



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA QUINQUAGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
1995/1999

Aos nove e dez dias do mês de outubro de um mil e novecentos e noventa e seis, na Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde - CNS, realizou-se a Qüinquagésima Nona Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. **Dra. Fabíola de Aguiar Nunes**, Coordenadora-Geral do CNS, procedeu à abertura da reunião. **LEITURA E APROVAÇÃO DA ATA DA 58ª REUNIÃO ORDINÁRIA** - A ata foi **APROVADA** pelo Plenário sem correções. **LEITURA E APROVAÇÃO DA PAUTA** - Pauta **APROVADA**. **ITEM 01 - INFORMES** - **Dra. Fabíola** informou sobre: **1)** Relatório de Acompanhamento das Ações Relevantes 1996 encaminhado pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS para a Presidência da República, destacando os seguintes itens: Implantação do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância; Organização da Gestão da Assistência; Controle da Febre Amarela e do Dengue no Brasil; Plano de Eliminação da Hanseníase; Elaboração e Implementação de Normas Técnicas para o Controle da Qualidade de Serviços e Produtos para a Saúde; Atualização Permanente do Cadastramento das Indústrias e de Produtos, para a Efetivação do Plano Nacional de Inspeção Farmacêutica e Farmacoquímica; Organização da Rede de Laboratórios de Saúde Pública, visando Controle de Qualidade de Produtos e Serviços, e Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas - PNIVH; **2)** Documentos sobre Descentralização do Controle de Endemias da Região Norte e Carta da Amazônia, encaminhado pelo CONASS/NORTE, solicitando providencias quanto às questões levantadas; **3)** Projeto de Treinamento para Aperfeiçoamento dos Servidores das três esferas de gestão, em Controle, Avaliação e Auditoria/MS; **4)** Moção encaminhada pela 10ª Conferência Nacional de Saúde, que propõe a criação da Comissão de Acompanhamento do Processo Legislativo afeto ao SUS e Elaboração de Propostas Alternativas; **5)** Relatório da Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais ao Sistema de Saúde de Contagem; **6)** Votos de congratulação e apoio, encaminhado pela Federação Nacional dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados, Serviços de Informática e Similares - FENADOS, e pelo Sindicato dos Trabalhadores de empresas e Órgãos Públicos de Processamento de Dados, Serviços de Informática e Similares do Rio de Janeiro, a todos os membros do CNS, no sentido de que todas as decisões das Comissões Tripartite e Bipartites seriam apreciadas pelos respectivos Conselhos de Saúde; **7)** Comentários do Dr. Luis Dias dos Reis, Vereador e Médico em Piracicaba - SP, sobre a criação de novas escolas de medicina no País. Foi apresentado em anexo, parecer do Conselheiro Carlos Komora; **8)** CACR nº 691/96 do Senador Iris Rezende ao Excelentíssimo Ministro de Estado da Saúde, solicitando obter doações ou dotação de recursos para implantação de um laboratório de Zootecnia e Enfermagem na cidade de Inhumas - GO; **9)** Resolução nº 006/96 do Conselho Estadual de Saúde do Amazonas, que apóia o processo de incorporação da Escola de Enfermagem de Manaus à Universidade do Amazonas, conforme a Proposta Interministerial formulada pelos Ministérios da Saúde, da Educação, Fundação Nacional de Saúde, Escola de Enfermagem de Manaus e Universidade do Amazonas; **10)** Relatório de análise do Projeto de Lei que dispõe sobre o Ressarcimento ao SUS de Despesas Referentes a Atendimento de Saúde Prestadas a Beneficiários de Seguro-Saúde e de Planos de Saúde, encaminhado pelo Conselho Federal de Medicina; **11)** Ofício nº 525/96 do PROCON-MS manifestando apoio ao Projeto de Lei nº 4425/94, por entender ser o melhor que atende aos interesses dos consumidores; **12)** Carta do Dr. Wilson Cidral, Curitiba - PR, sobre o uso de lentes ou óculos para presbiopia. **Dra. Fabíola** destacou a presença do Senhor Ministro da Saúde, Dr. **Adib Jatene**, passando-o a palavra. O Senhor Presidente do CNS prestou esclarecimentos sobre a sua decisão de ter colocado o cargo à disposição do Senhor Presidente da República diante dos recentes acontecimentos envolvendo a pasta da saúde e o Palácio do Planalto. Disse o Senhor Ministro que: *“Em relação ao orçamento deste ano, eu estou fazendo de fato uma forte pressão sobre a área econômica e sobre o Palácio do Planalto. Por isso, quando o Presidente referiu-se da maneira como se referiu na cerimônia do Ministério da Educação, eu me senti na obrigação de tomar uma atitude que não poderia deixar passar. A situação é a seguinte: no ano passado, nós executamos um orçamento de 14.800 bilhões. Excluindo 4.900 do que se gastou em pessoal e dívida, nós executamos um orçamento*

56 de custeio e capital de 9.800. No ano passado, nós pagamos três meses o reajuste de 25%. Se nós
 57 tirarmos o reajuste de 25% nós gastamos 9.500. Se nós colocarmos uma correção de 12% apenas, nós
 58 teríamos que gastar este ano 10.700 para gastar o mesmo que ano passado. Este ano foi aprovado
 59 pelo CNS um orçamento de 20 bilhões, retirando pessoal e dívida, ficam 15, mas nós perdemos 6
 60 bilhões da CPMF que não foi arrecadado este ano, então ficamos com 9. Temos que pagar neste ano 3
 61 meses do reajuste de 25% do ano passado e 11 meses deste ano, então são 14 parcelas o que dá
 62 pouco mais de 2 bilhões, o que faz com que o nosso gasto efetivo deste ano seja de 7 bilhões. Então
 63 para gastar o que gastamos no ano passado, precisamos de 10.700 e temos para gastar 7 bilhões.
 64 Todo empenho que fizemos junto à área econômica nos permitiu conseguir 1.200 do FAT o que leva
 65 nosso gasto para 8.200, faltando praticamente portanto 2.500 para terminar o ano. A estratégia da área
 66 econômica é empurrar essa dívida para o ano que vem para pagar com a CPMF, então nós teríamos
 67 2.500 de dívida deste ano, mais 1.200 do FAT, que temos que pagar ano que vem, já vai para 3.700
 68 numa arrecadação de 4.800, já acabou a CPMF. Então eu estava dizendo que isso era
 69 **ABSOLUTAMENTE INACEITÁVEL** e que nós não aceitáramos isso. Então quando o Presidente fez a
 70 manifestação que fez eu relatei as duas coisas. Ele me disse que de maneira nenhuma ele pensou
 71 nisso, que ele estava querendo que os municípios participassem mais, etc... e eu argumentei que ele
 72 sabia que a NOB 01/96 está nessa direção. Então eu me senti na obrigação de colocar o cargo à
 73 disposição, ele não aceitou e me garantiu que iria corrigir o orçamento deste ano, eu então vinculei a
 74 minha presença no Ministério a esta correção. Se não houver esta correção não há como sustentar a
 75 posição e isso precisaria ficar absolutamente claro e acho que agora está claro para Governo e para
 76 todos, não é nenhuma vontade minha deixar o Ministério, ao contrário, é simplesmente situação que eu
 77 não posso aceitar estando no Ministério em que o orçamento é bem inferior ao executado no ano
 78 anterior que já era insuficiente. Esta era a explicação que eu queria dar ao Plenário". **13)** Solenidade de
 79 lançamento da Terapia Renal Substitutiva com uma linha de crédito para melhoria no atendimento do
 80 paciente renal-crônica, a ser realizada no auditório Emílio Ribas na presente data. Os Conselheiros
 81 interromperam a reunião por alguns minutos e foram à solenidade. **ITEM 02 – ANÁLISE DOS**
PEDIDOS DE CREDENCIAMENTO DE CENTROS DE PESQUISAS – Dra. Corina, Técnica da
 82 Coordenação Geral do CNS, apresentou 5 (cinco) processos para análise dos pareceres das
 83 comissões de Consultores designados que avaliaram os processos e realizaram visitas "in loco",
 84 realçando a avaliação ainda de acordo com a Resolução 01/88 e os mesmos critérios usados pela
 85 Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia. A seguir, teceu comentários e procedeu a leitura dos
 86 pareceres referentes aos seguintes processos: **1)** Processo nº 25000.016788/93-70, do Hospital das
 87 Clínicas da Faculdade de Medicina/UFGM – Setor de Oncologia Clínica. Submetido ao Plenário, foi
 88 **APROVADO** o parecer da Comissão, manifestando-se pelo credenciamento do Setor de Oncologia da
 89 instituição, para a realização ad pesquisas "Estudos de Fase II, aberto, não comparativo, de braço
 90 único,, de avaliação da eficácia e tolerabilidade ao tratamento associado de Roferon-A (Interferon
 91 Alfa2) e Roacuton (Isotretinoína) mais radioterapia em pacientes portadores de carcinoma de células
 92 escamosas de colo uterino, localmente avançado"; **2)** Processo nº 25000.007762/93-95, do Hospital
 93 Universitário Pedro Ernesto/UERJ – Unidade de Cardiologia, para a realização do projeto OASIS-2. O
 94 parecer **FAVORÁVEL** da Comissão foi apreciado pelo Plenário e considerado APROVADO; **3)**
 95 Processo nº 25000.008873/93-91, do Hospital das Clínicas de Porto Alegre-RS/Departamento de
 96 Psiquiatria. Submetido à votação do Plenário, o parecer da comissão foi **APROVADO** credenciando
 97 então o Departamento de Psiquiatria da referida instituição para o desenvolvimento da pesquisa
 98 multicêntrica com Ziprasidone (Protocolos 128-301 e 128-301E); **4)** Processo nº 25000.027348/96-81,
 99 da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro/Departamento de Psiquiatria, para a realização de
 100 pesquisa com Ziprasidone. A comissão emitiu parecer **DESFAVORÁVEL** à pesquisa. O Plenário
 101 concordou com o parecer manifestando-se assim, **CONTRÁRIO** ao credenciamento do Serviço de
 102 Psiquiatria da referida Instituição para o desenvolvimento da pesquisa de que trata o processo; **5)**
 103 Processo nº 25000.028154/96-21 da Universidade Federal do Espírito Santo/Núcleo de Doenças
 104 Infecciosas, para a realização de "Estudo duplo-cego" de dois grupos paralelos para avaliar duas doses
 105 de lamisil em indivíduos com esporotricose cutânea ou linfocutânea. O parecer **FAVORÁVEL** da
 106 comissão, com uma ressalva da Consultora Marília Bernardes Marques, foi submetido ao Plenário
 107 tendo sido deliberado pela solicitação, à instituição, de complementação de informações apontadas no
 108 parecer da Dra. Marília, sobre o vínculo financeiro e orçamento do projeto. **ITEM 03 – APRECIAÇÃO**
DA PROPOSTA RESULANTE DA REVISÃO DA RESOLUÇÃO 01/88 – Conselheiro **Willian Saad**
 109 procedeu à apresentação de todo o processo de revisão da Resolução 01/88 sobre pesquisa
 110 envolvendo seres humanos. Enfatizou o cumprimento das resoluções de criação do Grupo Executivo
 111 de Trabalho-GET, e do plano e cronograma de revisão e atualização da Resolução, através de 2 (duas)
 112 vertentes: uma constituída de processo nacional de discussões no âmbito da sociedade e do governo
 113 com solicitação de sugestões e outra de levantamento bibliográfico, como subsídios para a nova
 114 redação. Foram assim notificados os vários setores envolvidos, através de 2.300 (duas mil e trezentas)
 115

