



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 Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes Camapum**, ex-conselheira do CNS, representando a Federação Interestadual dos Odontologistas. A Secretaria-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 Secretaria-Executiva do CNS e reconheceu a importância do trabalho da secretaria 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 Secretaria-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 Secretaria-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

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

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

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

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

492 reivindicou a inclusão das bolsas coletoras para ostomizados na Farmácia Popular e perguntou por que
493 o país não consegue fabricar esse equipamento com a qualidade necessária. Conselheira **Jurema**
494 **Werneck** destacou que a principal fragilidade do Programa é ser resposta a falta de capacidade do
495 SUS em oferecer ao usuário o medicamento para seu tratamento. Conselheiro **Rogério Tokarski**
496 cumprimentou o Secretário e destacou que a iniciativa atende a todos – empresários e usuários.
497 Conselheira **Eni Carajá Filho** falou da denúncia de falta de controle da implantação das farmácias
498 populares e destacou a falta de medicamento na rede SUS. Também destacou que as farmácias
499 populares são beneficiadas com esse programa, inclusive procurando as pessoas nas suas casas para
500 cadastrá-las e fornecer medicamento. Diante desses fatos, solicitou que a Comissão de
501 Farmacoepidemiologia discuta em profundidade a Política. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
502 manifestou satisfação com o Secretário para debater um tema de extrema importância. Lembrou que,
503 ao ser apresentado e discutido no Conselho, foram levantadas uma série de preocupações. Uma delas
504 é que o orçamento do Programa não poderia ser vinculado ao orçamento do SUS, pois, em sendo
505 assim, seria caracterizado serviço prestado pelo Sistema com custo adicional ao usuário. Contudo, isso
506 aconteceu e continua a acontecer em desacordo ao debatido e aprovado no Conselho. Também foi
507 destacado que, em se tratando de um serviço fundamental de saúde, a gestão do trabalho deveria ser
508 qualificada e não reforçar o processo de precarização no SUS. Ao contrário disso, ressaltou que a
509 realidade é de gestão do trabalho precarizada. Salientou ainda que a Farmácia Popular poderia ser
510 uma tática importante para se contrapor à lógica de medicamento como medicamento e farmácia como
511 estabelecimento comercial. Contudo, percebe-se que não foi possível avançar nessa lógica (despacho
512 de medicamento e não dispensação). Desse modo, destacou que o CNS deve resgatar o debate há
513 quatro anos e, se for o caso, tentar viabilizar as propostas aprovadas. Conselheiro **Ronald Ferreira**
514 **dos Santos** ressaltou as organizações dos trabalhadores farmacêuticos, principalmente, dos que têm
515 lutado para mudar paradigma em torno da farmácia, medicamento e assistência farmacêutica e alguns
516 avanços foram alcançados. Disse que as entidades farmacêuticas apoiaram o Programa Farmácia
517 Popular com o entendimento de que contribuiria para mudança desse paradigma. Contudo, algumas
518 questões, inclusive as apontadas pelo CNS não foram consideradas. Desse modo, destacou que é
519 papel do CNS apontar e exigir ações concretas a respeito das denúncias de desvirtuamento,
520 particularmente do segundo componente do Programa e da precarização das relações de trabalho, por
521 exemplo. Lembrou ainda que a Comissão Intersetorial de Assistência Farmacêutica, aprovada pelo
522 Pleno, tem a responsabilidade de aprofundar o debate da Farmácia Popular e dos medicamentos
523 excepcionais, propriedade intelectual, entre outros assuntos. Conclamou ao Pleno para que estruture a
524 Comissão, considerando que o tema assistência farmacêutica é recorrente nas reuniões do CNS e o
525 Pleno precisa responder adequadamente. Conselheiro **Eduardo Santana** destacou que a Farmácia
526 Popular passou a preocupar-se com a disponibilização de medicamentos de maneira a não passar pelo
527 SUS. Disse que, após quatro anos do lançamento, os problemas e as dificuldades relativas à
528 disponibilização e dispensação de medicamentos nas unidades do SUS continuam. Conselheiro
529 **Antônio Alves de Souza** propôs que o CNS ajude o Ministério da Saúde na fiscalização do processo
530 com visita aos estabelecimentos credenciados (farmácias 1 e 2) nos seus estados para fiscalizar esses
531 locais. Também disse que o Conselho precisa debater que parte dos usuários de medicamentos das
532 farmácias populares é beneficiária de planos de saúde, porque os planos não disponibilizam
533 medicamentos. Conselheira **Rosângela Santos** perguntou se é possível ampliar a lista de
534 medicamentos disponibilizados na Farmácia Popular, incluindo aqueles mais demandados. Também
535 quis saber sobre a possibilidade de avaliação do Programa no que se refere ao abandono de
536 tratamento por falta do medicamento. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que é preciso
537 aprofundar o debate da política de assistência farmacêutica. Conselheiro **Luiz Carlos C. Fernandes**
538 Júnior perguntou qual o impacto financeiro do Programa e os resultados do componente 2. Conselheiro
539 **Ciro Mortella** disse que é a favor da integralidade e a questão do medicamento deve estar
540 contemplada no âmbito do conceito da integralidade no SUS. Entretanto, concorda que não é tudo.
541 Disse que o Programa é interessante, pois o país, concomitantemente, trabalha a construção da
542 integralidade e faz experiência com alternativas contemporâneas de co-participação. Por fim,
543 concordou que o setor privado deve caminhar no sentido da garantia da integralidade da assistência.
544 **Retorno da mesa.** Dr. **Reinaldo Guimarães** disse que, diante da riqueza das intervenções, não seria
545 possível esgotá-las e, portanto, apoiou a proposta de instalar a comissão de assistência farmacêutica
546 do CNS. Primeiro, fez a seguinte consideração de ordem conceitual: os princípios do SUS devem ser
547 preservados, contando que essa preservação colabore com o princípio primeiro do SUS de sustentar e
548 melhorar o estado da saúde da população. Exemplificou que a integralidade está contemplada na Lei nº
549 8.080/90, mas não está regulamentada. Essa lacuna, segundo o coordenador, possibilita a epidemia de
550 judicialização de medicamentos. Enfatizou que entender que o princípio constitucional do direito à
551 saúde como direito das pessoas e dever do Estado pode ser amparado no princípio da integralidade tal
552 como está levará o SUS a falência. Disse que é preciso regulamentar a integralidade, o que significará
553 limitar direitos não apenas por uma questão financeira. Ressaltou que a ausência de regulamentação

