção de Apoio ao trabalho desenvolvido pela equipe da Gerência Geral de Toxicologia, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e recomenda à Diretoria Colegiada da Agência e ao Ministro da Saúde que assegure integral e irrestrito apoio para o fortalecimento do Programa da Análise de Resíduos e de Reavaliação Toxicológica. **Encaminhamento: Não havendo destaques, a proposta foi aprovada.** A seguir, informou que a assessoria agendará reunião com o Ministro da Saúde para tratar das resoluções não homologadas. Se não for possível, buscar o diálogo com o Ministro no Fórum Social Mundial da Saúde. Em seguida, Conselheira **Denise Torreão** fez a leitura da proposta de documento onde o Pleno do CNS solicita: fim imediato dos ataques e agressões ao povo palestino; garantia de acesso à ajuda humanitária; fim da ocupação militar do território palestino; e imediata adoção de normas rígidas sobre a comercialização de armas. Não houve consenso sobre documento, tendo sido apresentadas contribuições ao texto. **Encaminhamento: acordou-se que os conselheiros que apresentaram sugestões ao documento discutiriam com os autores do texto para chegar a consenso. O documento será apresentado no período da tarde.** Com isso, a mesa suspendeu os trabalhos para o almoço.

ITEM 9 – INFORMES E INDICAÇÕES – A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, apresentou, para deliberação do Pleno: “Oficina de Qualificação de Lideranças Comunitárias em Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”- a Federação Mato-grossense das Associações de Moradores de Bairros- FEMAB e o Ministério da Saúde convidam um representante do CNS para participar da solenidade de abertura e das mesas temáticas: “Conjuntura na Luta em Defesa do SUS” e “Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão”. O evento ocorrerá nos dias 6 e 7 de fevereiro de 2009, em Cuiabá-MT. **Indicação: Conselheiro José Marcos de Oliveira.** Em seguida, apresentou os seguintes informes: 1) Denúncia feita pela senhora Lilianny Silva, médica paraense no Amapá, a respeito de um surto de Chagas no bairro da Universidade do Amapá, em outros bairros e no Município de Santana. A médica assistente informa ter encaminhado uma carta ao CRM e a UNIFAP, não sendo tomada nenhuma providência. Após reunir com o secretário de saúde e com o grupo de Chagas do Pará, acompanhou em Abetetuba, Município do Pará, um projeto para delimitação das áreas de risco da Doença de Chagas. Para surpresa, presenciou em Beja, Município fora da área de pesquisa, casos de pessoas que são picadas há mais de 10 anos sem até o momento ser tomada nenhuma atitude. **Encaminhamento: Solicitar manifestação do CES e da SVS/MS.** 2) Denúncia do CES-MT sobre o recebimento de oito computadores, parte integrante do PID conveniado entre CNS e o Banco do Brasil. A secretária-executiva, Magaly de Souza, denuncia a entrega de computadores, na maioria, com problemas. **Encaminhamento: os problemas serão levados à reunião com o Banco do Brasil e será feito levantamento dos ofícios recebidos pelo CNS sobre essa questão.** 3) Curso de Capacitação do PID para os Conselheiros Nacionais de Saúde, no período de 19 a 22 de maio de 2009. **Encaminhamento: aprovada a data do curso.** 4) Calendário das Reuniões Ordinárias do CNS – 2009. **Encaminhamento: o calendário foi aprovado nos seguintes termos: 193ª RO - 14 e 15 de janeiro; 194ª RO - 11 e 12 de fevereiro; 195ª RO - 11 e 12 de março; 196ª RO - 15 e 16 de abril; 197ª RO - 13 e 14 de maio; 198ª RO - 17 e 18 de junho; 199ª RO - 8 e 9 de julho; 200ª RO - 12 e 13**

de agosto; 201ª RO - 9 e 10 de setembro; 202ª RO - 14 e 15 de outubro; 203ª RO - 11 e 12 de novembro; 204ª RO - 9 e 10 de dezembro. O Calendário das Reuniões Ordinárias da Mesa Diretora do CNS – 2009 será redefinido diante do calendário aprovado. 5) Congresso do CONASEMS – 11 a 14 de maio, em Brasília. O CNS viabilizará a vinda dos conselheiros para participar das oficinas pré-congresso. 6) Reativação da Assessoria de Comunicação do CNS com contratação de profissionais técnicos em comunicação, jornalistas. A equipe começa a trabalhar no mês de fevereiro, mas já estão sendo implementadas estratégias e reativadas outras. Ações em andamento: Informativo eletrônico para os Conselhos Estaduais; Informativo eletrônico aos gestores; Página do CNS: novo projeto; Carta Eletrônica: será retomada com periodicidade semanal; Jornal do Conselho: está sendo retomado com novo layout/mensal; Publicações: será elaborado planejamento editorial para 2009; Releases e notas para imprensa; Documentário das eleições do CNS: será feito contato com o Canal Saúde para retomar o projeto. Sugestões dos conselheiros: criar e-mail para que os internautas enviem questionamentos e sugestões; reproduzir release na imprensa dos estados; disponibilizar um espaço permanente na página do CNS para que as comissões incluam release mensal dos seus trabalhos (após deliberação do Pleno). Sugestões dos conselheiros: criar e-mail para que os internautas enviem questionamentos e sugestões; reproduzir release na imprensa dos estados; disponibilizar um espaço permanente na página do CNS para que as comissões incluam release mensal dos seus trabalhos (após deliberação do Pleno). A Secretaria-Executiva verificará a possibilidade de viabilizar as propostas. 