117 correspondências, disseminação das diretrizes internacionais e nacionais vigentes através de 1.500 (mil
118 e quinhentos) exemplares da Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina e de 18.000 (dezoito
119 mil) exemplares do Informe Epidemiológico do SUS, comunicando também do processo de revisão e
120 solicitando participação efetiva com sugestões. Realizados seminários institucionais, preparou-se uma
121 versão preliminar apresentada em Audiência Pública em 20/06/96, com ampla presença, e
122 posteriormente apresentada no Congresso Brasileiro de Bioética. Após 13 (treze) reuniões do GET,
123 enviou ao plenário o documento resultante deste trabalho, incorporado as sugestões recebidas,
124 inclusive tendo avaliado com cuidado as 119 (cento e dezenove) propostas recebidas por escrito, tendo
125 sido também revistas às normas e documentação de diversos países (Comunidade Européia, Portugal,
126 França, Reino Unido, Itália, Espanha, Suécia, Estados Unidos, Canadá, Cuba, México e Paraguai), de
127 organismos internacionais (OMS/ONU) e a legislação brasileira concernente. O Conselheiro **Saad**
128 apresentou então os destaques da proposta da nova resolução, enviada com antecedência aos
129 Senhores Conselheiros, enfatizando os pontos principais de cada capítulo. Ao final de sua
130 apresentação agradeceu o apoio e empenho responsável dos membros do grupo, tendo apresentado
131 os presentes: Dra. Fátima Oliveira, Dr. Álvaro Ferreira, Dra. Marília Bernardes Marques, Dra. Albanita
132 Viana de Oliveira, Pe. Leocir Pessini, além dos Conselheiros Omilton e Artur, agradecendo ainda à
133 secretaria executiva, Dra. Corina B. D. Freitas e Geisha B. B. Gonçalves, assessoras do CNS.
134 Terminada a apresentação, o Senhor Ministro comentou a relevância do trabalho e seguiram-se os
135 comentários do plenário. A Conselheira **Regina** e o Conselheiro **Jocélio** argumentaram pela
136 manutenção do vínculo da Comissão de Ética em Pesquisa com o CNS, com a atribuição de
137 credenciamento de Centros de Pesquisa. Dra. **Fabíola** esclareceu que o credenciamento seria parte de
138 uma função executiva dos diversos setores interessados, dentre eles a Secretaria de Vigilância
139 Sanitária e os diversos programas especiais ou prioritários do Ministério da Saúde. A Conselheira
140 **Cecília** solicitou esclarecimentos, que foram, quanto à abrangência da norma e sobre a competência
141 do Ministério da Saúde sobre outras áreas do conhecimento. O Conselheiro Carlyle enfatizou as
142 responsabilidades do CNS, comentando alguns itens e destacando que entre as atribuições da
143 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, sugerindo então esta designação, fosse
144 acrescentado: *“A CONEP submeterá ao CNS para deliberação as novas propostas de normas gerais a serem aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive as futuras modificações desta norma atual, além de plano de trabalho e relatório de atividades anuais”*. Desta forma estaria
145 preservada sua autonomia na análise dos projetos, com base nas normas gerais aprovadas no CNS, e
146 o seu vínculo com o CNS. A Conselheira **Margareth** discutiu os critérios de escolha dos membros da
147 CONEP e após argumentações várias foi proposto que a escolha fosse feita a partir da listagem dos
148 nomes pelos Comitês de Ética em Pesquisa Institucionais, sendo metade por sorteio e metade por
149 designação do CNS, ainda dentro daquela listagem. A Conselheira **Neide Barriguelli** enfatizou a
150 importância de se garantir a representação dos usuários na CONEP e a Conselheira **Cecília Minayo**
151 colocou a pertinência da articulação deste trabalho com a criação da Secretaria Nacional de Ciência e
152 Tecnologia, estabelecendo desde o início as funções executivas para que as análises sejam
153 providenciadas a tempo e que o sistema tenha funcionamento contínuo, além de constituir facilitador
154 para a organização das políticas de ciência e tecnologia no país. A Conselheira **Lucimar** manifestou-se
155 favorável a um sistema de acreditação com credenciamento pelas áreas do Ministério da Saúde. O
156 Conselheiro **Omilton** reforçou a importância da análise de cada projeto de pesquisa. Outros
157 Conselheiros parabenizaram o Coordenador do GET, Dr. Saad, pelo resultado e, finalmente, o
158 Conselheiro **Sabino** questionou sobre como poderiam ser desenvolvidos campos de pesquisa pouco
159 valorizado mas importantes para o segmento dos usuários. Formado um pequeno grupo para revisar as
160 sugestões do plenário, incorporá-las ao texto da resolução e apresentá-las logo após o intervalo do
161 almoço. Feitas as emendas, foram levadas à votação e aprovação o texto final da Resolução, que
162 recebeu o número 196/96, anexada a esta ata. **ITEM 04 – ANÁLISE DO PLANO DE TRABALHO DA**
163 **COMISSÃO DO ÍNDIO – APRESENTAÇÃO DRA. ARILDA DE SÃO SABBAS PUCÚ – Dra. Arilda**,
164 Técnica do Conselho Nacional de Saúde, antes de dar inicio à apresentação do item, fez comentários
165 sobre o objeto de trabalho da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio-CISI, salientando que a
166 população de interesse da CISI gira em torno de 300 mil índios, considerados como patrimônio da
167 humanidade, e que a Comissão, em suas discussões, levou em consideração tal fato para elaborar as
168 propostas que seriam, a seguir, submetidas à apreciação do Plenário. Passou, então, a apresentar o
169 documento **Proposta de Reestruturação e de Plano de Trabalho da Comissão Intersetorial de**
170 **Saúde do Índio – CISI**, que contém os seguintes itens: **1) Importância Estratégica da CISI; 2)**
171 **Reestruturação da CISI; e 3) Plano de Trabalho da CISI**. Dra. **Arilda** esclareceu que, para chegar ao
172 conteúdo do documento, a CISI manteve duas reuniões nas quais promoveu aprofundadas discussões
173 sobre a problemática da saúde das populações indígenas brasileiras e que as propostas nele contidas
174 expressavam o resultado dessas discussões. Com relação ao **item 1**, o documento afirma que o
175 trabalho da CISI reveste-se de importância estratégica, no atual contexto do sistema de saúde do país,
176 expressando que o trabalho da CISI é fundamental para a promoção da saúde das populações
177 indígenas, garantindo direitos humanos e respeitando a cultura e o meio ambiente.

pelas seguintes razões principais: **a)** Observa-se uma maior vulnerabilidade epidemiológica das 178 sociedades indígenas, quando comparada com a sociedade envolvente, devido a especificidades 179 culturais, biológicas e operacionais e à sua fragilidade política a nível nacional; e **b)** Há necessidade de 180 se garantir aos indígenas o acesso efetivo em todos os níveis de organização do SUS e construir um 181 subsistema diferenciado de atenção à saúde das sociedades indígenas em virtude de suas 182 especificidades sócio-culturais e características de seu perfil epidemiológico. Esta necessidade foi 183 reconhecida pela VIII e ratificada pela IX Conferência Nacional de Saúde, assim como pelas I e II 184 Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Quanto ao **Item 2**, disse A Dra. 185 **Arilda** que a CISI desenvolveu, com base no relatório do Conselho Nacional de Saúde sobre a 186 reestruturação das Comissões Intersetoriais e Técnicas, discussões sobre as características d trabalho 187 que vem efetivando, concluindo que a atuação da Comissão diz respeito à formulação de princípios, 188 estratégias e diretrizes para uma política específica de saúde para os povos indígenas. A partir dessa 189 posição, os membros da CISI decidiram propor uma composição capaz de contemplar não apenas o 190 espaço reservado aos órgãos executivos, mas também a participação efetiva dos usuários, das 191 instituições de pesquisa, ensino e extensão e das entidades da sociedade civil. Dessa forma, a CISI 192 ficou integrada pelas seguintes representações: Fundação Nacional de Saúde/Coordenação de Saúde 193 do Índio (1), Fundação Nacional do Índio (1), Coordenação das Organizações Indígenas do Acre e Sul 194 do Amazonas (1), Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (1), 195 Fundação Oswaldo Cruz (1), Universidade de São Paulo (1), Fundação Universidade do Amazonas (1), 196 Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (1)/Conselho Indigenista Missionário (1) e Associação 197 Brasileira de Antropologia (1), num total de 11 (onze) membros. Dra. **Arilda** disse que a CISI justificou 198 a maior presença amazônica entre as organizações indígenas na Comissão afirmando que ela se deve 199 à maior concentração populacional e à diversidade étnica nessa região, bem como à magnitude tanto 200 dos problemas de saúde quando das dificuldades de acesso aos serviços, se comparada com as 201 demais regiões. O documento da Comissão ressalta que os representantes na CISI concordaram em 202 estabelecer um rodízio com suplentes do Sul, Sudeste e Centro-Oeste de modo a contemplar uma 203 maior representatividade regional. Prosseguindo em sua apresentação, Dra. **Arilda** passou a expor o 204 cronograma de funcionamento da CISI que prevê, entre outros pontos, a realização de reuniões nos 205 meses de março, junho, setembro e novembro de 1997 e de apenas mais uma reunião este ano, nos 206 dias 25, 26 e 27 de novembro, para discutir, entre outros assuntos, um plano de atuação conjunta 207 FUNAI/FNS. Em seguida, a Assessora Técnica do CNS apresentou a proposta de Plano de Trabalho 208 da CISI que abrange os seguintes pontos: **a)** Estabelecer premissas e estratégias e propor padrões e 209 parâmetros de atenção à saúde indígena em nível nacional; **b)** Propor a elaboração de um Plano de 210 Trabalho e Programação Orçamentária entre FUNAI e FNS e acompanhar a sua implementação; **c)** 211 Propor ao Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde operacionalizar uma Política de 212 Desenvolvimento de Recursos Humanos Índios e não-índios para a atuação em áreas indígenas; **d)** 213 Assessorar e elaborar junto ao grupo de trabalho do CNS de revisão da norma 1/88, a respeito de 214 pesquisa em seres humanos, no que se refere às investigações relacionadas aos indígenas; **e)** 215 Analisar e acompanhar a tramitação legal da proposta do Estatuto do Índio, da Lei Arouca (anteprojeto de lei nº 216 4681) e da proposta de consenso do Executivo a respeito do subsistema diferenciado de atenção à 217 saúde das sociedades indígenas, já encaminhada ao Ministério da Saúde pela Fundação Nacional de 218 Saúde; **f)** Examinar e relatar assuntos relativos à movimentação de recursos financeiros para a saúde 219 indígena, no âmbito da União, verificando a sua distribuição por regiões; **g)** promover a articulação 220 interinstitucional e intersetorial visando à organização de serviços e programas de atenção à saúde das 221 sociedades indígenas; **h)** Estabelecer parâmetros e critérios para alocação de recursos da União para 222 que organizações não-governamentais filantrópicas, indígenas e não-indígenas executem ações e 223 programas de atenção à saúde das sociedades indígenas; e **i)** Receber, analisar e encaminhar ao CNS 224 relatórios, petições e moções sobre situações que coloquem em risco a saúde e bem-estar das 225 sociedades indígenas. Conselheiro **Jocélio** parabenizou a CISI pelo documento, considerando louvável 226 o esforço da Comissão em apresentar propostas exequíveis e de consenso, lembrando que as 227 discussões no âmbito da CISI eram “**muito polêmicas**”. Dra **Fabiola** lembrou que a CISI contou com a 228 colaboração do Conselheiro Mozart na retomada de seus trabalhos e que esse fato em muito contribuiu 229 para a formulação das propostas apresentadas pela Dra. Arilda. Disse, ainda, que a Coordenação- 230 Geral do CNS esclareceu aos membros da CISI o papel das Comissões Intersetoriais, ressaltando que 231 quem fala pelo Conselho é o Plenário e que as Comissões não têm papel executivo, assim como o 232 próprio CNS. **Dra. Arilda** explicou o processo de trabalho da CISI, que levou às propostas 233 apresentadas. Disse que durante as discussões na CISI ocorreram divergências, que, no entanto, 234 foram superadas, demonstrando um maior amadurecimento da Comissão. Finalizou salientando que a 235 CISI deu um novo enfoque à questão da saúde das sociedades indígenas, superando, inclusive, os 236 problemas de relacionamento e de compreensão dos papéis da FNS e da FUNAI ,o que possibilitou a 237 elaboração de uma boa proposta de trabalho. Submetido à votação, o documento foi aprovado por 238