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

616 de Toxicologia – GGTOX é responsável pelo desenvolvimento, planejamento e orientação do Sistema
617 Nacional de Vigilância Toxicológica, com objetivo de regulamentar, analisar, controlar e fiscalizar
618 produtos e serviços que envolvam risco a saúde, notadamente, agrotóxicos, componentes e afins e
619 outras substâncias químicas, agentes ou substâncias de interesse toxicológico. No caso do agrotóxico,
620 o país possui legislação que permite avaliar os protocolos de acordo com os critérios estabelecidos.
621 Nas atividades pré-registro, explicou que a GGTOX é responsável pela definição: de limite máximo de
622 resíduos e ingestão diária Aceitável e de modalidades de aplicação e medidas de segurança e pela
623 elaboração de fichas técnicas sobre agrotóxicos - “Monografias” e de Normas e Regulamentos
624 Técnicos. Nas atividades pós-registro, a GGTOX é responsável por: reavaliação dos agrotóxicos
625 registrados, coordenação do Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos – PARA, coordenação
626 da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica – RENACIAT e coordenação
627 das ações de Saúde do Trabalhador na ANVISA. Abordou os efeitos à Saúde Humana, com destaque
628 aos seguintes dados: a cada 100 trabalhadores rurais, entre 1 e 3 sofrem intoxicações agudas por
629 agrotóxicos; estimam-se de 1 a 5 milhões de casos de intoxicações por agrotóxicos/ano, resultando em
630 20.000 fatalidades entre os trabalhadores rurais; e países em desenvolvimento: Maioria dos casos de
631 intoxicação (utilizam 25% da produção mundial de agrotóxicos e contabilizam 99% das mortes
632 (intoxicação/agrotóxicos)). Explicou que, em 2007, o faturamento líquido da indústria química brasileira
633 foi de R\$ US\$ 103,5 bilhões, sendo o faturamento com agrotóxico US\$ 5,4 bilhões. Com relação ao
634 registro, disse que é feito conjuntamente pelo Ministério da Agricultura, ANVISA e IBAMA, sendo,
635 respectivamente responsáveis por: parecer agronômico, parecer toxicológico e parecer ambiental. Pela
636 legislação, o agrotóxico ao ser registrado, possui registro eterno, contudo, a qualquer novidade
637 científica ou nova informação de risco à saúde humana, o produto pode ser chamado à reavaliação.
638 Explicou que o foco da avaliação toxicológica é a exposição ocupacional e a exposição através da
639 dieta. A seguir, apresentou histórico sobre o monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos
640 no Brasil, com destaque para: ANVISA – 2001: Projeto do PARA em articulação com vigilâncias
641 sanitárias estaduais e laboratórios; 2002 – Início do PARA nos 4 estados e 4 laboratórios (MG, PR, PE,
642 SP); 2003 – Efetivação como Programa (9 estados - MG, PR, PE, SP, ES, MS, PA, RJ, RS) - Base
643 Legal - Resolução RDC 119/2003; 2004 – Extensão para mais 4 estados (13: MG, PR, PE, SP, ES, MS,
644 PA, RJ, RS, AC, GO, SC, TO); 2005 – Extensão para mais 3 estados (16: MG, PR, PE, SP, ES, MS,
645 PA, RJ, RS, AC, GO, SC, TO, BA, SE, DF); 2008 – Inserção de novos Estados (treinamento) - (AM, AP,
646 CE, MA, MT, PB, PI, RN, RO, RR). Explicou que a estrutura do Programa é a seguinte: Coordenação
647 geral Gerência Geral de Toxicologia: Coordenação Técnica - Gerência Geral de Laboratórios-
648 LACEN/GO e Novos; Grupo de Apoio - Técnicos da GGTOX FUNED/MG, LACEN/PR e ITEP/PE;
649 Coordenação de Amostragem - Alternância entre as VISAs Estaduais, VISAs ESTADUAIS - Exceção
650 da VISA/SP e VISA/AL. Esclareceu que o objetivo geral do PARA é garantir a qualidade de alimentos
651 submetidos a tratamentos com agrotóxicos e afins - segurança alimentar. Detalhou que os objetivos
652 específicos são: identificar e quantificar os níveis de resíduos de agrotóxicos nos alimentos; rastrear a
653 origem dos problemas e subsidiar ações de vigilância sanitária para minimizar os efeitos agudos e
654 crônicos dos agrotóxicos; fortalecer a rede de laboratórios de saúde pública; avaliar o uso e mapear a
655 distribuição dos agrotóxicos; disponibilizar informações à sociedade. Acrescentou que o Programa
656 abrange todos os Estados, com exceção de São Paulo e Alagoas. Continuando, falou das culturas
657 monitoradas pelo PARA. Até 2007, eram analisados nove alimentos: alface, banana, batata, cenoura,
658 laranja, maçã, mamão, morango e tomate. A partir de 2008 passaram a ser analisados mais oito
659 alimentos: arroz, feijão, abacaxi, cebola, manga, pimentão, repolho e uva. Nas análises são analisados
660 164 ingredientes ativos para cada amostra de alimento. Em seguida, mostrou um quadro com
661 percentual de amostras com irregularidades (%), com destaque para os dados de 2007 dos seguintes
662 alimentos que possuem os índices mais elevados: alface – 40%, tomate – 44,72%; e morango –
663 43,62%. Continuando, citou ações de coordenação do PARA: 1- Rede de Laboratórios: ensaio de
664 proficiência – Análise dos resultados obtidos pelos laboratórios do PARA das amostras do provedor
665 FAPAS (“Food Analysis Performance Assessment Scheme”), ensaio interlaboratorial nos laboratórios
666 integrantes ao PARA, termo de referência para aquisição por licitação de equipamentos para
667 Laboratórios Centrais de Saúde Pública – LACENS envolvidos no programa de análise de resíduos de
668 agrotóxicos em alimentos (PARA); 2- Contrato Correios - Envio das amostras por SEDEX 10; 3-
669 Capacitação dos agentes do PARA - Treinamento continuado em procedimentos operacionais de
670 amostragem e em toxicologia de agrotóxicos, Participação do I Simpósio Brasileiro de Resíduos de
671 Agrotóxicos em Alimentos 08 a 11 de abril de 2006 e Participação no Curso de Defesa do Consumidor
672 MJ. Também elencou as ações pós-resultados de análise em 2007: Nota Técnica Conjunta sobre os
673 resultados para alertar os órgãos de fiscalização, indústria e comércio; GT formado por diferentes
674 instituições para elaboração de material educativo; Mapa; ANVISA e IBAMA = regulamentação para
675 “minor crops” (culturas de suporte fitossanitário insuficiente); Um total de 19 Estados realizaram
676 reuniões locais com diferentes instituições; Ministério Público, Secretarias de Agricultura, Meio
677 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 Metilico, Monocrotofós (registro cancelado), Metamidofos, Alaclor, Captan, 2,4-D (reavaliação não concluída em função da apresentação de novos estudos e Metaldeido. 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