7) Resolução CNS nº. 408, de 10 de outubro de 2008. O Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, encaminhou ao CNS o despacho nº. 21.597/2008 solicitando que o Conselho transforme a Resolução nº. 408 em Recomendação. **Encaminhamento: o Pleno aprovou a proposta.** 8) A Fiocruz divulga o Curso de Especialização em Direito Sanitário 2009. As inscrições serão de 5 de Janeiro a 4 de Março de 2009. 9) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – indicação de nomes. **Encaminhamento: enviar ofício às entidades solicitando a indicação dos nomes para Comissão.** 10) Informe sobre o Seminário Nacional “Desafios da Saúde Indígena: Gestão e Controle Social” realizado nos dias 27 e 28 de novembro de 2008. O evento contou com a participação de aproximadamente 200 indígenas. Na oportunidade, foi aprovada a transferência do Subsistema de Saúde Indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde, com a criação de uma Secretaria Especial para tratar das ações de saúde dessa população. Também, dentre outras propostas, foi aprovada a instituição de um grupo de trabalho para debater a transferência, a estruturação da Secretaria Especial de Saúde, autonomia dos DSEIs e a realização de seminários regionais. Conselheiro **Valdenir França** complementou o informe solicitando que os conselheiros acompanhem a realização dos seminários regionais (Campo Grande, Recife, Florianópolis e Manaus). Também falou da gravidade da situação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus e denunciou que sofreu atentado por conta das denúncias sobre essa situação. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** avaliou que o saldo do GT é positivo e destacou que é preciso discutir o Sistema em profundidade com o relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Conselheiro **Raimundo Sotero** sugeriu constituir GT emergencial para visitar Manaus e encaminhar a denúncia aos órgãos competentes, para as providências cabíveis. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, na condição de coordenador do GT de Saúde Indígena, comprometeu-se a manter o Conselho informado sobre o trabalho do grupo. Também solicitou ao Conselheiro Valdenir que formalize a denúncia por escrito à Secretária-Executiva do CNS, que encaminhará aos órgãos competentes para as devidas providências. **Encaminhamentos: contatar os conselheiros das regiões para acompanhar os seminários regionais de saúde indígena; incluir na agenda política do CNS a implementação do subsistema de saúde indígena; na próxima reunião do CNS, pautar apresentação da CISI/CNS com propostas para subsidiar a discussão do CNS. Além disso, o Conselheiro Valdenir França deverá formalizar, por escrito, a denúncia de que sofreu atentado. O documento será enviado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde que encaminhará aos órgãos competentes para as devidas providências.** Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** perguntou se será possível realizar os seminários das comissões em março de 2009, conforme aprovado pelo Pleno do CNS. A Secretária-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, respondeu que não será possível, porque o recurso não será liberado em tempo hábil. Disse que a proposta é realizar a atividade no segundo semestre de 2009. **Encaminhamento: a Mesa Diretora discutirá essa questão na sua próxima reunião.** A seguir, a Secretária-Executiva do CNS informou que o nome dos novos conselheiros será publicado no Diário Oficial da União. Sobre as denúncias a respeito da eleição do CES de Sergipe, informou que será marcada nova data para visita do GT ao Estado. O Sindicato dos Médicos e o Ministério Público de Sergipe têm interesse em acompanhar a visita. Conselheira **Lílian Aliche** solicitou que a oficina sobre o cuidador da pessoa idosa ocorra nos dias 2 e 3 de abril de 2009. **Encaminhamento: a solicitação será discutida na próxima reunião da Mesa Diretora e trazida à reunião do CNS, para decisão.** **ITEM 6 – COMISSÃO PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS** – Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora. *Composição da mesa:* Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério**; e Dr. **Francisco Fúncia**, assessor da COFIN/CNS. Como primeiro ponto, o assessor da

COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, fez uma abordagem de como fica o SUS (financiamento e gasto) diante da crise financeira dos EUA e do “contágio” global dela decorrente - subsídios para o planejamento/2009. Iniciou com o cenário da crise nos EUA, com destaque a: crise das empresas na “Nasdaq” em 2001; ataque às torres gêmeas; invasão do Iraque; juros baixos para estimular a recuperação da economia norte-americana; expansão do mercado imobiliário, que se aproveita da desregulamentação do setor financeiro e do baixo custo do financiamento para aquisição de imóveis por compradores de baixa renda; comprar casas: bom negócio diante da valorização dos imóveis; hipotecas como forma de quitar dívidas ou financiar a expansão do consumo das famílias; e “Subprime”: segmento do mercado financeiro voltado para clientes de renda baixa e com histórico de inadimplência – empréstimo de alto risco. Explicou que, em busca de rendimentos maiores, gestores de fundos e bancos compram esses títulos “subprime” das instituições que fizeram o primeiro empréstimo e permitem que uma nova quantia em dinheiro seja emprestada, antes mesmo do primeiro empréstimo ser pago. Também interessado em lucrar, um segundo gestor pode comprar o título adquirido pelo primeiro, e assim por diante, gerando uma cadeia de venda de títulos. Após atingir um pico em 2006, os preços dos imóveis, no entanto, passaram a cair: os juros do Fed, que vinham subindo desde 2004, encareceram o crédito e afastaram compradores. Com isso, a oferta começa a superar a demanda e desde então o que se viu foi uma espiral descendente no valor dos imóveis, aumento da inadimplência e desaceleração do crédito. Continuando, apresentou o cenário da crise nos EUA (ago/2007 a ago/2008) e demais Países desenvolvidos (set/2008 a out/2008). Em relação aos Estados Unidos, destacou que os muitos anos com taxas de juros baixas e a desregulamentação do mercado financeiro (especialmente dos bancos de investimentos), “turbinada” com os bônus pagos aos dirigentes das instituições financeiras (ações irresponsáveis) resultou no estímulo ao consumo via expansão do crédito (com “produtos” inovadores e alavancagem) e aumento dos preços dos ativos (especialmente imóveis). Porém, a situação se reverteu a partir de agosto de 2007 com a queda dos preços dos imóveis e atrasos nos pagamentos das hipotecas. Destacou que a crise atual é a mais forte desde 1929 (Quebra da Bolsa de Nova York em outubro) e Década de 1930 (Grande Depressão). Trata-se de uma crise sistêmica (todos os mercados) e mundial (todos os países) que começou pelos países mais desenvolvidos. As instituições financeiras estão fragilizadas, sendo que não houve uma “quebra generalizada” pela unidade de ação (inérita) dos governos. Ressaltou que houve redução da riqueza e perdas nas bolsas (aproximadamente US\$ 30 tri). Com isso, instala-se uma situação de incerteza e escassez de crédito que deterioram as expectativas. Detalhou que o montante disponibilizado para recapitalização de bancos foi de US\$ 595 bilhões. Destacou que, em setembro de 2008, o quadro piora com: revelação dos prejuízos ocultos e desvalorização dos ativos de grandes instituições financeiras; crise de confiança gerada pela Crise de solvência (Fannie Mae, Freddie Mac, Lehman, AIG, Fortis, Dexia, etc.) e pela “aposta” errada do governo dos EUA quando deixou “quebrar” o Lehman (banco centenário); paralização do mercado de crédito e do redesconto bancário; valorização do dólar; e queda nos preços das *commodities*. Continuando, abordou como estava a economia brasileira quando emergiu a crise internacional (a partir de agosto de 2007). Destacou os fatores que contribuíram para criar um cenário do setor financeiro mais resistente à crise: grande potencial de expansão do mercado interno (aumento da renda influenciada pelo aumento da produção e do emprego, aumentos do salário mínimo e do “Bolsa Família”, os investimentos estão crescendo mais que o consumo e novas descobertas de petróleo e gás, além dos biocombustíveis); fundamentos macroeconômicos mais sólidos em relação ao passado (nível elevado de reservas internacionais, menor nível da dívida pública líquida em relação ao PIB – 38,9% - e predominantemente interna, inflação sob controle, responsabilidade fiscal, maior superávit primário e redução da vulnerabilidade ou de “contágios” oriundos do setor externo da economia); aumento dos investimentos diretos estrangeiros no país em 2007 e 2008, atingindo respectivamente US\$ 27 bilhões e US\$ 35 bilhões (previsão); investimentos crescem em ritmo mais acelerado que o consumo: crescimento econômico sustentado; mercado de ações em expansão (mas: descolamento nominal X real); e regulamentação do Setor Financeiro: bancos com menor alavancagem e menos ativos “podres” e elevados níveis de depósitos compulsórios dos bancos no Banco Central. Em seguida, mostrou gráficos com os seguintes dados: Crescimento do PIB - 6,8%; Contribuição das Demandas Interna e Externa ao Crescimento do PIB – crescimento da demanda interna para crescimento da economia brasileira; Consumo das Famílias – crescimento, especialmente em 2007 e 2008; Formação Bruta de Capital Fixo – crescimento a partir de 2006; Vendas no Varejo e Massa Salarial – co-relação direta do aumento das vendas no varejo e o crescimento da massa salarial; e Crescimento dos Salários Nominais acima da variação do IPCA. Explicou que, quando emergiu a crise internacional, a economia brasileira apresentava preocupação com a redução do Superávit da Balança Comercial e do saldo em conta corrente (aumento das importações – Real (R\$) “valorizado” X Dólar “desvalorizado”; preço do petróleo e remessas de lucros e dividendos), aspecto positivo das exportações diversificadas (países e produtos) e preocupação com o choque de *commodities* e com a inflação (pressão até o final do 1º semestre/2008 e desaceleração no 2º semestre/2008). A taxa básica de juros (SELIC) encontrava-se elevada em termos reais e houve