239 unanimidade pelo Plenário. **ITEM 05 – ANÁLISE DA PROPOSTA DA REINSTALAÇÃO DA**
 240 **COMISSÃO DA MULHER** – Conselheira **Margarelh Arilha** relatora do tema, apresentou a proposta de
 241 reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU, entregue a todos os
 242 Conselheiros. Comentou sobre as reuniões prévias e discussões realizadas com pessoas ligadas à
 243 questão, no sentido de definir as linhas gerais de atuação e elaborar proposta de composição da
 244 comissão. Foi apresentado como objetivo geral da comissão: - **“influir na definição, estimular e**
 245 **monitorar a implementação das políticas que contribuam para a promoção e recuperação da**
 246 **saúde das mulheres”**. As estratégias básicas de trabalho constituem-se em: **1)** Análise das estruturas
 247 e planos de trabalho das áreas executiva do Ministério da Saúde e outros órgãos afins no campo da
 248 atenção à saúde da mulher; **2)** Análise de diferentes conceituações, linguagens e formulações
 249 programáticas que existem concomitantemente no Ministério da Saúde e propostas de intervenção no
 250 campo por outras instâncias governamentais: assistência integral à saúde da mulher, saúde da
 251 família, saúde reprodutiva, etc; **3)** Análise dos sistemas de informação existentes, de modo a permitir
 252 visibilizar a abordagem de questões associadas aos Gastos em Saúde e Questões Orçamentárias.
 253 Outras atividades previstas apresentadas: **1)** Assessorar o Conselho Nacional de Saúde em questões
 254 que forem requisitadas e que demandem uma visão específica; **2)** Opinar sobre Projetos de Lei em
 255 andamento ou aprovados no Congresso e que estejam associados ao campo específico da saúde e
 256 direitos reprodutivos a título de apoio ao Conselho Nacional de Saúde; **3)** Interação com outras
 257 comissões intersetoriais, visando à integração de ações, especialmente com as Comissões de Saúde
 258 do Trabalhador, Ciência e Tecnologia e Recursos Humanos; e **4)** Propor temas a serem pautados nas
 259 reuniões do Conselho Nacional de Saúde. Foi proposto ao Plenário, a composição da comissão
 260 formada por um representante das seguintes entidades: **1)** Ministério da Saúde; **2)** Ministério da
 261 Educação; **3)** Ministério da Justiça/Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; **4)** Ministério do
 262 Planejamento/Comissão de População e Desenvolvimento; **5)** Casa Civil da Presidência da República;
 263 **6)** Comissão da Cidadania e Reprodução; **7)** Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO/GT
 264 Gênero e Saúde; **8)** Conferência Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB; **9)** Central Única dos
 265 Trabalhadores-CUT; **10)** Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASCO; e **11)** Rede
 266 Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Conselheira **Margareth** propôs também a
 267 realização de um Workshop, nos dias 25 e 26 de novembro próximo, objetivando homogeneizar e
 268 atualizar informações para os membros da CISMU e mais 10 (dez) convidados, no máximo. O evento
 269 teria como tema central: **“Construindo uma agenda para a articulação intersetorial das políticas**
 270 **de atenção à saúde das mulheres no Brasil”**, e como sub-temas: **1)** A saúde das mulheres como
 271 objeto de intervenção da política intersetorial, abordando situação epidemiológica – prioridades e
 272 desafios, diferentes enfoques sobre a mulher nas políticas públicas e assistência materno infantil,
 273 PAISM,PSF,etc...; **2)** A saúde das mulheres em dados – situação atual, limites e potencialidades no
 274 sistema de informação em saúde; e **3)** Financiamento da atenção à saúde das mulheres – composição
 275 do orçamento e gastos em saúde. Após as apresentações, a CISMU se reuniria para definição da
 276 agenda de trabalho para 1997. Em relação aos convidados propôs 1 (um) representante das seguintes
 277 entidades: CONASS, CONASEMS e OPAS, e 2 (dois) Parlamentares, 2 (dois) membros do CNS, 1
 278 (um) membro de cada comissão: Saúde do Trabalhador, Ciência e Tecnologia e Alimentação e
 279 Nutrição. Conselheiro **Komora** manifestou apoio à proposta, destacou as poucas discussões sobre a
 280 questão da saúde da mulher enquanto usuária e como profissional nos diversos segmentos, a
 281 fragmentação e alcance curto das ações a nível do Ministério da Saúde, exemplificando as de
 282 planejamento familiar, assistência ao adolescente e ao climatério. Enfatizou que sendo a mulher
 283 principal vítima do sistema e o profissional de maior peso na organização dos serviços, tornar-se-ia
 284 necessário a implementação de **medidas fundamentais** junto a NOB na organização dos Sistemas
 285 Locais de Saúde, antes dos próximos dirigentes assumirem seus cargos, abrangendo desta forma, não
 286 só os aspectos estruturais da questão. Colocou-se a disposição da comissão. Conselheira **Cecília**
 287 **Minayo** comentou sobre o subtema 1 (um), onde situação epidemiológica – prioridades e desafios
 288 constituem uma síntese de toda a questão. Conselheiro **Artur** sugeriu a inclusão do segmento da
 289 mulher deficiente e portadora de patologia, face aos fatores específicos ligados a sexualidade e ao
 290 preconceito. Conselheiro **Sabino** questionou como a CISMU trabalharia com a questão da mulher
 291 negra e da mulher indígena. Conselheira **Margareth** respondeu que, com relação à mulher indígena
 292 seria pensamento reforçar o trabalho junto às outras comissões, e quanto à mulher negra, talvez venha
 293 a estar representada por um dos membros da CISMU, considerando a limitação no tamanho da
 294 comissão. Dra. **Fabíola** colocou a proposta em votação. O Plenário posicionou-se **FAVORÁVEL** à
 295 proposta de reestruturação da CISMU, a realização do Workshop e a inclusão do segmento Movimento
 296 Nacional de Mulheres Portadoras de Deficiência. **ITEM 06 – ANÁLISE DO PARECER DO GRUPO DE**
 297 **CONSELHEIROS QUE AVALIOU O ANTEPROJETO DE LEI DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE**
 298 **A REGULAÇÃO DOS PLANOS DE SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE** – Conselheiro **Mário**
 299 **Scheffer**: solicitado pedido de vistas ao parecer a ser apresentado pelo Conselheiro Mário Scheffer,