740 toxicológicas (SINDAG) – decisão favorável ao SINDAG durante 4 meses, mas a ANVISA conseguiu
741 reverter decisão no final de novembro/08. Por fim, pontuou os desafios a serem superados: estruturar a
742 rastreabilidade de produtos com irregularidade; ampliar amostragem de alimentos; ampliar e fortalecer
743 canais de comunicação e promover campanhas educativas; reavaliar ingredientes ativos de importância
744 toxicológica; fortalecer estrutura laboratorial; e estabelecer parcerias com representantes dos
745 supermercados, dos produtores, do Ministério Público e da Sociedade Civil. **Manifestações:**
746 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** cumprimentou a ANVISA pela apresentação e perguntou como
747 está o movimento para retirar de suas responsabilidade a competência da ANVISA em relação à
748 análise de alimentos. Também sugeriu entrar em contato com o Estado de SP para que participe do
749 PARA. Por fim, ressaltou que os CES e CMS devem ter acesso aos resultados das análises para definir
750 estratégias locais. Conselheira **Marisa Fúria** registrou sua preocupação com a contaminação do solo e
751 das águas por agrotóxicos, formicidas, pernicidas, entre outros. Nesse sentido, disse que é preciso
752 realizar campanha de esclarecimento dos produtores e da população sobre como eliminar essas
753 substâncias dos alimentos antes de consumi-los. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** cumprimentou
754 o Gerente Geral de Toxicologia/ANVISA/MS pela explanação e sua equipe pela importância do
755 trabalho. Perguntou se existe ação concreta para prevenção ou se deve suspender a ingestão dos
756 alimentos contaminados. Conselheiro **Jorge Venâncio** disse ser essencial desenvolver mecanismo
757 para rastrear os produtores que utilizam agrotóxicos ilegais. De posse desses dados, é preciso fazer a
758 divulgação para penalizar os que utilizam agrotóxicos ilegais. Conselheiro **Wilen Heil e Silva** registrou
759 a sua preocupação com o impacto dos agrotóxicos na saúde das pessoas que consomem os alimentos
760 contaminados. Conselheira **Rosângela Santos** disse que é preciso refletir sobre o seguinte paradoxo –
761 incentivo à alimentação saudável com consumo de frutas e alimentos contaminados por agrotóxicos.
762 Também perguntou como ter certeza que o produto é seguro para consumo e destacou a importância
763 de divulgar o risco da utilização de produtos contaminados. Por fim, disse que é necessário
764 acompanhar o efeito da utilização de agrotóxicos em médio e longo prazo. Conselheiro **Geraldo Adão
765 Santos** reconheceu a importância do trabalho da ANVISA e fez os seguintes questionamentos: o
766 agrotóxico é indispensável? Qual a situação da liberação de agrotóxico no Brasil? No caso do morango
767 e do tomate, quando passa pelo processo de industrialização, a contaminação é extinta? O problema
768 do agrotóxico é pela toxicidade ou pelo uso inadequado? Conselheiro **Rogério Tokarski** fez os
769 seguintes questionamentos: como está o trabalho do genérico nesse setor? Há incentivo para o uso de
770 substâncias biológicas para evitar o uso de agrotóxicos? Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**
771 explicou que a discussão sobre o risco sanitário em relação aos alimentos está no plano de trabalho da
772 Comissão de Vigilância Sanitária. Também reiterou ser essencial uma política de vigilância sanitária e
773 destacou que a Conferência de Saúde Ambiental será um espaço importante para aprofundar esse
774 debate. **Retorno da mesa: Luis Cláudio Meirelles**, Gerente Geral de Toxicologia/ANVISA/MS, fez os
775 seguintes comentários: acabou o movimento para retirar competência da ANVISA – e, no momento, há
776 relação interministerial melhor; é importante reinserir o Estado de São Paulo no PARA (o
777 monitoramento é feito em nível local com instituto biológico); faz-se necessário levar esse debate para
778 os conselhos de saúde; Pernicidas e outros – é essencial que a normatização abarque os produtos
779 veterinários; alimentos processados - as indústrias de grande porte têm laboratórios para verificar
780 contaminação; a Agência está discutindo a possibilidade de definir estratégia de análise de alimentos
781 processados principalmente para aqueles cujos alimentos *in natura* são mais problemáticos; deve-se
782 investir na prevenção; o estudo dos efeitos das substâncias é completo – de acordo com protocolos
783 internacionais; as decisões da Agência são tomadas de acordo com estudos; há empresas que querem
784 trabalhar com produtos categorizados como “genéricos”, mas, do ponto de vista de responsabilidade
785 social, querem assumir muito pouco; as empresas que atendem aos protocolos internacionalmente
786 adotados e à legislação em vigor no país recebem o registro; rastreabilidade - é um dos desafios do
787 Programa - o Distrito Federal possui programa de rastreabilidade que consegue verificar todos os
788 produtos comercializados no local e o Paraná também implantou legislação; a informação do Programa
789 tem permitido uma série de ações, mas a intenção é ter uma capacidade laboratorial capaz de dar uma
790 resposta a tempo e a hora (as análises duram, em média, trinta dias); é urgente a definição de
791 programa de controle de agrotóxico nas águas; as análises apontam pouco resíduo de agrotóxicos
792 proibidos; a questão refere-se ao resíduo de produtos não autorizados para determinada cultura; a idéia
793 é evoluir para uma situação de resíduos de substâncias químicas que não represente risco à saúde
794 humana; a situação atual é de informação e de mudanças dos parâmetros de segurança em relação
795 aos produtos, permitindo substituição de substâncias mais perigosas à saúde humana; liberação de
796 substância em outros países – O Brasil também utiliza como referência a autorização de produtos em
797 outros países; e métodos biológicos – a ANVISA, junto com uma plataforma do CNPQ, desenvolveu
798 normatização para registro de produtos em fases (ser “natural” não significa que não faz mal à saúde,
799 portanto, precisam de avaliação); e a informação permite mudar o quadro de contaminação e, por parte
800 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 1^a 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, Alquermes 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, Marilia 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 1^a 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 1^a 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 TCG: 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 resposta 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 (TGC)." 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,