aumento do crédito/PIB (automóveis, imóveis, etc.), fortalecendo o mercado interno. Em relação à economia brasileira, explicou que não sofreu contágio imediato com a crise internacional, mas a situação mudou a partir do final de setembro/2008 com as quebras e perdas de instituições financeiras internacionais e a conseqüente retração do crédito internacional. Com isso, ocorreu: paralisação do financiamento externo das exportações (ACC), restrição da liquidez (dinheiro em circulação, volume de crédito) para as empresas (capital de giro e financiamento da produção e dos investimentos), crédito interno mais caro, perdas com ações e derivativos (Bolsas), desvalorização do “real X dólar” que encareceu as importações e redução dos preços das “commodities” no mercado externo. Ressaltou que alguns bancos mais agressivos, pessoas ricas e empresas podem ter aplicado em fundos no exterior, os quais reapplicavam no Brasil com isenção de IR: se os bancos gestores desses fundos quebrarem, trarão prejuízos para esses especuladores brasileiros. Com exceção da sociedade entre o Unibanco e a AIG, nenhum banco brasileiro anunciou perdas decorrentes de eventuais títulos de bancos estrangeiros. Os bancos pequenos podem estar em dificuldades pela escassez do crédito internacional, mas os bancos grandes estão anunciando elevados lucros no último trimestre. Ressaltou que algumas grandes empresas estão anunciando perdas provocadas pela tomada de empréstimo a juros abaixo do mercado, com cláusula de garantia aos bancos para proteger de eventuais desvalorizações do “Real”, que consistia no pagamento desse empréstimo com uma taxa de juros maior se a cotação do dólar ultrapassasse um determinado valor. Exemplificou que a Sadia perdeu R\$ 760 milhões, a Aracruz perdeu R\$ 1,9 bilhão e o Grupo Votorantim perdeu mais de R\$ 2 bilhões. Como cada banco sabe para quem vendeu o derivativo, mas não para quem o outro banco vendeu, houve uma crise de confiança que, aliada a falta de liquidez internacional, provocou uma redução dos empréstimos bancários no Brasil, inclusive de renovação dos adiantamentos de crédito para exportação (ACC), obtidos com recursos externos. Detalhou características do Sistema Financeiro Brasileiro que serviram como um antídoto anti-crise, sendo: os bancos comerciais no Brasil não são financiadores de investimentos pesados e projetos em longo prazo (quem faz isso é o BNDES) e o mercado de seguros do Brasil está fechado ao capital estrangeiro. Em termos dos mercados globais, destacou outro antídoto o fato de o Brasil não ter ingressado na ALCA, o que aumentaria as parcerias internacionais e financeiras com os EUA em contraposição à política adotada pelo governo brasileiro de diversificar os parceiros comerciais e reduzir a excessiva dependência comercial com os países desenvolvidos. A seguir, pontuou medidas do governo brasileiro para enfrentar a crise. Em relação ao mercado interbancário: redução do compulsório bancário R\$ 100 bilhões; estímulo aos grandes bancos a comprarem as carteiras de crédito de instituições financeiras pequenas e médias; agilização e ampliação do escopo das operações de redesconto junto ao Banco Central (MP 442); e recursos do BB (R\$ 4bi) para Bancos das Montadoras (financiamento veículos) e (R\$ 5bi) capital de giro de pequenas e médias empresas. No que se refere ao mercado cambial: leilão de linha de crédito (venda de US\$ com compromisso de recompra); leilão de US\$ no mercado à vista; e direcionamento de parte das reservas para o financiamento do comércio exterior (MP 442). Na agropecuária: aumento do volume de recursos para o Plano de Safra 2008/09 da Agricultura Empresarial (R\$ 65,0 bi) e da Agricultura Familiar (R\$ 13,0 bi); antecipação dos desembolsos do Banco do Brasil para safra 2008-09 (R\$ 3 bi); ampliação dos financiamentos rurais com recursos do FNE (R\$ 1,0 bi) e do FNO (R\$ 350 milhões); aumento do crédito direcionado para a agricultura, de 25% para 30% dos depósitos à vista (R\$ 5,5 bi). No caso do financiamento de curto e longo prazo: aumento do crédito em Bancos Públicos (BB, CEF, BNDES, BNB, BASA); manutenção da TJLP em 6,25% a.a.; aumento no volume de recursos disponíveis para o Fundo da Marinha Mercante (R\$ 10 bi); e liberação de mais recursos para o BNDES via empréstimo do Tesouro Nacional (R\$ 15 bi). Falou também das últimas medidas do governo brasileiro em relação à crise: recursos do BNDES (fase 2) direcionado para o capital de giro das empresas; agricultura: aumento do percentual dos depósitos de poupança rural direcionados para o crédito agrícola, de 65% para 70%(R\$ 2,5 bi); construção imobiliária: criação de uma linha de crédito de até R\$ 3 bi para financiar capital de giro e consolidação de empresas de capital aberto no ramo de construção de residências; aumento do limite de financiamento de aquisição de material de construção (CEF); linha de financiamento para servidores