300 pelos Conselheiros Mozart de Abreu e Conselheiro Olímpio. **ITEM 07 – ANÁLISE DOS RESULTADOS**
 301 **DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** – Dr. **Nelson Rodrigues**, Coordenador da 10ª
 302 Conferência Nacional de Saúde, expôs sobre o andamento da elaboração do relatório final da
 303 Conferência, tendo apresentado para apreciação preliminar do Conselho Nacional de Saúde, as
 304 propostas referente ao relatório final com sub-itens agregados a partir da soma dos relatórios dos
 305 cinqüenta grupos de discussão. Expôs que a comissão organizadora, principalmente a relatoria,
 306 considerou de alto nível as contribuições e o conteúdo das discussões dos grupos de trabalho. Chamou
 307 a atenção para o fato que o relatório final seria bastante extenso, exigindo um prazo de 40 a 50 dias
 308 para ser consolidado. Reportou-se ao documento encaminhado aos Conselheiros, onde a coordenação
 309 expunha uma avaliação com os erros e pontos críticos verificados na realização da 10ª Conferência.
 310 Foi destacado que esta avaliação constituiria uma contribuição para no futuro subsidiar a próxima
 311 Conferência Nacional de Saúde. Além disso a Comissão apresentou ao Conselho Nacional de Saúde
 312 uma prestação de contas dos recursos utilizados para efetivar o evento. Destacou a necessidade que
 313 se avaliasse o alto grau de absenteísmo observado entre os delegados, convidados e observadores,
 314 10%, 43% e 44% respectivamente divulgá-la. Informou as providências para apresentar a “Carta da
 315 Conferência” ao CNS e posteriormente divulgá-la. A parte final do relato apresentado inclui apreciação
 316 de 4 pontos: **1)** Moção da 10ª Conferência solicitando a extensão do prazo para acolhimento de
 317 sugestões a NOB 01/96. O plenário aprovou que até 02/11/96 fossem aceitas sugestões, e a
 318 incorporação das mesmas, em novo texto, seria apreciada na 60ª RO. **2)** Moção da 10ª Conferência,
 319 no sentido que a tramitação de três projetos sobre Reforma do Estado, da Previdência e Tributária que
 320 estariam tramitando no Congresso, contendo pontos referentes ao setor saúde, fossem acompanhados
 321 por uma Comissão de Conselheiros. Conselheiro **Gilson Cantarino** informou que recentemente o
 322 Secretário de Saúde de Porto Alegre teria sido chamado a integrar o Conselho Diretor para
 323 transformação do Hospital Getúlio Vargas do Ministério da Saúde, em Organização Social autônoma
 324 em um processo de articulação do MARE com o Ministério da Saúde. Manifestou sua preocupação e
 325 surpresa por uma matéria daquela natureza, não ter sido apresentada ao CNS, enquanto órgão
 326 máximo de deliberação da saúde no país. Alertou que o processo de reforma do estado estaria sendo
 327 desencadeado por dentro do setor saúde, com entendimentos bilaterais, sem conhecimentos do CNS.
 328 Conselheiro **Jocélio** informou que receberia de entidades de Porto Alegre um relatório sobre o assunto
 329 e encaminharia para próxima reunião. Conselheiro **Armando Raggio** manifestou que o CONASS
 330 compartilhava a posição do CONASEMS e reivindicou que o assunto fosse discutido nos Conselhos
 331 Estaduais de Saúde. Dra. **Maria Luiza Jaeger** informou que o Conselho Estadual de Porto Alegre
 332 estaria solicitando posição do CNS e que este convocasse o Ministro Bresser para prestar
 333 esclarecimentos sobre proposta relativas aos hospitais: Presidente Vargas de Clínicas de Porto Alegre
 334 e Grupo Hospitalar Conceição. Conselheiro **Gilson Cantarino** questionou a posição do Ministério sobre
 335 o assunto propondo que o órgão também comparecesse ao Conselho. Dra. **Fabíola** encaminhou o
 336 assunto e o Plenário decidiu por aprovar as sugestões do CONASS e CONASEMS de convocar os
 337 órgãos citados. Decidiu, também constituir uma comissão para acompanhar a tramitação da reforma do
 338 estado, composta dos Conselheiros representantes da ABRASCO, Profissionais de Saúde, CONASS e
 339 CUT; bem como outra para estudar o assuntos dos hospitais de Porto Alegre, incluindo os
 340 Conselheiros **Gilson Cantarino** e **Sérgio Piola**. **3)** Vinte quatro moções dirigidas ao CNS pela 10ª
 341 Conferência. Dr. **Nelson** sugeriu que uma comissão estudasse as moções e apresentasse a Dra.
 342 **Fabíola** face à abordagem do assunto. Discorreu sua preocupação quanto à necessidade de que
 343 houvesse, em algum momento discussões e propostas sobre a representação do CNS, fórum
 344 adequado para debater e definir aquela questão. Conselheiro **Komora** sugeriu que as moções fosse
 345 distribuídas aos Conselheiros que se manifestariam após estudá-las. Conselheira **Margareth**
 346 questionou a não inclusão do IDEC e SOBRAMIVE no Conselho de medicamentos na Vigilância
 347 Sanitária. Informou a existência de denúncias de que anticoncepcionais, sem efeito contraceptível,
 348 remetidos pela CEME, estariam sendo distribuídos pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Houve
 349 acordo de que a Conselheira estudasse o material daquelas entidades para futura apreciação do
 350 assunto no CNS. **4)** Moção propondo realização de uma plenária composta pelo CNS, representações
 351 dos Conselhos Municipais, a critério do CONASEMS, em Brasília, financiada pelos Conselhos. A
 352 finalidade desta plenária seria avaliar uma seleção dos principais tópicos do relatório a 10ª Conferência,
 353 por delegação da plenária final daquele evento, bem como aqueles cuja decisão foi delegada à plenária
 354 conjunta do CNS e Conselhos Estaduais. A realização da Plenária em pauta foi aprovada para o dia 19
 355 de novembro. Dra. **Maria Luiza** apresentou os pontos sintetizados no trabalho preliminar da relatoria
 356 referente a NOB/96 e sub-itens Saúde e Cidadania, Gestão, Modelo de Atenção, Financiamento e
 357 Recursos Humanos. Entre vários outros pontos expostos, foi lida a moção referente à Fundação
 358 Nacional de Saúde. Dra. **Fabíola** sugeriu, que as recomendações referentes a NOB/96, sejam
 359 encaminhadas ao Ministério da Saúde para juntamente com outras sugestões recebidas serem
 360 incorporadas a NOB, e posteriormente apresentas ao CNS. Conselheiro **Gilson Cantarino** solicitou

361 relatar o tema na próxima Reunião Ordinária. Em relação à moção sobre a 10ª Conferência manifestou
362 estranheza quanto à decisão do Senhor Ministro, ampliando o prazo para recebimento de sugestões,
363 na media que o Ministério da Saúde buscou que a NOB/96 fosse aprovada antes da Conferência.
364 Considerou que o encaminhamento dado, enfraqueceu o CNS. Conselheiro Jocélio explanou sobre sua
365 posição no processo de discussão no CNS, de que a NOB não fosse aprovada antes da Conferência.
366 Esclareceu que este item durante a Conferência, foi objeto de proposta conjunta da CUT, CONASS e
367 CONASEMS, contrária ao adiamento. Destacou que a NOB, está em vigor e que o prazo não
368 prejudicaria o processo. Dra. **Fabíola** solicitou encaminhar a conclusão do assunto. Conselheira Cecília
369 Minayo sugeriu a necessidade de que fosse feita também uma avaliação política da Conferência, além
370 do aspecto organizativo. Conselheiro **Komora** indagou quanto ao encaminhamento que seria dado a
371 uma manifestação sobre a representação dos profissionais de saúde, apresentada por várias entidades
372 de representação de profissionais de saúde, reunidos durante a 10ª Conferência, cujo convite de
373 participação o Conselheiro teria atendido. Dra. **Fabíola** ponderou que a oportunidade para discutir os
374 conselhos e as representações poderia ser na plenária do CNS com os Conselhos Estaduais
375 programada para dia 19 de novembro. Manifestou preocupação com o tempo face aos convidados do
376 próximo item de pauta, estarem aguardando para seu início. Conselheiro **Paulo** questionou a forma
377 como teria se dado à citada reunião de entidades e sua convocação. Registrhou que algumas daquelas
378 entidades que estavam incluídas apoiando o documento, na realidade teria comparecido a reunião, e
379 manifestaram contrárias aquele encaminhamento. Informou que a convocação daquela reunião teria
380 partido do Conselheiro Jocélio, e que apresentaria documentos comprovadores aos Conselheiros. Citou
381 que estariam representando todos os conselhos profissionais de nível superior, Federações e
382 Associações. Registrhou que a convocação para a reunião teria sido feita, através de folha de cartolina
383 anunciando uma plenária de Trabalhadores de Saúde, não constava da programação da conferência.
384 Informou que um dos suplementos propostos no documento esteve presente no Fórum de Profissionais,
385 ao qual o Conselheiro Jocélio também compareceu, e perdendo na eleição partiu para um Fórum
386 paralelo. Considerou a existência de algo “armado” para entrada de um braço político no CNS. Dra.
387 **Fabíola** reiterou que o Conselho não seria o Fórum adequado para resolver esses impasses.
388 Conselheiro **Komora** afirmou não querer aprofundar a discussão ou tomar partido. Porém afirmou não
389 aceitar a colocação feita pelo Conselheiro, pois se considerava tão capaz de discernir quanto a enorme
390 quantidade de pessoas que participaram da citada reunião, e que discutiram com bastante objetividade,
391 não tendo visto nada que pudesse dar a entender que houvesse uma manobra. Considerou que no
392 momento oportuno se deveria discutir o assunto. Afirmou não poder concordar que a Coordenação
393 arbitrasse aquela questão, e encaminhou a discussão do documento para o Plenário. Dra. **Fabíola**
394 tomou a solicitar o encerramento da discussão face aos convidados estarem aguardando. Conselheiro
395 **Gastão** protestou afirmando que a posição da Coordenação teria suscitado a discussão, e que a
396 mesma deveria ter encerrado a questão com a fala do Conselheiro **Komora**. Conselheiro **Jocélio**
397 considerou que o Conselho seria fórum para discutir suas questões. Estariam existindo duas pessoas
398 escolhidas por um fórum sendo que existiria outro fórum que também apresenta nomes para
399 representação. Conselheiro **Gilson** e **Artur** propuseram que o assunto fosse ponto de pauta da
400 próxima reunião. **ITEM 08 – POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDAVEIS - APRESENTAÇÃO DE PAULO**
401 **BUSS, VICE-PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; DRA. ANA MARIA PELLIANO,**
402 **SECRETÁRIA-EXECUTIVA DO PROGRAMA COMUNIDADE SOLIDÁRIA DA PRESIDÊNCIA DA**
403 **REPÚBLICA; E PROFESSOR FERNANDO RESENDE, PRESIDENTE DO INSTITUTO DE**
404 **PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA) DO MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO** - Dra.
405 **Fabíola** apresentou os convidados a exporem o tema que estava previsto para ser debatido em mesa
406 redonda da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Explicou que a Coordenação-Geral do CNS acatou
407 pedido do Sr. Ministro da Saúde para a realização da mesa no Plenário do Conselho. Dr. **Paulo Buss**,
408 Coordenador do debate, saudou o CNS como cidadão brasileiro e como Vice-Presidente da FIOCRUZ,
409 trazendo a sua mensagem de respeito e admiração pelo trabalho que o CNS vem realizando. Afirmou
410 que o CNS dava uma demonstração a outros países de que valia a pena investir no controle social
411 porque o projeto político que o SUS desenhou a partir da Constituição, e que se materializou na
412 implantação do Conselho Nacional de Saúde, tem mostrado quão importante é a presença da
413 sociedade no controle do sistema de saúde do nosso país”. Disse que era testemunha de como era
414 notória a forma e a curiosidade com que os demais países olhavam para a experiência brasileira de
415 construção de seu sistema único no setor saúde. A experiência do controle social exercido através do
416 CAIS é entusiasmante”, ressaltou. Em seguida, passou a tratar do tema em pauta. Explicou que a
417 intenção era promover um debate sobre um assunto que considerava fundamental para romper o
418 isolamento não só do setor saúde, mas dos setores que formulam e implementam políticas sociais no
419 Brasil, a nível federal, estadual e municipal. Salientou que o tema das Políticas Públicas Saudáveis e a
420 questão da intersetorialidade também eram importantes para a superação do descolamento entre os
421 setores sociais e as políticas econômicas e que esses dois fatos eram marcantes para os resultados