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

988 do CNS e SGEP para definir estratégia de educação permanente para que os conselhos acompanhem
989 a implementação do Pacto nos estados. No mais, disse que é preciso pensar em indicadores de
990 qualidade das ações. **Retorno da mesa:** Dra. **Silvana Leite**, da Coordenação Geral de Apoio a Gestão
991 Descentralizada/CGAGD/DAD/MS, fez os seguintes comentários: o Termo de Compromisso de Gestão
992 deve ser periodicamente discutido nos conselhos de saúde para redefinir as estratégias no sentido de
993 enfrentar as dificuldades; avanços em relação à saúde da mulher e ao combate à tuberculose –
994 sugestão de definir especificamente com as áreas responsáveis, mas, no Relatório de Avaliação do
995 Pacto 2007 essas questões serão tratadas; mudança na gestão municipal – o Ministério da Saúde está
996 se organizando para acompanhar os gestores e para ajudá-los na utilização dos instrumentos de
997 gestão; Saúde do idoso – é ideal que as prioridades do Pacto sejam refletidas nos planos de saúde,
998 portanto, os conselhos devem fazer esse acompanhamento; e a base de dados do pactuado com os
999 municípios está disponível para consulta. O Sr. **Leonardo Pimentel Berzoini**, Coordenação Geral de
1000 Apoio a Gestão Descentralizada/CGAGD/DAD/MS, acrescentou que: não houve imposição do
1001 Ministério da Saúde em relação às metas; o processo de negociação foi replicado da federal para
1002 estadual e desta para a municipal; e a base de dados em relação a indicadores e metas pactuadas está
1003 disponível no www.saude.gov.br/sispacto. O Presidente do CNS agradeceu os expositores e passou
1004 aos encaminhamentos. **Encaminhamentos:** **verificar, dentre as comissões do CNS, uma para**
1005 **promover debate aprofundado sobre o Pacto ou constituir GT para fazer essa discussão; enviar**
1006 **correspondência aos CES solicitando manifestação sobre a implantação do Pacto nos Estados;**
1007 **recomendar que os organismos de controle se reúnam com os novos gestores, visando**
1008 **processo de capacitação sobre os instrumentos de gestão: Pacto pela Saúde, planos de saúde,**
1009 **relatórios de gestão, entre outros assuntos.** A seguir, Conselheira **Maria Thereza Antunes** registrou
1010 a distribuição dos exemplares “Guia de orientação e atendimento a pessoas com deficiência vítimas de
1011 violência doméstica” e “Guia de legislação sobre direitos humanos e violência doméstica contra
1012 pessoas com deficiência”. Conselheiro **Afonso Magalhães** registrou sua reclamação à SGETS/MS pelo
1013 trabalho do Grupo de Trabalho “Reconhecimento de Títulos de Medicina Expedidos em Cuba”. Inversão
1014 de pauta: **ITEM 5 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS –** Coordenação: Conselheira **Ruth Ribeiro**
1015 **Bittencourt.** Composição da mesa: Conselheira **Maria Helena Machado**; Conselheira **Graciara Matos**
1016 **de Azevedo**; e **Sigisfredu Luis Brenelli.** Inicialmente, a coordenadora da CIRH/CNS informou que a
1017 Comissão fará seu planejamento estratégico em março de 2009 e irá sugerir ao CNS que seja pautado
1018 debate sobre regulação e regulamentação de novas profissões e exercício do trabalho da saúde no
1019 âmbito do MERCOSUL. Também reivindicou pauta para CIRH no CNS, no mínimo, a cada dois meses,
1020 dado o volume de assuntos a serem tratados no Conselho. A seguir, Conselheira **Graciara Matos de**
1021 **Azevedo** submeteu cinco notas técnicas de cursos autorizados antes de 2005 à apreciação do Pleno,
1022 que são: 1) Instituição: Faculdade de Tecnologia e Ciências, Processo: 20078890, Curso: Medicina,
1023 Tipo: reconhecimento, Local: Salvador/Bahia, Caráter: Privado, Parecer: satisfatório ao reconhecimento
1024 do Curso de Medicina da FTC Salvador, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº
1025 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006; 2) Instituição: Faculdade de
1026 Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí, Processo: 20070901, Curso: Medicina, Tipo:
1027 reconhecimento, Local: Teresina/Piauí, Caráter: Privado, Parecer: satisfatório a reconhecimento do
1028 Curso de Medicina da NOVAFAP, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº
1029 350/2005, às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006; 3) Instituição: Centro Universitário
1030 Positivo – UNICENP, Processo: 20073899, Curso: Medicina, Tipo: reconhecimento, Local:
1031 Curitiba/Paraná, Caráter: Privado, Parecer: satisfatório ao reconhecimento do Curso de Medicina
1032 Centro Universitário Positivo - UNICENP, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº
1033 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006; 4) Instituição: Centro Universitário
1034 do Maranhão – UNICEUMA, Processo: 20071490, Curso: Medicina, Tipo: reconhecimento, Local:
1035 São Luís/Maranhão, Caráter: Privado, Parecer: satisfatório ao reconhecimento do Curso de Medicina Centro
1036 Universitário do Maranhão - UNICEUMA, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº
1037 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006; e 5) instituição: Faculdade de
1038 Ciências Médicas da Paraíba - FCM-PB, Curso: Medicina, tipo: Reconhecimento, Local: João Pessoa
1039 (PB), Parecer: satisfatório ao processo de reconhecimento do Curso de Medicina da Faculdade de
1040 Ciências Médicas da Paraíba - FCM-PB, com a recomendação de observância à Resolução CNS nº
1041 350/2005 e às prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde/2006. **Encaminhamento: não havendo**
1042 **destaques, as notas foram aprovadas. Manifestações:** Conselheiro **Eduardo Santana** propôs
1043 avaliar in loco as escolas para emissão de parecer de reconhecimento. Conselheiro **Ciro Mortella**
1044 sugeriu a elaboração de documento com esclarecimentos sobre o processo de emissão de pareceres.
1045 **Retorno da mesa:** Conselheira **Maria Helena Machado** informou que seria feita em uma publicação
1046 simples sobre o processo de emissão de pareceres. Também explicou que é inviável visitar todas as
1047 instituições, portanto, a visita somente é feita em casos pontuais. Sobre o Campus da Federal de São
1048 João Del Rei/Divinópolis, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que não foi possível fazer a
1049 visita. Assim, a visita ocorreu em fevereiro de 2009. O GT é composto por: Conselheira Marisa Fúria,

1050 Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, Tarcísio e Conselheira Maria Helena. Conselheira **Graciara**
1051 **Matos de Azevedo** informou que o Comitê formado por quatro integrantes da CIRH, está trabalhando
1052 na elaboração de um manual sobre o processo de emissão de pareceres. Este manual servirá para
1053 definição de subsídios para propor a modificação da Resolução do CNS nº 350 e a reformulação do
1054 decreto para ampliar o parecer às demais profissões da área da saúde. Disse que a intenção é
1055 apresentar o resultado do trabalho do GT à CIRH até o final de março e, em maio, submeter à
1056 apreciação do Pleno. Conselheira **Denise Torreão** apresentou as seguintes demandas para CIRH,
1057 levantadas pelos trabalhadores na reunião do FENTAS: Quais as estratégias da CIRH para incluir
1058 outras profissões que não são avaliadas pelo CNS no decreto?; Que a Comissão apure o não
1059 funcionamento do hospital universitário da Universidade Federal do Piauí; Resposta à homologação do
1060 parecer CNE nº 213/08, que estabelece cargas horárias diferenciadas para as profissões de saúde não
1061 regulamentadas (o CNS aprovou a Recomendação nº 24/08, que recomenda a carga horária de 4 mil
1062 horas para as profissões da área da saúde). Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, em relação à
1063 carga horária, lembrou que participou de audiência com o MEC e, na oportunidade, esse Ministério
1064 comprometeu-se a responder à Recomendação. Porém, isso não ocorreu. **Encaminhamento: a CIRH**
1065 **enviará correspondência à SESu/MEC com pedido de respostas à recomendação.** A respeito do
1066 decreto, Conselheira **Maria Helena Machado** informou que o Ministério da Saúde, através da SGTES,
1067 irá propor ao MEC mudança no sentido de incluir a avaliação das demais profissões de forma paulatina
1068 e gradativa. A mesa encerrou essa primeira parte da apresentação. **Recomposição da mesa:** Dra.
1069 **Ana Stela Haddad**, Diretora de Gestão da Educação em Saúde/MS, fez um informe sobre a denúncia
1070 em relação à Universidade de Santo Amaro - UNISA e o trabalho do GT de revalidação de diplomas.
1071 Sobre a denúncia acerca do curso de Medicina da UNISA, informou que o Departamento analisou o
1072 material da denúncia e enviou ao Departamento de Supervisão da Educação Superior/MEC. Disse que
1073 o Departamento acompanharia esse processo e manteria o CNS informado. Sobre o projeto piloto,
1074 explicou que o Grupo responsável está conduzindo o processo conforme proposta apresentada ao
1075 Pleno do CNS. Disse que, há cerca de um ano, o Ministro da Saúde incumbiu a SGTES de apontar
1076 solução à questão que envolve os estudantes brasileiros formados pela ELAN, em Cuba e, a partir
1077 desse caso, aperfeiçoar o processo nacional de validação de diplomas. Desde então, o Ministério da
1078 Saúde vem empreendendo esforços e investimentos de recursos para resolver a situação. Reiterou que
1079 se trata de um GT do governo federal, portanto, não conta com a participação de entidades. Entretanto,
1080 nesse período, O Grupo vem buscando interagir com as diferentes instâncias envolvidas no processo.
1081 Explicou que, após diálogo com ANDIFS, ao longo de 2008, esta aprovou moção de apoio ao projeto
1082 piloto. Atualmente, há dezesseis universidades públicas trabalhando juntas no processo piloto. Como
1083 resultado do trabalho das universidades e do GT foi possível elaborar matriz de equivalência, e a partir
1084 dessa proposta está em discussão um plano de estudo (grupo de estudantes enviou sugestões).
1085 Ressaltou que, nesse momento, está sendo feita a atualização cadastral dos estudantes da ELAN
1086 formados aguardando processo de revalidação. Com isso, o plano de estudos será enviado aos
1087 estudantes para que tenham tempo hábil, com tutoria, para chegar ao momento de avaliação do grupo
1088 e revalidar o diploma. Conselheira **Maria Helena Machado** explicou que a intenção do projeto piloto é
1089 unificar o processo de revalidação de diplomas no país. A Diretora de Gestão da Educação em
1090 Saúde/MS clarificou que o ponto de impasse é: o CFM, inicialmente, posicionou-se contra o projeto
1091 piloto e, após a construção da proposta, avaliou que o projeto piloto não deve ser feito apenas com os
1092 alunos da ELAN. Contudo, o governo decidiu manter a decisão de trabalhar somente com esses
1093 estudantes, visado definir processo equânime de revalidação para todos os estudantes formados em
1094 outro país. Conselheiro **Afonso Magalhães** disse que as entidades médicas avaliam que o governo
1095 desconsiderou a posição da categoria envolvida. Como encaminhamento, apelou para que haja
1096 negociação no sentido, inclusive, de redefinir o prazo. A diretora Ana Stela explicou que o governo está
1097 trabalhando no sentido do diálogo. Disse que o Grupo seguirá o cronograma de trabalho e aceitará as
1098 sugestões dos estudantes ao plano de estudo. Finalizou destacando que o desejo é que os estudantes
1099 aproveitem esse plano de estudo e tenham êxito na avaliação. Conselheiro **Eduardo Santana** explicou
1100 que as entidades médicas defendem regra única para todos os estudantes brasileiros formados em
1101 Medicina fora do território nacional. Em que pese essa defesa ser para o curso de Medicina, a
1102 avaliação é que a regra deve ser estendida às demais profissões. Em relação à escolha de estudantes
1103 apenas da ELAN, disse que as entidades não entendem as justificativas para escolha de estudantes
1104 apenas dessa instituição em detrimento de outros. Portanto, a posição é de que o projeto piloto deveria
1105 contemplar outras instituições de ensino. **Encaminhamento: não houve, por se tratar de um ponto**
1106 **de informe. ITEM 2 – FÓRUM SOCIAL MUNDIAL DA SAUDE E FORUM SOCIAL MUNDIAL –**
1107 Coordenação: Presidente do CNS. Apresentação: **Rozângela Fernandes Camapum**, Secretária-
1108 Executiva do CNS. Na explanação, a Secretária-Executiva pontuou as seguintes questões sobre Fórum
1109 Social Mundial: participação do CNS em parceria com a SGEP/MS; infra-estrutura – o material está
1110 pronto; participantes – são dezessete conselheiros e quatro técnicos; haverá tenda do controle social
1111 com distribuição de material do CNS (jornal do CNS, Resolução nº 333, Relatório Final da 13ª