públicos; adiamento dos recolhimentos de impostos federais pelas empresas (apoio ao capital de giro das empresas); redução de impostos federais (temporária) para veículos e motos e para aplicação estrangeira em renda fixa, porém sem a exigência de contrapartida de manutenção dos empregos; acordo inédito com o FED (Federal Reserve, o Banco Central Norte-Americano) para a troca de reais por dólares até o limite de US\$30 bilhões; COPOM (Comitê de Política Monetária do Banco Central) interrompeu o ciclo de aumentos da taxa SELIC (Taxa Básica de Juros da economia); redução da projeção oficial de crescimento do PIB em 2009: de 4,5% para 4,0% - revisar o Projeto de Lei Orçamentária que está no Congresso Nacional; e manutenção do PAC e dos investimentos públicos. No que se refere às perspectivas internacionais, disse que os Estados estão utilizando diversos instrumentos para a resolução dos problemas: Programas de capitalização nos EUA e na Europa; Nova fase em 2009: crédito restrito e desalavancagem, desaceleração do crescimento da economia mundial (inclusive da China) e nova correlação de forças: PIB americano soma 16 trilhões de

dólares e já foi ultrapassado pelo Europeu que está em 17 trilhões de dólares. Abordou também as perspectivas para a economia brasileira: redução do ritmo de crescimento econômico em 2009 (projeção oficial reduziu de 4,5% para 4,0% o crescimento do PIB), mas sem recessão; aumento do processo de concentração e centralização do capital (fusões de empresas, modificação de controle acionário, criação de holdings que reunirão a gestão de grandes empresas, etc.); desaquecimento do mercado imobiliário como decorrência da restrição do crédito e do aumento da taxa de juros para novos financiamentos; risco de pressão inflacionária decorrente dos produtos com elevada utilização de insumos importados como decorrência da desvalorização do R\$ pode interferir no processo de redução da taxa de juros pelo COPOM/Banco Central; incentivo às exportações como decorrência da desvalorização do R\$ e da redução dos preços das “commodities”, o que compensará em parte o efeito negativo da redução do crescimento da economia mundial; risco de aumento do déficit orçamentário e da dívida pública nos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) diante da possibilidade de queda de arrecadação, especialmente, do IR, da CSLL, do IPI, da COFIN, do PIS, do ICMS e do ISS, no contexto da rigidez orçamentária e dos incentivos fiscais anti-crise; e maior importância do Brasil no contexto econômico e político mundial. Também apresentou as perspectivas para as finanças públicas municipais em 2009. Explicou que a redução do ritmo de crescimento econômico poderá trazer impacto negativo para a arrecadação de tributos como IR, IPI, ICMS (que uma parte é transferida para os municípios) e ISS (receita própria municipal), bem como sobre o nível de ocupação e de criação de postos de trabalho (com impacto sobre os gastos – principalmente sociais – para manter a qualidade de vida nas cidades). Também a redução do nível de ocupação (ou aumento do desemprego) poderá implicar no aumento da procura pelos serviços públicos municipais, especialmente saúde e educação, e reforçará o papel de destaque das políticas públicas municipais de geração de emprego e renda, na perspectiva do desenvolvimento econômico regional e inclusão social. Ressaltou que o espaço reduzido para atualizar a base de cálculo tributária implica na necessidade de racionalização dos gastos públicos municipais mediante controle de custo das unidades de serviço. Ou seja, ampliar o gasto público (especialmente em investimento) sem aumentar a carga tributária e sem déficit orçamentário (Lei de Responsabilidade Fiscal) como mecanismo anti crise. Salientou que constantes déficits orçamentários representam atrasos de pagamentos, encarecendo as compras municipais e gerando pagamentos de encargos moratórios, o que reduz a capacidade de investimento e de ampliação dos gastos sociais. Pontuou ainda as perspectivas para o financiamento do SUS em 2009. Esclareceu que a redução do ritmo de crescimento do PIB terá impacto negativo no valor de aplicação mínima federal, bem como a arrecadação de tributos vinculada à atividade econômica (por exemplo, ICMS, ISS, etc.), o que, por sua vez, impactará negativamente a base de cálculo da aplicação mínima nos Estados e Municípios. Como resultado, haverá aumento na demanda por serviços públicos, entre os quais na área da saúde, pela redução do ritmo de criação de postos de trabalho na economia e aumento do desemprego, com a conseqüente interrupção do crescimento da renda média do trabalhador. Destacou ainda que o impacto negativo sobre a arrecadação trará problemas para os pagamentos dos “Restos a Pagar” (valores empenhados e não pagos até o final de 2008), podendo implicar no cancelamento de muitos deles em 2009 para os casos das despesas que não forem efetivamente liquidadas até 31/12/2008, o que comprometerá a efetiva aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde. Além disso, haverá dificuldade para aprovar a criação da CSS enquanto perdurar o