422 indesejáveis e inesperados nas políticas sociais do país. Referiu-se ao Programa Comunidade Solidária
 423 como uma das iniciativas de integração de esforços dos três níveis de Governo com a sociedade e os
 424 recursos comunitários, o que justificava, no seu entender, trazer, através da Secretaria-Executiva do
 425 Programa, Dra. **Ana Maria Peiliano**, a experiência do Programa para a discussão de seus resultados e
 426 dificuldades. Disse mais que a presença do Professor Fernando Resende, Presidente do IPEA,
 427 também era importante, pois o IPEA tem realizado a análise dos projetos sociais e a sua inter-relação
 428 com as políticas econômicas. Em seguida, passou a ler texto sobre a situação sócio-político-econômica
 429 dos países da América Latina, principalmente com relação aos aspectos negativos no campo social,
 430 estabelecendo uma comparação com a situação brasileira nesse setor, agravada pelo desemprego e
 431 seus reflexos no setor da saúde e na qualidade de vida. O texto ressaltava a relação estreita entre
 432 saúde e qualidade de vida, situação reconhecida por todos os fortins mundiais e por todas as
 433 sociedades. Citou a Carta de Ottawa, que trata do tema saúde/qualidade de vida e que afirma que para
 434 se ter saúde são necessários paz, renda, habitação, educação, alimentação adequada, ambiente
 435 saudável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social. *Isso implica*, afirmou, *'que a saúde não é*
 436 *nenhuma conquista; nenhuma responsabilidade exclusiva de setor saúde. Ela é O resultado de um*
 437 *conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em*
 438 *cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos*
 439 *saudáveis'*. Acrescentou que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, comportamentais e
 440 biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. Prosseguiu afirmando que para se melhorar
 441 realmente as condições de saúde de uma população – “*objetivo social relevante* em todas as
 442 *sociedades*” - são necessárias mudanças profundas nos padrões econômicos no interior das
 443 sociedades e intensificação de políticas sociais, que, no seu entender, são eminentemente políticas
 444 públicas. “*Para que uma sociedade conquiste saúde pata todos os seus membros são necessárias uma*
 445 *verdadeira ação intersetorial e as chamadas Políticas Públicas Saudáveis*, destacou. Para subsidiar o
 446 debate, voltou a citar a Cada de Ottawa, que identifica cinco campos de ação para a promoção da
 447 saúde: a construção de Políticas Públicas Saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o
 448 desenvolvimento de habilidades individuais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos
 449 serviços de saúde. Salientou que essas ações são interdependentes, mas somente o conjunto de
 450 políticas públicas voltadas para a saúde estabelecerá o ambiente necessário para que as outras quatro
 451 ações sejam possíveis. Citou, também, trechos de um documento da Organização Mundial de Saúde
 452 (OMS) elaborado em conferência realizada em Adelaide, Austrália, segundo o qual as Políticas
 453 Públicas Saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas de
 454 políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais
 455 políticas sobre a saúde da população. “*O principal propósito de uma Política Pública Saudável é criar*
 456 *um ambiente favorável para que as pessoas vivam uma vida saudável. As Políticas Saudáveis facilitam*
 457 *opções saudáveis de vida para toda a população. Criam ambientes sociais, físicos e culturais*
 458 *comprometidos com a saúde. Para a formulação das Políticas Públicas Saudáveis, os setores*
 459 *governamentais da agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em*
 460 *consideração a saúde como fator essencial. Esses setores deveriam ser responsabilizados pelas*
 461 *consequências de suas decisões políticas sobre a saúde da população e deveriam, também, dar tanta*
 462 *atenção à saúde quanto aos assuntos econômicos*”, disse o conferencista. Outro aspecto importante
 463 destacado pelo Dr. **Paulo Buss** foi o conceito de responsabilização do gestor público pelas
 464 consequências das políticas sobre a saúde da população. Afirmou que quando se analisa o complexo
 465 de determinações da saúde, que se expressam em níveis macro e micro epidemiológicos, verifica-se
 466 facilmente que somente políticas que afetem os grandes determinantes econômicos e sociais poderão
 467 trazer equacionamentos satisfatórios da questão da saúde. Explicou que as ações voltadas para a
 468 resolução das distorções e desigualdades existentes nos padrões de saúde ultrapassam os limites das
 469 ações do setor saúde e exigem ações coordenadas em várias esferas de Governo, tanto no plano
 470 nacional, quanto nos planos estaduais e municipais. E que ação intersetorial e Políticas Públicas
 471 Saudáveis, inclusive as de caráter econômico, deveriam ocupar centralmente as agendas das
 472 autoridades nacionais, estaduais e locais. Afirmou que somente as intervenções com essas
 473 características poderão superar o quadro de desigualdades das sociedades. Passou, em seguida, a
 474 enumerar e a tecer consideração sobre os problemas extrasetoriais que, no seu entender, mais afetam
 475 a saúde e que deveriam ser, portanto, objeto da ação intersetorial e das Políticas Públicas Saudáveis -
 476 **a) pobreza** - o modelo de desenvolvimento resultou em elevadíssima concentração de renda e tomou-
 477 se excludente e eco-agressivo. Com essas características, esse modelo é responsável por existirem
 478 hoje no país amplas camadas da população em estado de pobreza ou de extrema pobreza. Qualquer
 479 espaço geo-populacional do território brasileiro certamente reproduz essa realidade; **b) desemprego** -
 480 o aumento do desemprego afeta agudamente a saúde da população. O desemprego precisa ser
 481 urgentemente estancado. Seus índices já beiram 15% da população economicamente ativa, segundo
 482 algumas pesquisas, e quase 10%, segundo outros institutos que medem o desemprego; **c) política**

483 **econômica** - embora os principais problemas extra-setoriais sentidos sejam a pobreza e o
 484 desemprego, o problema extra-setorial de fundo é a política econômica, ou seja, a política de ajuste,
 485 que tem trazido entre seus efeitos mais nocivos o aprofundamento da pobreza. Apesar de se discutir
 486 como o Plano Real trouxe uma diminuição de amplas camadas no plano da pobreza, o fantasma do
 487 desemprego e a concentração de renda têm grande impacto sobre as condições de vida e saúde da
 488 população. Com essas consequências e a política de ajuste, certamente a política econômica praticada
 489 não é uma política pública que podemos chamar de Saudável. Não apenas pelos efeitos sociais
 490 globais, como o desemprego, mas também por alguns efeitos nocivos que se verificam nas próprias
 491 políticas sociais em geral e no sistema de saúde em particular, quando começam também a escassear
 492 os recursos financeiros para essas políticas sociais. A política de ajuste se opõe às políticas sociais
 493 universais, que são tendentes a situações mais redistributivas. Daí que se preconiza hoje, no país, com
 494 tanta veemência, a reforma da Seguridade Social. Contrariando o pacto inicial que a sociedade
 495 brasileira fez na Constituição de 88, a Seguridade Social teve amputado um dos componentes do tripé
 496 original com que se construiu a Constituição de 88, ou seja, a saúde e os compromissos financeiros
 497 com o sistema de saúde. Essa decisão foi a origem da crise financeira que desde então afeta o sistema
 498 de saúde e cuja solução fontes estáveis de custeio - ainda está longe de ser encontrada. Outra
 499 preocupação é o destino ainda incerto da reforma da Previdência no Congresso Nacional. O terceiro
 500 componente do tripé, que é o componente da Assistência Social, está extremamente reduzido neste
 501 momento, enquanto recursos alocados a ele. A redução dos gastos públicos em programas sociais é
 502 outro fator preocupante na política econômica, que precisa ser considerado. De fato, o Governo
 503 Federal não vai gastar com saúde mais do que R\$ 14 bilhões, ou seja, menos do que 80 dólares per
 504 capita, pois parte dos R\$ 20 bilhões programados para 96 está frustada pelo retardamento na votação
 505 da CPMF. A taxação da CPMF é justa e redistributiva porque atinge justamente a camada da
 506 população mais aquinhada e aquela que tem movimento financeiro em banco, aqueles que fazem
 507 caixa dois e que sonegam Imposto de Renda de muitos de seus ganhos, o que torna a CPMF mais
 508 justa ainda. Precisamos apontar o quanto determinadas proposições e iniciativas no campo da política
 509 econômica afetam agudamente as políticas sociais e as condições de vida. Entre as políticas sociais, a
 510 de saúde. Um outro fenômeno que está intrinsecamente ligado à política de ajuste é a ampliação das
 511 desigualdades sociais previamente existentes. Estudo do IPEA aponta para a ampliação das
 512 desigualdades entre os Estados e regiões brasileiras, particularmente nos últimos 10 anos, de 86 para
 513 cá. Em seguida, Dr. **Paulo Buss** passou a abordar as possibilidades de enfrentamento para a reversão
 514 da situação relatada e o papel que se pode esperar da ação intersetorial das Políticas Públicas
 515 Saudáveis. Reafirmou que o conceito e a prática das Políticas Públicas Saudáveis incluem não apenas
 516 as políticas sociais, mas também as políticas econômicas. Salientou que o setor saúde precisa romper
 517 o isolamento em que se encontra, assim como todos os setores que formulam e implementam políticas
 518 sociais. Disse que essa ação é necessária para a aproximação desses setores visando discutir as
 519 consequências das políticas econômicas sobre as políticas sociais, a situação de saúde e a situação
 520 social em geral. Falou, ainda, da necessidade da formulação de políticas novas e de ação intersetorial
 521 capaz de potencializar os escassos recursos disponíveis. Destacou como Política Pública Saudável, no
 522 plano econômico, o programa de suplementação da renda familiar que está sendo implementado em
 523 alguns municípios brasileiros. Esse programa, disse mais, conduz a uma maior justiça social e tem um
 524 caráter eminentemente redistributivo. A democratização do trabalho, através do estímulo ao
 525 cooperativismo, o apoio à pequena e micro empresas foram outros exemplos citados pelo Dr. **Paulo**
 526 **Buss** como iniciativas que geram trabalho e emprego e promovem a redistribuição de renda. Em
 527 seguida, expôs o seu ponto de vista de como os Governos podem e devem operar as Políticas Públicas
 528 Saudáveis e as ações intersetoriais. Para ele, a questão se resume num conjunto de mecanismos de
 529 caráter eminentemente político: em primeiro lugar, colocar a saúde de forma positiva na agenda de
 530 políticos e da mídia; em segundo, decisão compartilhada entre os mais elevados escalões de Governo
 531 e o Poder Legislativo; em terceiro, integração da ação política, isto é, formulação e implementação
 532 conjunta das diversas organizações governamentais; em quarto, universalidade dessas políticas, mas
 533 com focalização para territórios ou segmentos da população, quando necessário; e, finalmente, em
 534 quinto lugar, mobilização comunitária, isto é, a co-participação da comunidade na formulação e controle
 535 social na implementação das políticas sociais integradas. Citou exemplos como o do Programa
 536 Comunidade Solidária, no sentido do formento da ação intersetorial, e os novos mandatos municipais,
 537 “pois a descentralização no nível local é seguramente estratégia estimulante para a formulação e
 538 implementação de Políticas Públicas Saudáveis e de ação intersetorial”. Ressaltou que é necessária a
 539 cobrança na implantação de conselhos intersetoriais e de estruturas que venham a facilitar a ação
 540 intersetorial entre municípios, no momento em que ocorre a renovação dos mandatos municipais.
 541 Ponderou que a saúde não necessariamente precisa liderar esse processo. Disse que a saúde, como
 542 parceira, tem que, compartilhadamente, colocar na agenda das novas Câmaras de Vereadores e dos
 543 novos Prefeitos a importância da constituição dos conselhos intersetoriais, que incluiriam saúde,