1112 Conferência Nacional de Saúde e folder sobre controle em três idiomas). Explicou que a programação
1113 seria concluída em reunião a ser realizada dia 16 de janeiro. Para deliberação do Pleno, disse que é
1114 preciso definir os palestrantes, em nome do CNS, para os seis blocos temáticos. **Encaminhamento: o**
1115 **Plenário indicou os seguintes palestrantes para os eixos temáticos: 1) Direitos humanos à saúde**
1116 **e segurança social – Conselheira Eufrásia Santos Cadorin; 2) Crítica à economia política do**
1117 **modelo de desenvolvimento neoliberal e seu impacto nos sistemas de saúde e segurança social**
1118 **– por uma agenda não-neoliberal de desenvolvimento - Conselheiro Walter Gomes de Souza; 3)**
1119 **O mundo do trabalho e o trabalhador da saúde – a flexibilização e terceirização laborais e a**
1120 **destruição da segurança social – Conselheiro Francisco Batista Júnior; 4) Saúde e Meio**
1121 **Ambiente - proteção social contra os efeitos do aquecimento global, a opção dos modelos de**
1122 **desenvolvimento e a recuperação e proteção do ambiente – Conselheira Raquel Rigotto,**
1123 **Conselheira Dorothy Aparecida Martos, Conselheiro Wilson Valério Lopes ou Conselheiro**
1124 **Valdenir França (verificar qual deles tem disponibilidade); 5) Democracia direta, sistemas**
1125 **democráticos, poder popular e a garantia do direito à saúde e a segurança social, pelo direito**
1126 **ao protesto e a descriminalização do protesto social - Conselheira Jurema Werneck; e 6) Pela**
1127 **construção de sistemas democráticos/socialmente justos de saúde e segurança social –**
1128 **Conselheiro Antônio Alves de Souza.** Em relação ao Fórum Social Mundial da Saúde, está sendo
1129 negociada atividade própria do CNS. A delegação do CNS participará do FSMS e do FSM. Conselheiro
1130 **José Caetano Rodrigues** manifestou interesse em participar do Fórum Social Mundial da Saúde e
1131 Fórum Social Mundial. A Secretaria-Executiva verificará a possibilidade de emitir passagem,
1132 considerando que não é possível reservar hospedagem. Será verificada a possibilidade de realizar
1133 atividades na tenda do controle social durante a realização do Fórum Social Mundial da Saúde e Fórum
1134 Social Mundial. Em seguida, a Secretaria-Executiva do CNS, fez a leitura da proposta de Moção de
1135 Apoio ao trabalho desenvolvido pela equipe da Gerência Geral de Toxicologia, da Agência Nacional de
1136 Vigilância Sanitária e recomenda à Diretoria Colegiada da Agência e ao Ministro da Saúde que
1137 assegure integral e irrestrito apoio para o fortalecimento do Programa da Análise de Resíduos e de
1138 Reavaliação Toxicológica. **Encaminhamento: Não havendo destaques, a proposta foi aprovada.** A
1139 seguir, informou que a assessoria agendará reunião com o Ministro da Saúde para tratar das
1140 resoluções não homologadas. Se não for possível, buscar o diálogo com o Ministro no Fórum Social
1141 Mundial da Saúde. Em seguida, Conselheira **Denise Torreão** fez a leitura da proposta de documento
1142 onde o Pleno do CNS solicita: fim imediato dos ataques e agressões ao povo palestino; garantia de
1143 acesso à ajuda humanitária; fim da ocupação militar do território palestino; e imediata adoção de
1144 normas rígidas sobre a comercialização de armas. Não houve consenso sobre documento, tendo sido
1145 apresentadas contribuições ao texto. **Encaminhamento: acordou-se que os conselheiros que**
1146 **apresentaram sugestões ao documento discutiriam com os autores do texto para chegar a**
1147 **consenso. O documento será apresentado no período da tarde.** Com isso, a mesa suspendeu os
1148 trabalhos para o almoço.
1149