cenário de crise internacional (cenário desfavorável para aumentar a carga tributária). Acrescentou que o risco é ganhar força o discurso de setores da imprensa e da oposição para redução de gastos públicos, o que dificultará qualquer medida de reforço do financiamento do SUS e, inclusive, poderá fazer ressurgir proposta de aumentar a DRU ou acabar com a vinculação orçamentária a partir de uma justificativa de “medida extrema” de combate à crise. Portanto, ressaltou que se trata de uma crise financeira, com forte impacto sobre a economia real (produção, emprego e renda) como decorrência da importância do crédito para o funcionamento da economia capitalista norte-americana e mundial. Ressaltou que o crédito é fundamental para a manutenção do processo, pois a falta dele tenderá a reduzir o nível de atividade econômica como decorrência da redução do gasto do setor privado em consumo e investimento. Por isso, as ações dos governos do mundo todo, inclusive no Brasil, para garantir as operações do sistema financeiro são importantes. Acrescentou que a ameaça do desemprego, inclusive nos setores que receberam incentivo fiscal, começa a se realizar em janeiro de 2009, o que reflete a relação entre a oferta de crédito e o processo de distribuição de renda (salário X lucro) existente no modo capitalista de produção. Destacou que, enquanto isso, jornalistas econômicos e setores da oposição ao governo federal solicitam corte dos gastos públicos. Essa abordagem segue a tradição neoclássica (conservadora, neoliberal) do pensamento econômico, que critica a intervenção do Estado na economia e defende uma regulamentação mínima dos mercados. Para os economistas defensores desta abordagem, a economia brasileira ainda não apresenta os fundamentos macroeconômicos sólidos, especialmente no que tange aos elevados gastos públicos e à pressão inflacionária decorrente do descompasso entre oferta X demanda. A recente Medida Provisória representou, para muitos, a oportunidade de retomada da tese de estatização da economia, agora sob

a justificativa da “crise”: por que injetar dinheiro público para comprar banco ou instituições financeiras? Mesmo neste cenário de crise, defendem a redução dos gastos públicos, que abriria espaço para uma política de redução de juros do COPOM/Banco Central, que estimularia os investimentos privados e evitaria a recessão. Explicou que, diante da rigidez orçamentária, principalmente em decorrência das vinculações constitucionais de gastos mínimos nas áreas de saúde e educação e dos juros da dívida, a proposta sugerida é aumentar a DRU (Desvinculação das Receitas da União) para reduzir os gastos públicos diante da dificuldade política de ser aprovada uma Emenda Constitucional para acabar com a vinculação orçamentária para saúde e educação. Enfatizou ainda que muitos economistas discordam da manutenção da tese do “Estado Mínimo” diante da crise. A consequência da tese do “Estado Mínimo” será o aprofundamento da crise, acelerando a recessão. Afinal, nenhum empresário investirá nesse cenário em que a expectativa de lucro, além de baixa, é incerta (Keynes demonstrou isso no contexto da crise de 1929), mesmo que a taxa de juros seja reduzida para níveis bem inferiores. Diante deste quadro de incerteza, na perspectiva do pensamento econômico keynesiano, para compensar a falta de consumo e investimento privado, compete ao governo gastar, principalmente em investimento e, assim, estimular o gasto do setor privado, além da manutenção das políticas sociais, inclusive da transferência condicionada de renda (Bolsa Família). Contudo, é preciso estar atento para os instrumentos à disposição dos diferentes níveis de governo. O déficit nas contas públicas estaduais ou municipais representa “calote” aos credores, muitas vezes, fornecedores de bens e serviços ao poder público. Isto pode aumentar a crise. Por isso, benefícios fiscais não devem ser generalizados, pois enquanto persistir o cenário de incerteza, não haverá aumento do consumo e do investimento privado, o que deve ser induzido pelo setor público. Na verdade, acrescentou, compete ao governo federal, por meio do Banco Central, BNDES, bancos públicos ou mesmo Tesouro Federal, garantir a liquidez e estimular o crédito, bem como a criação de linhas de financiamento, principalmente de investimentos, para Estados e Municípios, bem como para o setor privado. O governo federal pode também reduzir temporariamente a exigibilidade do pagamento da dívida dessas esferas de governo, mediante apresentação de projetos de investimentos a serem executados por Estados e Municípios. Evidentemente, estas propostas não coincidem com a abordagem do “Estado Mínimo”, que sob o meu ponto de vista está equivocada. Aliás, esta também é a opinião daquele que foi considerado por duas décadas o grande “guru” do “Estado Mínimo”, Alan Greenspan (ex-Presidente do FED), que em resumo disse (extraída da reportagem disponível no site do “Jornal da Globo”, edição de 23 de outubro de 2008): “tudo aquilo em que eu acreditava e defendia nos últimos 40 anos caiu por terra diante desta crise”. **Intervenções:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que