544 saneamento, ambiente, habitação e educação, no mínimo, transformando-se em instrumento concreto
 545 de participação social na formulação das políticas a serem implementadas. Além da constituição dos
 546 conselhos, a criação de estruturas ou a reorganização de estruturas do poder municipal, para que essa
 547 ação intersetorial possa ocorrer. Citou quatro exemplos do que considerava Políticas Públicas
 548 Saudáveis: a nova lei do trânsito, que, se aprovada, pelas punições que prevê, vai, no seu entender,
 549 constranger uma das principais causas da mortalidade e morbidade no país; o decreto presidencial
 550 sobre o controle do tabagismo, “*um dispositivo legal que pode gerar uma cadeia de efeitos que*
 551 *conduzirá à diminuição do uso de uma das principais drogas modernas, o cigano, causadora de enorme*
 552 *quantidade de internações e busca de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares;* e a proposta de
 553 controle rígido do porte e uso de armas, que poderá diminuir a quantidade de homicídios e a ocupação
 554 das emergências dos hospitais no país; e o plano de combate ao *Aedes aegypti*, mosquito transmissor
 555 do Dengue e da Febre Amarela urbana, que propõe ações intersetoriais nas áreas de saneamento, de
 556 meio ambiente e de saúde. Insistiu na necessidade da constituição de estruturas nos níveis federal,
 557 estadual e municipal de estruturas governamentais capazes de dar conta da intervenção das políticas
 558 públicas integradamente e de conselhos que sejam capazes de trazer a contribuição da população para
 559 a formulação e implementação dessas políticas com uma visão integrada de política social. Nesse
 560 momento da intervenção do Dr. Paulo Buss, o Ministro **Adib Jatene** comunicou ao Plenário que o
 561 Supremo Tribunal Federal acabava de aprovar a constitucionalidade da CPMF, no que foi aplaudido
 562 pelo Plenário. Dr. **Paulo Buss** retomou a palavra parabenizando o Ministro e afirmando não ter a
 563 menor dúvida que a CPMF era uma Política Pública Saudável. Em seguida, apresentou a Dra. **Ana**
 564 **Pelliano**, Secretária-Executiva do Programa Comunidade Solidária da Presidência da República,
 565 pesquisadora que trabalhou com o Programa da Fome, e que vem se dedicando à questão das
 566 políticas sociais. Dra. **Ana Peiliano** disse ser uma satisfação poder estar no CNS dada a importância
 567 desse fórum para o debate de políticas, entre as quais as Políticas Públicas Saudáveis. Destacou o
 568 papel do CNS no debate e encaminhamento das políticas na área da saúde. Explicou que o
 569 Comunidade Solidária trabalha de forma intersetorial, articulando esforços federais, estaduais e
 570 municipais e da própria sociedade civil. Disse ser a questão da saúde fundamental e um tema básico
 571 de preocupação para o Comunidade Solidária. Apontou a identidade das preocupações do Programa e
 572 do CNS, citando como objetivo primordial do Comunidade Solidária o combate à fome, à pobreza e às
 573 injustiças sociais. Para ela, esse também é o objetivo de todos os que estão militando na área em prol
 574 de Políticas Públicas Saudáveis, *condições indispensáveis para um ambiente favorável à saúde, assim*
 575 *como a questão da superação da pobreza*. Destacou as questões da descentralização e da parceria
 576 como estratégicas para viabilizar a intersetorialidade, “*pois todos aqueles que estão defrontando as*
 577 *políticas setoriais estão se dando conta que, isoladamente, não podem resolver os seus problemas*”.
 578 Passou, então, a discorrer sobre o Programa Comunidade Solidária. Disse o Comunidade Solidária
 579 coordena um conjunto de programas partindo do entendimento que as políticas macro-econômicas são
 580 essenciais para a superação da pobreza, o crescimento e para a redistribuição de renda. Acrescentou
 581 que o Comunidade Solidária trabalha num campo restrito de programas selecionados dentro dos
 582 diversos setores da administração pública. Esclareceu que esses programas foram escolhidos pela sua
 583 capacidade de impacto mais imediato no combate à fome e à pobreza, com ênfase nas áreas de
 584 saúde, educação, moradia, ocupação e renda e desenvolvimento rural. Prosseguiu, salientando que
 585 nessas áreas foram selecionados aqueles programas que poderiam ser trabalhados como prioridade
 586 num primeiro momento e que passaram a receber o “*selo da prioridade*” do Comunidade Solidária pelo
 587 seu potencial de reduzir a fome e a pobreza. Considerou essa metodologia um avanço, pois
 588 tradicionalmente a tendência dos Governos é criar uma estrutura paralela e um fundo para executar
 589 programas de combate à pobreza, o que acaba, no seu entender, por criar paralelismos aos órgãos
 590 setoriais, aos Ministérios setoriais, que têm toda uma estrutura já instalada, e por gerar uma
 591 competição por recursos entre essas áreas. Ressaltou que o Comunidade Solidária não criou nada a
 592 mais, partindo para aproveitar as estruturas existentes e para uma *descentralização horizontal*,
 593 trabalhando com os diversos Ministérios e setores da administração federal. Essa parceria foi
 594 estendida, também, à sociedade civil. Dia. **Ana Pelliano** disse, ainda, que o Comunidade Solidária tem
 595 se fortalecido como instância de interlocução política com diversos segmentos da sociedade em cima
 596 de temas que foram definidos como prioritários. Relacionou como prioritárias neste primeiro ano de
 597 atuação as questões relativas ao desenvolvimento rural, à capacitação profissional e à geração de
 598 empregos, à segurança alimentar e à criança. Detalhou, em seguida, como o Comunidade Solidária
 599 está tratando dessas problemáticas, frisando o papel fundamental das parcerias nessa atuação. Essas
 600 parcerias estão se concretizando através de comitês responsáveis pelo acompanhamento,
 601 administração e desenvolvimento de tarefas em prol dos objetivos comuns. Para dar concretude às
 602 suas ações, o Comunidade Solidária decidiu trabalhar a partir de um “corte espacial” para a seleção de
 603 áreas mais carentes dentro de todas as unidades da Federação. Dra. **Ana** informou que estão
 604 selecionados hoje programas em 1.111 municípios e que receberam o “*selo de prioridade*” do

605 Programa. Esses municípios foram selecionados em função dos índices de pobreza. Passou-se, então,
 606 a trabalhar questões relativas à saúde, (alimentação e nutrição, redução da mortalidade infantil),
 607 saneamento e apoio à educação básica. A Secretaria do Comunidade Solidária informou, ainda, que
 608 estão sendo levadas ações de geração de emprego; crédito para o pequeno empreendedor e
 609 capacitação profissional; apoio ao Programa de Agricultura Familiar; programas de energia alternativa
 610 para pequenos municípios em parceria com o Ministério de Minas e Energia; programa de pequenas
 611 barragens no Vale do Jequitinhonha, com o apoio do Ministério do Meio Ambiente; programas de
 612 tecnologias apropriadas a pequenos municípios, orientados pelo Ministério de Ciência e Tecnologia,
 613 entre outras ações. Reconheceu a complexidade de se fazer toda essa articulação e integração de
 614 diversas áreas da administração pública quando a tradição é de se trabalhar isoladamente, mas
 615 mostrou-se otimista com o sucesso da metodologia de trabalho do Programa Comunidade Solidária.
 616 Reconheceu, ainda, que o problema da pobreza no país não será resolvido num curto prazo e nem
 617 através de soluções simples. Disse mais que o Comunidade Solidária está preconizando nos diversos
 618 Ministérios a descentralização dos programas, o que implica em transferência de poder de decisão.
 619 Esse poder vem sendo exercido a nível de Estados e municípios através de conselhos específicos para
 620 cada conjunto de programas. Dra. **Ana** ressaltou, também, que o Comunidade Solidária vem
 621 procurando apoiar a capacitação das pessoas para exercerem o controle social, fundamental para a
 622 definição de prioridades e a organização dos municípios para que possam obter resultados positivos
 623 em suas ações intersetoriais. Para tal, o Programa preocupa-se com a divulgação da informação e com
 624 a promoção do conhecimento. Disse que um dos desafios do Comunidade Solidária é a capacitação e
 625 o estímulo à organização no âmbito local, principalmente nas áreas mais carentes do país, para
 626 garantir a intersetorialidade e o poder de pressão mais orgânica por demandas. Relatou os avanços
 627 conseguidos no âmbito do Comunidade Solidária, entre os quais a execução orçamentária dos
 628 programas possuidores do “**selo de prioridade**”, que, em 1995, foi de 84% contra 60% para as
 629 demais ações do âmbito do Governo Federal; o fortalecimento do processo de descentralização nos
 630 diversos programas através da atuação dos conselhos instalados em praticamente todos os Estados, e
 631 começando a se espalhar nos municípios; a formação de uma rede de parcerias e de interlocutores,
 632 tanto dentro dos Ministérios setoriais, quanto no âmbito dos Estados e dos municípios. Finalizando a
 633 sua exposição, Dra. Ana Pelliano solicitou o apoio do CONASS e do CONASEMS para o fortalecimento
 634 da interlocução no âmbito dos Estados e dos municípios e reafirmou que a intersetorialidade é
 635 fundamental para todas as áreas das políticas sociais que visam à melhoria da qualidade de vida da
 636 população. O Coordenador da conferência, Dr. **Paulo Buss**, apresentou, em seguida, o Presidente da
 637 IPEA, Professor **Fernando Resende**, que tem contribuído com a discussão das Políticas Públicas
 638 Saudáveis e da questão da intersetorialidade, graças ao acúmulo que tem hoje o IPEA de informações,
 639 estudos, análises de políticas sociais e econômicas. Professor **Fernando** agradeceu o convite do
 640 Ministro **Adib Jatene** para discutir com o CNS e aplaudiu a iniciativa de o Conselho colocar na agenda
 641 do debate sobre os problemas de saúde a questão da intersetorialidade e da complementaridade entre
 642 políticas econômicas e políticas sociais. Disse que é comum analisar, “*quase sempre de uma forma*
 643 *não muito positiva*”, as implicações da política econômica sobre aspectos sociais. Reconheceu que
 644 nem sempre as restrições que se enfrentam no campo econômico permitem que se possa ir mais
 645 rápido no sentido de conciliar as demandas do crescimento com as demandas de equidade. Disse que
 646 seria saudável se se pensasse em uma política pública que assegurasse o crescimento, mas com
 647 equidade e ao mesmo tempo que esse fato convergisse para consolidar o regime democrático sem os
 648 prejuízos da agressão aos recursos naturais. Disse, ainda, que tal meta é muito ambiciosa e muito
 649 difícil de ser atingida de uma forma sincrônica ao longo do tempo. Para ele, há períodos de crescimento
 650 com agravamento de disparidades e há períodos de não crescimento com melhoria de equidade e há
 651 períodos de crescimento com melhoria de equidade. Reconheceu, no entanto, que ao se fazer um
 652 retrospecto histórico, o crescimento com aumento de desigualdades foram mais frequentes no Brasil do
 653 que o caso oposto. Mas, segundo ele, é certo também que se pode encontrar num retrospecto da
 654 história brasileira períodos em que crescimento e equidade ocorreram de forma concomitante.
 655 Destacou dois aspectos da questão das Políticas Públicas Saudáveis em sua relação com a saúde a
 656 pobreza e o desemprego. Para ele, a experiência brasileira nesses dois últimos anos vem mostrando
 657 sinais positivos quanto a esses aspectos. “*Esses sinais espelham a transição de um modelo altamente*
 658 *instável do ponto de vista econômico e com níveis excessivamente elevados de inflação para um*
 659 *modelo que já começa a configurar a transição para um modelo de estabilidade monetária, com*
 660 *perspectivas de ampliação do espaço para retomada de um processo de crescimento mais*
 661 *homogêneo, mais articulado, menos desigual*”. Disse mais que após a adoção do Plano Real já se
 662 detecta evidências de que os ganhos sociais propiciados em primeiro lugar pela estabilidade da moeda
 663 “*não são nada desprezíveis*”. Ressaltou que este fato é a evidência de uma Política Pública Saudável,
 664 “*de uma amplitude muito grande, que é a política econômica que persegue, com mais afinco, com mais*
 665 *pertinácia, a estabilidade monetária*”. Para apoiar a sua posição, citou o grande número de brasileiros