1150 **ITEM 9 – INFORMES E INDICAÇÕES** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes**
1151 **Camapum**, apresentou, para deliberação do Pleno: “Oficina de Qualificação de Lideranças
1152 Comunitárias em Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”- a Federação Mato-grossense das
1153 Associações de Moradores de Bairros- FEMAB e o Ministério da Saúde convidam um representante do
1154 CNS para participar da solenidade de abertura e das mesas temáticas: “Conjuntura na Luta em Defesa
1155 do SUS” e “Pactos pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão”. O evento ocorrerá nos dias 6 e 7 de
1156 fevereiro de 2009, em Cuiabá-MT. **Indicação: Conselheiro José Marcos de Oliveira.** Em seguida,
1157 apresentou os seguintes informes: 1) Denúncia feita pela senhora Liliany Silva, médica paraense no
1158 Amapá, a respeito de um surto de Chagas no bairro da Universidade do Amapá, em outros bairros e no
1159 Município de Santana. A médica assistente informa ter encaminhado uma carta ao CRM e a UNIFAP,
1160 não sendo tomada nenhuma providência. Após reunir com o secretário de saúde e com o grupo de
1161 Chagas do Pará, acompanhou em Abetetuba, Município do Pará, um projeto para delimitação das
1162 áreas de risco da Doença de Chagas. Para surpresa, presenciou em Beja, Município fora da área de
1163 pesquisa, casos de pessoas que são picadas há mais de 10 anos sem até o momento ser tomada
1164 nenhuma atitude. **Encaminhamento: Solicitar manifestação do CES e da SVS/MS.** 2) Denúncia do
1165 CES-MT sobre o recebimento de oito computadores, parte integrante do PID conveniado entre CNS e o
1166 Banco do Brasil. A secretária-executiva, Magaly de Souza, denuncia a entrega de computadores, na
1167 maioria, com problemas. **Encaminhamento: os problemas serão levados à reunião com o Banco**
1168 **do Brasil e será feito levantamento dos ofícios recebidos pelo CNS sobre essa questão.** 3) Curso
1169 de Capacitação do PID para os Conselheiros Nacionais de Saúde, no período de 19 a 22 de maio de
1170 2009. **Encaminhamento: aprovada a data do curso.** 4) Calendário das Reuniões Ordinárias do CNS
1171 – 2009. **Encaminhamento: o calendário foi aprovado nos seguintes termos: 193^a RO - 14 e 15 de**
1172 **janeiro; 194^a RO - 11 e 12 de fevereiro; 195^a RO - 11 e 12 de março; 196^a RO - 15 e 16 de abril;**
1173 **197^a RO - 13 e 14 de maio; 198^a RO - 17 e 18 de junho; 199^a RO - 8 e 9 de julho; 200^a RO - 12 e 13**

1174 de agosto; 201^a RO - 9 e 10 de setembro; 202^a RO - 14 e 15 de outubro; 203^a RO - 11 e 12 de
1175 novembro; 204^a RO - 9 e 10 de dezembro. O Calendário das Reuniões Ordinárias da Mesa
1176 Diretora do CNS – 2009 será redefinido diante do calendário aprovado. 5) Congresso do
1177 CONASEMS – 11 a 14 de maio, em Brasília. O CNS viabilizará a vinda dos conselheiros para participar
1178 das oficinas pré-congresso. 6) Reativação da Assessoria de Comunicação do CNS com contratação de
1179 profissionais técnicos em comunicação, jornalistas. A equipe começa a trabalhar no mês de fevereiro,
1180 mas já estão sendo implementadas estratégias e reativadas outras. Ações em andamento: Informativo
1181 eletrônico para os Conselhos Estaduais; Informativo eletrônico aos gestores; Página do CNS: novo
1182 projeto; Carta Eletrônica: será retomada com periodicidade semanal; Jornal do Conselho: está sendo
1183 retomado com novo layout/mensal; Publicações: será elaborado planejamento editorial para 2009;
1184 Releases e notas para imprensa; Documentário das eleições do CNS: será feito contato com o Canal
1185 Saúde para retomar o projeto. Sugestões dos conselheiros: criar e-mail para que os internautas enviem
1186 questionamentos e sugestões; reproduzir release na imprensa dos estados; disponibilizar um espaço
1187 permanente na página do CNS para que as comissões incluam release mensal dos seus trabalhos
1188 (após deliberação do Pleno). Sugestões dos conselheiros: criar e-mail para que os internautas enviem
1189 questionamentos e sugestões; reproduzir release na imprensa dos estados; disponibilizar um espaço
1190 permanente na página do CNS para que as comissões incluam release mensal dos seus trabalhos
1191 (após deliberação do Pleno). A Secretaria-Executiva verificará a possibilidade de viabilizar as
1192 propostas. 7) Resolução CNS nº. 408, de 10 de outubro de 2008. O Ministro da Saúde, José Gomes
1193 Temporão, encaminhou ao CNS o despacho n.º 21.597/2008 solicitando que o Conselho transforme a
1194 Resolução nº. 408 em Recomendação. **Encaminhamento: o Pleno aprovou a proposta.** 8) A Fiocruz
1195 divulga o Curso de Especialização em Direito Sanitário 2009. As inscrições serão de 5 de Janeiro a 4
1196 de Março de 2009. 9) Comissão Intersetorial de Saúde Bucal – indicação de nomes.
1197 **Encaminhamento: enviar ofício às entidades solicitando a indicação dos nomes para Comissão.**
1198 10) Informe sobre o Seminário Nacional “Desafios da Saúde Indígena: Gestão e Controle Social”
1199 realizado nos dias 27 e 28 de novembro de 2008. O evento contou com a participação de
1200 aproximadamente 200 indígenas. Na oportunidade, foi aprovada a transferência do Subsistema de
1201 Saúde Indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde, com a criação de uma Secretaria Especial
1202 para tratar das ações de saúde dessa população. Também, dentre outras propostas, foi aprovada a
1203 instituição de um grupo de trabalho para debater a transferência, a estruturação da Secretaria Especial
1204 de Saúde, autonomia dos DSEIs e a realização de seminários regionais. Conselheiro **Valdenir França**
1205 complementou o informe solicitando que os conselheiros acompanhem a realização dos seminários
1206 regionais (Campo Grande, Recife, Florianópolis e Manaus). Também falou da gravidade da situação do
1207 Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus e denunciou que sofreu atentado por conta das
1208 denúncias sobre essa situação. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** avaliou que o saldo do GT é
1209 positivo e destacou que é preciso discutir o Sistema em profundidade com o relatório da 4^a Conferência
1210 Nacional de Saúde Indígena. Conselheiro **Raimundo Sotero** sugeriu constituir GT emergencial para
1211 visitar Manaus e encaminhar a denúncia aos órgãos competentes, para as providências cabíveis.
1212 Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, na condição de coordenador do GT de Saúde Indígena,
1213 comprometeu-se a manter o Conselho informado sobre o trabalho do grupo. Também solicitou ao
1214 Conselheiro Valdenir que formalize a denúncia por escrito à Secretaria-Executiva do CNS, que
1215 encaminhará aos órgãos competentes para as devidas providências. **Encaminhamentos: contatar os**
1216 **conselheiros das regiões para acompanhar os seminários regionais de saúde indígena; incluir**
1217 **na agenda política do CNS a implementação do subsistema de saúde indígena; na próxima**
1218 **reunião do CNS, pautar apresentação da CISI/CNS com propostas para subsidiar a discussão do**
1219 **CNS. Além disso, o Conselheiro Valdenir França deverá formalizar, por escrito, a denúncia de**
1220 **que sofreu atentado. O documento será enviado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde**
1221 **que encaminhará aos órgãos competentes para as devidas providências.** Conselheira **Carmem**
1222 **Lúcia Luiz** perguntou se será possível realizar os seminários das comissões em março de 2009,
1223 conforme aprovado pelo Pleno do CNS. A Secretaria-Executiva do CNS, **Rozângela Fernandes**
1224 **Camapum**, respondeu que não será possível, porque o recurso não será liberado em tempo hábil.
1225 Disse que a proposta é realizar a atividade no segundo semestre de 2009. **Encaminhamento: a Mesa**
1226 **Diretora discutirá essa questão na sua próxima reunião.** A seguir, a Secretaria-Executiva do CNS
1227 informou que o nome dos novos conselheiros será publicado no Diário Oficial da União. Sobre as
1228 denúncias a respeito da eleição do CES de Sergipe, informou que será marcada nova data para visita
1229 do GT ao Estado. O Sindicato dos Médicos e o Ministério Público de Sergipe têm interesse em
1230 acompanhar a visita. Conselheira **Lílian Alicke** solicitou que a oficina sobre o cuidador da pessoa idosa
1231 ocorra nos dias 2 e 3 de abril de 2009. **Encaminhamento: a solicitação será discutida na próxima**
1232 **reunião da Mesa Diretora e trazida à reunião do CNS, para decisão.** **ITEM 6 – COMISSÃO**
1233 **PERMANENTE DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO – COFIN/CNS** – Coordenação: Conselheira
1234 **Ruth Ribeiro Bittencourt**, da Mesa Diretora. *Composição da mesa:* Conselheiro **Fernando Luiz**
1235 **Eliotério**; e Dr. **Francisco Fúncia**, assessor da COFIN/CNS. Como primeiro ponto, o assessor da