é preciso ater-se, de fato, ao impacto da crise econômica mundial nas ações e serviços de saúde. Conselheiro **Jorge Venâncio** ressaltou que, para 2009, estão garantidos, pela regulamentação da EC nº. 29 os recursos relativos à inflação e ao PIB de 2008. Portanto, não há redução de verba, mas sim aumento. Enfatizou que a política de juros do país é danosa e aumenta a repercussão da crise e, ao contrário de outros países que estão baixando os juros, o Brasil tenta manter essa política. Desse modo, é preciso mudar essa realidade, principalmente para minimizar a crise no Brasil. Conselheiro **Afonso Magalhães** concordou com o diagnóstico e destacou as medidas do governo de esquerda e progressista da América Latina no sentido de construir outro pólo de poder econômico, com base na democracia popular. **Retorno da mesa:** o assessor da COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, fez as seguintes considerações: a economia brasileira não será afetada na mesma dimensão de outras economias; não se sabe o peso dos insumos importados adquiridos pelo MS. Com a desvalorização, o consumo desses produtos pode crescer. Portanto, essa é uma questão que precisa de acompanhamento; o impacto poderá ser maior em 2010, mas Estados e Municípios terão impacto em 2009, o que merece acompanhamento mais próximo; e há questões que precisam ser acompanhadas como os investimentos em saneamento, por exemplo. **Encaminhamento: continuar a discussão na reunião da COFIN para avaliação e trazer o tema novamente na próxima reunião do CNS.** Em seguida, Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** apresentou o Relatório da reunião da COFIN. Explicou que o Estado de Santa Catarina dispôs-se a oferecer a estrutura necessária à realização da 2ª Oficina Regional de Orçamento e Financiamento, em Florianópolis, prevista para os dias 4, 5 e 6 de março de 2009. O Canal saúde propôs a transmissão em tempo real da oficina com recurso a ser solicitado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Encaminhamentos:** Enviar ao SES, SMS, Conselho Estadual e Municipal de Saúde ofício agradecendo o apoio e informando a data para realização da Oficina nos dias 4, 5 e 6 de março, sendo o dia 4 durante o dia reunião da COFIN e a solenidade de abertura à noite; participantes: 100, sendo: 25 vagas por conselho estadual. Foi indicado o nome do conselheiro Ronald dos Santos como interlocutor junto a Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. Sobre a execução orçamentária de 2008 e Orçamento para 2009, explicou que, em virtude dos dados de 2008 não estarem fechados, acordou-se que na próxima reunião, marcada para 4 e 5 de fevereiro, será feita a análise da execução do último trimestre de 2008 para ser apresentada na 194ª RO do CNS. As planilhas estão disponíveis. Ressaltou que, em virtude da ausência de representante da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento para prestar

esclarecimentos referentes à execução de 2008, esta comissão fez alguns questionamentos que foram respondidos. **Encaminhamentos:** disponibilizar as planilhas atualizadas na plataforma do CNS para a 193ª RO do CNS; e oficiar o Ministro sobre a ausência de representante da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sobre a regulamentação da EC 29, destacou que é necessário posicionamento firme do CNS com urgência, para que a proposta seja aprovada. Próximos passos de mobilização: 1º - Cobrar a votação do último destaque na Câmara, que se aprovado derruba a CSS; 2º - Organizar-se para o embate no Senado entre os dois projetos; O Projeto da Câmara que mantém o Piso da Saúde de acordo com a variação nacional do PIB e o do Senado que acompanha a decisão do CNS que definiu mudar o cálculo dos recursos federais para um percentual do PIB (8,5% em 2008), (9% em 2009), (9,5% em 2010) e (10% em 2011). Sugestão de ações a serem concretizadas: Contato com o Senador Pepe Vargas – Relator do Projeto; Pressão junto ao Presidente da Câmara para colocar o Projeto em votação; e iniciar contato no Senado para saber a posição do Tião Viana quando o projeto retornar a essa Casa. **Encaminhamentos:** Oficializar ao Ministro da Saúde a solicitação de detalhamento dos Restos a Pagar, o que foi pago referente aos anos anteriores separado por órgão, investimento, emendas parlamentares e outros. Também informou que foi entregue ao consultor jurídico do CNS cópia da Recomendação CNS 026 e Nota Técnica expedida pela SPO para estudo e elaboração de Parecer jurídico a ser apresentado na próxima reunião da COFIN, agendada para os dias 4 e 5 de fevereiro de 2009 e reunião do Pleno do CNS. Como item extra pauta da reunião, foi discutida a coordenação e a coordenação adjunta. Explicou que foi feita a indicação do Conselheiro Fernando Luiz Eliotério (CONAM) para Coordenador e Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt (CFESS), para coordenadora adjunta. Ainda sobre a composição da COFIN, submeteu à apreciação do Pleno a proposta de republicar, com alteração da alínea “e”, a Resolução nº. 379. A proposta inicial de composição é o SIOPS dado os