que passaram a ter acesso a contas bancárias e que num contexto passado de alta inflação nunca podiam se defender da corrosão do seu poder de compra ao longo do mês. Citou, também, dados estatísticos que apontam para um crescimento de 30% na renda dos mais pobres no primeiro ano de vigência do Plano Real, comparativamente ao período anterior, enquanto a renda dos 10% mais ricos cresceu menos que 10%. Lembrou o aumento de vendas de alimentos básicos e de eletrodomésticos como prova da melhoria do poder aquisitivo da classe de renda mais baixa, “*a que foi a mais beneficiada de imediato com a estabilidade da moeda*”. Fez um paralelo entre melhor alimentação, melhor saúde e menor demanda por serviços de atenção médica oferecidos pelo Estado e afirmou que esse é um processo que ainda está em fase de consolidação, “*mas com prognóstico do ponto de vista da estabilidade monetária cada vez mais favorável*”. Para reforçar sua expectativa, citou a perspectiva de índice da inflação menor que 10% em 1997. Colocou no topo da lista das preocupações das Políticas Públicas Saudáveis a defesa “*a todo o custo*” do programa de estabilização monetária, ‘*porque a alternativa é abandonar um certo rigor da política econômica agora com prejuízo do ponto de vista de retmcessos do ponto de vista kiflaciçnáho, e a inflação é a mais perversa ibnna de redistibuição de renda que existe dentro de qualquer sociedade*”. Disse que há indicações que reduziu-se substancialmente o número de pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza, em consequência da melhoria do poder aquisitivo propiciada pela estabilidade monetária. Reconheceu que somente a estabilidade da moeda não resolverá os problemas sociais do país. Disse que esses problemas não se resolverão na escala necessária se não houver uma retomada do crescimento a taxas compatíveis com as necessidades do país. Afirmou que as pré-condições para essa reativação do crescimento já começam a se transformar em realidade e que o segundo semestre deste ano já mostra uma reativação mais ou menos generalizada, de tal modo que o crescimento neste período deve ficar em tomo de 6% do P16, o que anualizado deve dar em 96 uma taxa de 3% do PIB. Reconheceu, no entanto, que esse indica é muito pouco para um país do tamanho do Brasil e com os problemas que precisam ser enfrentados e solucionados. Disse ser necessário desde logo que se possa recuperar o nível de investimento para algo em tomo de 20% do PIB, para que o país volte a crescer a uma taxa média entre 5% e 6% nos próximos 15 anos, até 2.010, o que, segundo o Professor Fernando Resende, a renda par capita do brasileiro mais do que duplicaria. Para ele, essa seria a grande contribuição que a política econômica poderia dar para um melhor encaminhamento da solução dos problemas sociais. Disse ser também fundamental para se garantir um mínimo de equilíbrio social no Brasil a criação de oportunidades de emprego. E que nesse campo há muita divergência estatística. Para ele, as taxas que apontam para índice de desemprego da ordem de 15% são taxas que refletem apenas o que está ocorrendo na grande São Paulo e não em todo o país. Disse estar ocorrendo aumento na oferta de empregos no setor de serviços e no setor ligado ao “*agrobusiness*” e que a destruição de empregos formais no setor industrial é consequência da exigência da tecnologia mais moderna para assegurar padrões de competitividade. Concordou que o problema do desemprego precisa ser equacionado, mas que ele não será resolvido se não se conseguir sustentar índice satisfatório de crescimento para o futuro. Ressaltou a importância de o país ir mais rápido na questão das reformas constitucionais, para a superação de uma série de restrições que hoje se colocam com muita nitidez, no seu entendimento. Reconheceu que há muita divergência quanto ao conteúdo, à amplitude e aos desdobramentos das reformas, “*mas precisamos resolver alguns problemas que hoje em dia são ga,palos importantes no que diz respeito a assegurar que o Brasil entre numa nova realidade do ponto de vista de proposta de desenvolvimento*”. Para ele, o país vai entrar nessa realidade não necessariamente por opção própria, mas por imposição da realidade de um mundo cada vez mais integrado. Afirmou que se o país não resolver as restrições de crescimento não vai conseguir resolver o problema social. Disse que discussões como a promovida pelo CNS sobre Políticas Públicas Saudáveis certamente abrirão caminhos para superar as resistências que ainda existem contra as reformas constitucionais para que elas possam caminhar de uma forma mais rápida e mais efetiva. Rebateu as afirmações correntes de que houve uma redução do gasto público no setor social, comparando-se o inicio dos anos 90 com os anos de 95-96. Disse que se for realizada urna análise isenta dos principais tens do gasto social, incluidos os programas da Previdência, Saúde, Educação e outros, e comparar a média 95/96 com a média do início dos anos 90, se verificará um aumento de cerca de 25%. Disse que esse aumento é muito diferenciado nos componentes do gasto social e que este elevou-se substancialmente com relação á Previdência por força de uma série de mandamentos constitucionais, “*alguns dos quais altamente relevantes do ponto de vista das Políticas Públicas Saudáveis*”. Citou como exemplos a determinação do pagamento da renda mínima a idosos e deficientes, o piso salarial mínimo para os benefícios previdenciários e o critério de reajuste automático para os benefícios da Previdência. Ressaltou que esses mandamentos fizeram com que recursos da contribuição previdenciária que tradicionalmente financiavam a Saúde deixassem de fluir para o setor. Reconheceu que o patamar de gasto com a Saúde está mais ou menos equivalente ao que era no início dos anos 90 e que, dadas as atuais carências do setor, esse volume de recursos é insuficiente,

727 tomadas apenas as responsabilidades do Governo Federal. Disse ser necessária uma maior
 728 transparéncia quanto ao dispêndio de Estados e municípios com saúde. Disse esperar que com a
 729 aprovação da CPMF ocorra, de fato, uma ampliação de recursos para o setor saúde. Destacou, ainda,
 730 que a resolutividade dos problemas urbanos como saneamento, habitação e transporte coletivo, é
 731 fundamental para a redução da pressão sobre a demanda de gasto por saúde. Com relação à questão
 732 da intersetorialidade, disse ser difícil sair de uma ótica setorial de intervenção para uma ótica horizontal,
 733 pois há um vício embutido na história e na cultura da administração pública brasileira de se trabalhar
 734 isoladamente, numa ótica estritamente setorial. Apontou a descentralização como um dos caminhos
 735 possíveis para a superação desse problema. Encerrou procurando desfazer as desconfianças daqueles
 736 que trabalham com a questão social de que a política econômica não dá a devida atenção para as
 737 implicações sociais de determinadas providências que estão sendo tomadas. Afirmou que o país está
 738 ultrapassando a fase mais difícil de um processo de ajuste para ingressar em uma nova fase de
 739 crescimento e que esse é o caminho para a solução não só do problema da economia, do desemprego
 740 e outros, mas também o caminho para que as demandas sociais possam ser mais rápida e melhor
 741 atendidas. Dra **Fabíola** agradeceu aos três conferencistas pela apresentação do tema e abriu a palavra
 742 ao Plenário. Conselheiro **Gilson Cantarino** cumprimentou a qualidade das apresentações e disse que
 743 estava absolutamente seguro de que era necessário avançar para um novo modelo de gestão no país,
 744 apontando o modelo intersetorial como o mais apropriado. Disse ainda que essa discussão era muito
 745 importante para o setor saúde, pois, no seu entender, esta área é herdeira de um modelo perverso que
 746 privilegiou saúde numa visão curativa e no eixo do lucro. *"Os esforços para mudar esse quadro mexem*
747 com toda uma cultura que está cristalizada no país". Lembrou o Congresso do CONASEMS, realizado
 748 ano passado, em Fortaleza, que reuniu Secretários de Saúde das Américas. O Congresso apontou três
 749 experiências importantes no continente como paradigma de uma mudança: a brasileira, pela
 750 descentralização: a de Cuba, pelo modelo de intervenção prioritária da medicina familiar e a do
 751 Canadá, pelo movimento de município saudável. Conselheiro **Gilson** disse que o CONASEMS tem
 752 procurado uma aproximação maior com o Canadá, pois a sua experiência é muito rica no processo de
 753 parceria. Citou uma intervenção de Roberto Capote, consultor da OPAS, segundo a qual a globalização
 754 da economia vai produzir até o ano 2.020 grandes diferenças nos países: haverá grupos ricos em
 755 países ricos e pobres e grupos muito pobres em países ricos e pobres, também. Segundo o
 756 Conselheiro, esse é um quadro preocupante e o levava a ter um raciocínio segundo o qual a saída para
 757 esse problema estaria na gestão municipal. Para ele, o desenho do cenário municipal, diferenciado do
 758 grupo populacional, e a identificação da população de risco ensejariam uma intervenção eficaz, mas por
 759 uma ação intersetorial e jamais por uma ação somente setorial. Afirmou que a 10ª Conferência Nacional
 760 de Saúde conseguiu avançar na questão da discussão da qualidade de vida, ao ler um trecho da 10
 761 CNS: *"O texto constitucional de 1988 consagra a saúde como produto social, portanto, resultante de*
762 um conjunto de direitos que envolvem o emprego, o salário, a habitação, o saneamento, a educação, o
763 transporte, o lazer, etc. Toma-se necessária uma nova cultura de intervenções com fortalecimento de
764 ações intersetoriais, com participação da sociedade, parcerias e solidariedade, que dependem,
765 também, de soluções urgentes a favor da redistribuição de renda, de políticas urbanas adequadas,
766 de geração de emprego e reforma agrária imediata". Afirmou que esse posicionamento traz a
 767 questão da discussão da intersetorialidade, que, no seu entender, vai ser no futuro a forma de
 768 reorganização do processo de gestão. Ressaltou que esse processo não depende da saúde. Para o
 769 Conselheiro, o setor poderá ser um estimulador desse debate, pois a saúde tem hoje um processo
 770 muito próprio de organização, que, no seu entender, é o mais avançado do setor público. Citou o
 771 modelo do CNS como exemplo desse processo de organização, no qual o Ministro da saúde faz
 772 questão de comparecer a cada reunião, de abrir a sessão e de discutir e homologar os resultados. *"É*
773 um processo de reforma que está se dando no setor saúde, que não se conhece em nenhum outro
774 setor. Nesse sentido, a saúde tem, por todo esse leque amplo que envolve a compreensão do que seja
775 saúde, uma tarefa importante de estimulação da discussão da reorganização do modelo de gestão
776 setorial para o modelo de gestão intersetorial que se pretende". Professor **Fernando Resende**
 777 concordou que o município é um caminho importante para se avançar na discussão dos cenários do
 778 Brasil para o futuro e que a saúde tem condições de liderar, pela própria experiência acumulada pelo
 779 setor, um processo de descentralização e de municipalização, de mudança de gestão do Estado, no
 780 sentido da busca da intersetorialidade. Disse que o Brasil é hoje um dos países do mundo de mais alto
 781 nível de descentralização de recursos, que esse fato foi um avanço muito positivo e que os municípios
 782 têm um grau de autonomia de recursos que não se encontra na América Latina. Acalmou o Plenário
 783 afirmando que não há nas propostas de reforma tributária nenhuma intenção de se voltar à
 784 centralização de recursos orçamentários e financeiros, pois isso seria disfuncional do ponto de vista da
 785 reforma do Estado. Segundo afirmou, a idéia é reduzir cada vez mais a necessidade de gerenciar
 786 programas na escala federal, e cada vez mais transferir a gerência para as escalas estadual e
 787 municipal. Ao nível federal caberia, como função típica da União, assegurar uma redistribuição de