1236 COFIN/CNS, **Francisco Funcia**, fez uma abordagem de como fica o SUS (financiamento e gasto)
1237 diante da crise financeira dos EUA e do “contágio” global dela decorrente - subsídios para o
1238 planejamento/2009. Iniciou com o cenário da crise nos EUA, com destaque a: crise das empresas na
1239 “Nasdaq” em 2001; ataque às torres gêmeas; invasão do Iraque; juros baixos para estimular a
1240 recuperação da economia norte-americana; expansão do mercado imobiliário, que se aproveita da
1241 desregulamentação do setor financeiro e do baixo custo do financiamento para aquisição de imóveis
1242 por compradores de baixa renda; comprar casas: bom negócio diante da valorização dos imóveis;
1243 hipotecas como forma de quitar dívidas ou financiar a expansão do consumo das famílias; e
1244 “Subprime”: segmento do mercado financeiro voltado para clientes de renda baixa e com histórico de
1245 inadimplência – empréstimo de alto risco. Explicou que, em busca de rendimentos maiores, gestores de
1246 fundos e bancos compram esses títulos “subprime” das instituições que fizeram o primeiro empréstimo
1247 e permitem que uma nova quantia em dinheiro seja emprestada, antes mesmo do primeiro empréstimo
1248 ser pago. Também interessado em lucrar, um segundo gestor pode comprar o título adquirido pelo
1249 primeiro, e assim por diante, gerando uma cadeia de venda de títulos. Após atingir um pico em 2006, os
1250 preços dos imóveis, no entanto, passaram a cair: os juros do Fed, que vinham subindo desde 2004,
1251 encareceram o crédito e afastaram compradores. Com isso, a oferta começa a superar a demanda e
1252 desde então o que se viu foi uma espiral descendente no valor dos imóveis, aumento da inadimplência
1253 e desaceleração do crédito. Continuando, apresentou o cenário da crise nos EUA (ago/2007 a
1254 ago/2008) e demais Países desenvolvidos (set/2008 a out/2008). Em relação aos Estados Unidos,
1255 destacou que os muitos anos com taxas de juros baixas e a desregulamentação do mercado financeiro
1256 (especialmente dos bancos de investimentos), “turbinada” com os bônus pagos aos dirigentes das
1257 instituições financeiras (ações irresponsáveis) resultou no estímulo ao consumo via expansão do
1258 crédito (com “produtos” inovadores e alavancagem) e aumento dos preços dos ativos (especialmente
1259 imóveis). Porém, a situação se reverteu a partir de agosto de 2007 com a queda dos preços dos
1260 imóveis e atrasos nos pagamentos das hipotecas. Destacou que a crise atual é a mais forte desde 1929
1261 (Quebra da Bolsa de Nova York em outubro) e Década de 1930 (Grande Depressão). Trata-se de uma
1262 crise sistêmica (todos os mercados) e mundial (todos os países) que começou pelos países mais
1263 desenvolvidos. As instituições financeiras estão fragilizadas, sendo que não houve uma “quebra
1264 generalizada” pela unidade de ação (inédita) dos governos. Ressaltou que houve redução da riqueza e
1265 perdas nas bolsas (aproximadamente US\$ 30 tri). Com isso, instala-se uma situação de incerteza e
1266 escassez de crédito que deterioram as expectativas. Detalhou que o montante disponibilizado para
1267 recapitalização de bancos foi de US\$ 595 bilhões. Destacou que, em setembro de 2008, o quadro piora
1268 com: revelação dos prejuízos ocultos e desvalorização dos ativos de grandes instituições financeiras;
1269 crise de confiança gerada pela Crise de solvência (Fannie Mae, Freddie Mac, Lehman, AIG, Fortis,
1270 Dexia, etc.) e pela “aposta” errada do governo dos EUA quando deixou “quebrar” o Lehman (banco
1271 centenário); paralização do mercado de crédito e do redesconto bancário; valorização do dólar; e queda
1272 nos preços das *commodities*. Continuando, abordou como estava a economia brasileira quando
1273 emergiu a crise internacional (a partir de agosto de 2007). Destacou os fatores que contribuíram para
1274 criar um cenário do setor financeiro mais resistente à crise: grande potencial de expansão do mercado
1275 interno (aumento da renda influenciada pelo aumento da produção e do emprego, aumentos do salário
1276 mínimo e do “Bolsa Família”, os investimentos estão crescendo mais que o consumo e novas
1277 descobertas de petróleo e gás, além dos biocombustíveis); fundamentos macroeconômicos mais
1278 sólidos em relação ao passado (nível elevado de reservas internacionais, menor nível da dívida pública
1279 líquida em relação ao PIB – 38,9% - e predominantemente interna, inflação sob controle,
1280 responsabilidade fiscal, maior superávit primário e redução da vulnerabilidade ou de “contágios”
1281 oriundos do setor externo da economia); aumento dos investimentos diretos estrangeiros no país em
1282 2007 e 2008, atingindo respectivamente US\$ 27 bilhões e US\$ 35 bilhões (previsão); investimentos
1283 crescem em ritmo mais acelerado que o consumo: crescimento econômico sustentado; mercado de
1284 ações em expansão (mas: descolamento nominal X real); e regulamentação do Setor Financeiro:
1285 bancos com menor alavancagem e menos ativos “podres” e elevados níveis de depósitos compulsórios
1286 dos bancos no Banco Central. Em seguida, mostrou gráficos com os seguintes dados: Crescimento do
1287 PIB - 6,8%; Contribuição das Demandas Interna e Externa ao Crescimento do PIB – crescimento da
1288 demanda interna para crescimento da economia brasileira; Consumo das Famílias – crescimento,
1289 especialmente em 2007 e 2008; Formação Bruta de Capital Fixo – crescimento a partir de 2006;
1290 Vendas no Varejo e Massa Salarial – co-relação direta do aumento das vendas no varejo e o
1291 crescimento da massa salarial; e Crescimento dos Salários Nominais acima da variação do IPCA.
1292 Explicou que, quando emergiu a crise internacional, a economia brasileira apresentava preocupação
1293 com a redução do Superávit da Balança Comercial e do saldo em conta corrente (aumento das
1294 importações – Real (R\$) “valorizado” X Dólar “desvalorizado”; preço do petróleo e remessas de lucros e
1295 dividendos), aspecto positivo das exportações diversificadas (países e produtos) e preocupação com o
1296 choque de *commodities* e com a inflação (pressão até o final do 1º semestre/2008 e desaceleração no
1297 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 consequente 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 reaplicavam 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-American) 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 consequente 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