estudos e levantamentos que o Sistema elabora, observando que todas as Secretarias do Ministério são convidados permanentes desta comissão. Sobre a Farmácia Popular, ressaltou a preocupação com a quebra do Princípio da gratuidade do SUS pelo co-pagamento. Lembrou que o CNS aprovou o Programa Farmácia Popular na condição de que estes recursos seriam fora dos mínimos da EC 29, contudo, esses gastos são considerados no percentual. Encaminhamento: transformar a Recomendação CNS 11/ 2005 em Resolução. Por fim, apresentou a proposta de pauta para Reunião COFIN/CNS, nos dias 3 e 4 de fevereiro de 2009: Informes; Análise da Execução Orçamentária de 2008; Oficina Regional da Região Sul; Cartão nacional de saúde; EC 29 - situação atual; Relatório de Gestão de 2008; e encaminhamentos. **Manifestações:** Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** chamou a atenção para o volume de empenhamento e liquidação de recursos do Ministério da Saúde no final de 2008. Apelou às entidades que compõem o CNS que acompanhem as políticas específicas, dado o volume de recurso disponibilizado, pois a COFIN não consegue fazer esse acompanhamento sozinha. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** reiterou a sua preocupação com a Emenda 7 e solicitou posicionamento do Pleno, dada a sua gravidade. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, sobre a Recomendação CNS 11/2005, sugeriu encaminhar ofício ao Ministro da Saúde solicitando posicionamento a respeito do documento. Após a resposta, o CNS definiria os encaminhamentos necessários. Em relação aos convênios, propôs que fossem priorizados alguns, porque não seria possível acompanhar todos por conta do volume. Conselheiro **Fernando Luiz Eliotério** ressaltou que é necessário posicionamento do CNS sobre a Emenda 7 e concordou que é preciso priorizar os convênios a serem acompanhados pelo Conselho. **Encaminhamento: aprovado o relatório da COFIN com os encaminhamentos propostos, exceto o que sugere transformar a Recomendação CNS 11/2005 em Resolução. Nesse caso, acordou-se que será encaminhamento ofício ao Ministro da Saúde com solicitação de posicionamento a respeito da Recomendação. Destaca-se dos encaminhamentos a redefinição da composição com indicação do Conselheiro Fernando Luiz Eliotério para Coordenador e da Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, para coordenadora adjunta, e inclusão de representante do SIOPS. Em seguida, foi aberto espaço para apreciação das pendências da reunião.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** fez a leitura da moção de repúdio aos ataques contra o povo palestino. **Encaminhamento: o texto foi aprovado.** A seguir, Conselheira **Maria Helena Machado** fez a leitura da Nota “Sistema Único de Saúde aos 20 anos”. Sugestões do Pleno ao documento: substituir “equipes tradicionais” por “modelo tradicional” (6º parágrafo); incluir no último parágrafo a defesa dos pontos da agenda política do CNS; e contemplar a questão da violência como instrumento. **Encaminhamento: aprovado por aclamação.** Continuando, Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou minuta de Resolução que institui a Comissão Permanente de Assistência Farmacêutica. **Encaminhamento: na próxima reunião, aprovar a composição e a coordenação.** Em seguida, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez a leitura de moção de apoio ao trabalho desenvolvido pela equipe da Gerência Geral de Toxicologia, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e recomenda à Diretoria Colegiada da Agência e ao Ministro da Saúde que assegure integral e irrestrito apoio para o fortalecimento do Programa da Análise de Resíduos e de Reavaliação Toxicológica. **Encaminhamento: aprovada por consenso.** A seguir, leu a recomendação à participação do Estado de São Paulo e Alagoas no Programa de Análise de Resíduos e de

1546 Reavaliação Toxicológica. **Encaminhamento: aprovada por consenso. Encerramento** – Nada mais
1547 havendo a tratar, o Presidente do CNS encerrou os trabalhos da 193ª Reunião Ordinária, agradecendo
1548 a presença de todos. Estiveram presentes: *Titulares:* **Afonso Magalhães, Antônio Alves de Souza,**
1549 **Arilson da Silva Cardoso, Cândida Carvalheira, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Eduardo**
1550 **Santana, Eufrásia Santos Cadorin, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João**
1551 **Donizeti Scaboli, José Marcos de Oliveira, Jurandi Frutuoso, Maria Goreti de Lima, Maria Helena**
1552 **Machado, Ronald Ferreira dos Santos, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt,**
1553 **Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Wilen Heil e Silva. Suplentes:** **Alceu José**
1554 **Peixoto Pimentel, Alquerme Valvasori, Armando Tadeu Gastapaglia, Arnaldo Marcolino, Celso**
1555 **Araújo e Denise Torreão C. da Silva, Eni Carajá Filho, Fernando Luiz Eliotério, Jorge Alves de**
1556 **Almeida Venâncio, José Caetano Rodrigues, Lillian Aliche, Luiz Carlos C. Fernandes Jr., Maria**
1557 **Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza A. Antunes, Marisa Fúria, Ricardo Donizeti de Oliveira.**