1484 esclarecimentos referentes à execução de 2008, esta comissão fez alguns questionamentos que foram
1485 respondidos. **Encaminhamentos:** disponibilizar as planilhas atualizadas na plataforma do CNS para a
1486 193^a RO do CNS; e oficiar o Ministro sobre a ausência de representante da Subsecretaria de
1487 Planejamento e Orçamento. Sobre a regulamentação da EC 29, destacou que é necessário
1488 posicionamento firme do CNS com urgência, para que a proposta seja aprovada. Próximos passos de
1489 mobilização: 1º - Cobrar a votação do último destaque na Câmara, que se aprovado derruba a CSS; 2º
1490 - Organizar-se para o embate no Senado entre os dois projetos; O Projeto da Câmara que mantém o
1491 Piso da Saúde de acordo com a variação nacional do PIB e o do Senado que acompanha a decisão do
1492 CNS que definiu mudar o cálculo dos recursos federais para um percentual do PIB (8,5% em 2008),
1493 (9% em 2009), (9,5% em 2010) e (10% em 2011). Sugestão de ações a serem concretizadas: Contato
1494 com o Senador Pepe Vargas – Relator do Projeto; Pressão junto ao Presidente da Câmara para colocar
1495 o Projeto em votação; e iniciar contato no Senado para saber a posição do Tião Viana quando o projeto
1496 retornar a essa Casa. **Encaminhamentos:** Oficializar ao Ministro da Saúde a solicitação de
1497 detalhamento dos Restos a Pagar, o que foi pago referente aos anos anteriores separado por órgão,
1498 investimento, emendas parlamentares e outros. Também informou que foi entregue ao consultor
1499 jurídico do CNS cópia da Recomendação CNS 026 e Nota Técnica expedida pela SPO para estudo e
1500 elaboração de Parecer jurídico a ser apresentado na próxima reunião da COFIN, agendada para os
1501 dias 4 e 5 de fevereiro de 2009 e reunião do Pleno do CNS. Como item extra pauta da reunião, foi
1502 discutida a coordenação e a coordenação adjunta. Explicou que foi feita a indicação do Conselheiro
1503 Fernando Luiz Eliotério (CONAM) para Coordenador e Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt (CFESS),
1504 para coordenadora adjunta. Ainda sobre a composição da COFIN, submeteu à apreciação do Pleno a
1505 proposta de republicar, com alteração da alínea "e", a Resolução nº. 379. A proposta inicial de
1506 composição é o SIOPS dado os estudos e levantamentos que o Sistema elabora, observando que
1507 todas as Secretarias do Ministério são convidados permanentes desta comissão. Sobre a Farmácia
1508 Popular, ressaltou a preocupação com a quebra do Princípio da gratuidade do SUS pelo co-pagamento.
1509 Lembrou que o CNS aprovou o Programa Farmácia Popular na condição de que estes recursos seriam
1510 fora dos mínimos da EC 29, contudo, esses gastos são considerados no percentual. Encaminhamento:
1511 transformar a Recomendação CNS 11/ 2005 em Resolução. Por fim, apresentou a proposta de pauta
1512 para Reunião COFIN/CNS, nos dias 3 e 4 de fevereiro de 2009: Informes; Análise da Execução
1513 Orçamentária de 2008; Oficina Regional da Região Sul; Cartão nacional de saúde; EC 29 - situação
1514 atual; Relatório de Gestão de 2008; e encaminhamentos. **Manifestações:** Conselheiro **Ronald Ferreira**
1515 **dos Santos** chamou a atenção para o volume de empenhamento e liquidação de recursos do Ministério
1516 da Saúde no final de 2008. Apelou às entidades que compõem o CNS que acompanhem as políticas
1517 específicas, dado o volume de recurso disponibilizado, pois a COFIN não consegue fazer esse
1518 acompanhamento sozinha. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** reiterou a sua preocupação com
1519 a Emenda 7 e solicitou posicionamento do Pleno, dada a sua gravidade. Conselheiro **Antônio Alves de**
1520 **Souza**, sobre a Recomendação CNS 11/2005, sugeriu encaminhar ofício ao Ministro da Saúde
1521 solicitando posicionamento a respeito do documento. Após a resposta, o CNS definiria os
1522 encaminhamentos necessários. Em relação aos convênios, propôs que fossem priorizados alguns,
1523 porque não seria possível acompanhar todos por conta do volume. Conselheiro **Fernando Luiz**
1524 **Eliotério** ressaltou que é necessário posicionamento do CNS sobre a Emenda 7 e concordou que é
1525 preciso priorizar os convênios a serem acompanhados pelo Conselho. **Encaminhamento: aprovado o**
1526 **relatório da COFIN com os encaminhamentos propostos, exceto o que sugere transformar a**
1527 **Recomendação CNS 11/2005 em Resolução. Nesse caso, acordou-se que será encaminhamento**
1528 **ofício ao Ministro da Saúde com solicitação de posicionamento a respeito da Recomendação.**
1529 **Destaca-se dos encaminhamentos a redefinição da composição com indicação do Conselheiro**
1530 **Fernando Luiz Eliotério para Coordenador e da Conselheira Ruth Ribeiro Bittencourt, para**
1531 **coordenadora adjunta, e inclusão de representante do SIOPS. Em seguida, foi aberto espaço**
1532 **para apreciação das pendências da reunião.** Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** fez a leitura
1533 da moção de repúdio aos ataques contra o povo palestino. **Encaminhamento: o texto foi aprovado.** A
1534 seguir, Conselheira **Maria Helena Machado** fez a leitura da Nota "Sistema Único de Saúde aos 20
1535 anos". Sugestões do Pleno ao documento: substituir "equipes tradicionais" por "modelo tradicional" (6º
1536 parágrafo); incluir no último parágrafo a defesa dos pontos da agenda política do CNS; e contemplar a
1537 questão da violência como instrumento. **Encaminhamento: aprovado por aclamação.** Continuando,
1538 Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** apresentou minuta de Resolução que institui a Comissão
1539 Permanente de Assistência Farmacêutica. **Encaminhamento: na próxima reunião, aprovar a**
1540 **composição e a coordenação.** Em seguida, Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** fez a leitura de
1541 moção de apoio ao trabalho desenvolvido pela equipe da Gerência Geral de Toxicologia, da Agência
1542 Nacional de Vigilância Sanitária e recomenda à Diretoria Colegiada da Agência e ao Ministro da Saúde
1543 que assegure integral e irrestrito apoio para o fortalecimento do Programa da Análise de Resíduos e de
1544 Reavaliação Toxicológica. **Encaminhamento: aprovada por consenso.** A seguir, leu a recomendação
1545 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 193^a 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, Alquerimes 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, Lílian Aliche, Luiz Carlos C. Fernandes Jr., Maria*
1557 *Laura Carvalho Bicca, Maria Thereza A. Antunes, Marisa Fúria, Ricardo Donizeti de Oliveira.*