788 recursos financeiros nos casos em que estados e municípios não tivessem capacidade de executá-los
 789 diretamente. Defendeu uma maior capacidade de arrecadação dos municípios numa reforma tributária.
 790 Disse que a questão da distribuição dos recursos entre os municípios precisa ser revista em
 791 profundidade, para melhor resolver problemas sociais que hoje estão localizados mais nas grandes
 792 aglomerações urbanas e cidades de porte médio. Para ele, apesar desse fato, a distribuição de
 793 recursos entre municípios não o leva em consideração. Em resposta a questionamentos da Conselheira
 794 **Luciana Parisi**, Dra. **Ana Pelliano** disse que todos os que trabalham na área social gostariam que as
 795 respostas fossem mais rápidas e sobretudo mais visíveis. Disse mais que os estudos e pesquisas têm
 796 mostrado melhorias na área da saúde e na área social como um todo. Citou a queda na mortalidade
 797 infantil de 75 por mil crianças vivas no inicio dos anos 80 para 40 por mil em 94. Citou, também, índices recentes relativos à problemática da desnutrição infantil que mostram queda na
 798 gravidade do quadro, com redução na desnutrição em todas as regiões do país. O mesmo disse em
 799 relação ao acesso aos serviços de saúde, às ações de saneamento e de habitação. Os indicadores,
 800 segundo ela, mostram melhorias, mas como o quadro brasileiro é ainda muito dramático nas questões
 801 sociais, reconheceu que essas melhorias se diluem dentro da dimensão do problema. Salientou que os
 802 recursos para financiamento no setor social continuam escassos, mas que o Comunidade Solidária tem
 803 procurado otimizá-los através de ações integradas. Conselheira **Luciana** questionou a política
 804 econômica do Governo, pelo perigo do desemprego devido às altas taxas de juros e o reflexo desse
 805 desemprego na área de saúde, pois o desempregado fica sem condições de se alimentar
 806 adequadamente, adoece e por falta de dinheiro não tem como comprar os medicamentos necessários.
 807 Por outro lado, lembrou que o Ministério da Saúde também está recebendo menos recursos do que foi
 808 aprovado. Questionou se a política econômica vai beneficiar a saúde a curto e médio prazos, se o
 809 desemprego não vai gerar mais transtorno para o SUS. Professor **Fernando Resende** disse que os
 810 conflitos são difíceis de administrar. No entanto, ressaltou que o aumento do desemprego é no setor
 811 industrial. Atinge a região do ABC paulista e outros setores do Centro-Sul. Lembrou também que 30
 812 milhões de brasileiros tiveram aumento de sua renda. Houve, segundo ele, uma melhoria substancial
 813 da condição de vida dos efetivamente pobres. Chamou a atenção para a contrapartida do aumento do
 814 desemprego no setor industrial com a ampliação dos recursos para o seguro-desemprego, que atendeu
 815 em parte a perda de renda de que ficou desempregado. Disse que numa política de ajuste é difícil
 816 evitar que aconteçam fatos como o desemprego. Lembrou, no entanto, fatos positivos como a queda
 817 nas taxas de juros, medidas que o governo tomou no âmbito da tributação estadual que vão baratear o
 818 custo do investimento, que já estaria voltando a crescer. Disse que o quadro da pobreza está menos
 819 grave e que o fato vai desonrar o setor saúde. E mais que o desemprego deixou de crescer,
 820 estabilizando-se. Conselheiro **Jocélio Drummond** fez uma exposição da situação da execução
 821 orçamentária da saúde e discorreu sobre o processo do CNS na montagem do orçamento para o setor
 822 até a sua aprovação pelo Congresso Nacional. Ressaltou que, no entanto, a execução orçamentária
 823 está sendo muito inferior em função do repasse de verbas do setor econômico para o setor saúde.
 824 Denunciou que esse fato era um descumprimento do processo construído de participação social, o que
 825 tomava difícil propor qualquer política na medida em que se orça de uma maneira, executa-se de outra
 826 e num desnível muito acentuado entre o que foi planejado e o que vem sendo executado. Comparou os
 827 recursos destinados ao pagamento da dívida por parte da área econômica do Governo com o desnível
 828 de recursos para a área social, em particular para a saúde. Para ele, isso caracteriza uma
 829 desobrigação do Estado para com as políticas públicas, principalmente para com as Políticas
 830 Saudáveis. Segundo o Conselheiro, a intersectorialidade desejada ainda está longe de ser alcançada.
 831 Colocou que não seria o primeiro passo para a intersectorialidade exatamente os segmentos que têm
 832 um corte social procurarem estar mais unidos na defesa do avanço das Políticas Públicas Saudáveis,
 833 visando evitar retrocesso. Propôs alianças entre as áreas de Assistência Social, Saúde, Previdência,
 834 aquelas mais diretamente responsáveis pelas questões sociais, para dizerem à área econômica do
 835 Governo que prioridades têm que ser obedecidas e que orçamento aprovado é para ser executado,
 836 principalmente o orçamento participativo do campo da Seguridade Social. Dra. **Ana Pelliano** afirmou
 837 concordar plenamente com a união de esforços dos diversos setores para pressionar a área econômica
 838 pela liberação de recursos. Exemplificou a posição com ações desenvolvidas pelo Comunidade
 839 Solidária no sentido do cumprimento da execução orçamentária dos Ministérios que têm programas
 840 sociais. Disse que vem pressionando a área econômica pela liberação dos recursos previstos nos
 841 orçamentos setoriais. Disse ainda, esperar que no próximo ano o orçamento destinado à área social
 842 corresponda de fato aos recursos disponíveis em caixa. Ressaltou a previsão frustada de receita para a
 843 saúde ainda para 96 em função do não início do recolhimento da CPMF, como foi inicialmente previsto
 844 e o reflexo negativo desse fato em programas acompanhados pelo Comunidade Solidária. Concordou
 845 que o Programa ainda não chegou a uma execução desejada. Reconheceu as dificuldades financeiras,
 846 principalmente as que atingem o setor saúde. Acatou a proposta do Conselheiro Jocélio de união de
 847 esforços para um trabalho conjunto, inclusive para incrementar os recursos para os programas

849 prioritários para a área social. **TEM 09 - QUESTOES ORÇAMENTARIAS** - O Professor **Elias Jorge**
 850 apresentou o Relatório da Comissão de Acompanhamento Orçamentário, a seguir descrito, com uma
 851 Planilha Comparativa entre a Proposta Orçamentária do Ministério da Saúde para 1997 aprovada pelo
 852 CNS e pelo CNSS e o Projeto de Lei encaminhado pela SOF/MPO ao Congresso Nacional. A planilha
 853 integra esta ata como anexo e o Relatório é o seguinte “*Relatório da Comissão de Acompanhamento*
 854 *Orçamentário do CNS – Reunião de 10.10.96*”. Presentes: Prof. **Elias**, Dra. **Maria Angélica**, Dra.
 855 **Margareth**, Dr. **Carlyle**, Dr. **Olímpio** e Dr. **Omilton**. Pauta: **1)** Esclarecimento da Coordenação; **2)**
 856 Informes de Atividades após a 10^a Conferência Nacional de Saúde; **3)** Panorama Orçamentário 96/97;
 857 **4)** Sugestões do Plenário. **1) Esclarecimento da Coordenação.** Não foi possível a realização da
 858 Reunião da Comissão, dia 8, antecedendo à Reunião do CNS, como é usual, uma vez que o
 859 Coordenador esteve participando do 3º Congresso Internacional de Educação Piagetiana como
 860 conferencista e ocmo debatedor no Seminário sobre inteligência Artificial. **2) Informes de Atividades**
 861 **após a 10^a Conferência Nacional de Saúde;** **2.1 – Participação no Ato Público Nacional pelo**
 862 **Fiannciamento do SUS**, na Faculdade de Medicina da UFMG, em Belo Horizonte-MG, dai 20/09/96;
 863 **2.2 – Coordenação do grupo de trabalho do CNS sobre perdas dos benefícios da Previdência**
 864 (aposentadorias e pensões) em Brasília, dias 20 e 30 /09/96. Próxima reunião do Grupo de Trabalho
 865 prevista para 21/10/96, a ser confirmada; **2.3 – Reuniões para retomada da POPS** (Pesquisa sobre
 866 Orçamentos Públicos em Saúde) com a Procuradoria Geral da República (Direitos do Cidadão) e
 867 direçāo do DATASUS no Rio de Janeiro-RJ, dias 23 e 24/09/96 e dias 01 e 02/10/96. Próxima reunião
 868 prevista para 17/10/96, em Brasília-DF. Foram feitas revisão dos Quadros de Entrada de Dados
 869 (Receita Global e Despesa com Saúde), elaboração de Planilhas Eletrônicas, definição do universo
 870 inicial a ser pesquisado (capitais, DF, Estados e União) e da abrangência – 1995 (TOTAL ANUAL –
 871 valores efetivamente recebidos) e 1996 (valores mensais até 30/09/96 – Execuçaõ Financeira). Dia 17
 872 será feito um balanço dos encaminhamentos operacionais e discutida a classificação para Receitas da
 873 União; **2.4 – Reunião sobre o SIR-161** (Sistema de Acompanhamento Orçamentário previsto na
 874 Resolução 161 do CNS DE 03/08/95 ADIADA DE 23/09/96 NA ensp-fiocruz, Rio DE jANEiro-RJ.
 875 Definição de novo cronograma e tentativa de solução definitiva do programador, via DATASUS. O
 876 analista que vem desenvolvendo o Sistema está com problemas de saúde preocupante e os
 877 programadores não permanecem (alta-rotatividade, quando se consegue contratar); **2.5 – Reuniões**
 878 **sobre Disseminação das Atividades da Comissão e do CNS, via INTERNET e via CANAL SAÚDE**
 879 com o Assessor de Imprensa do CNS (Marcus), Direção do DATASUS (Bandarra e equipe),
 880 Coordenação do CANAL SAÚDE (Arlindo) e Presidência da Fundação Roquete Pinto/TVE (Paulo
 881 Ribeiro e Assessores), dias 19 e 25/09/96, em Brasília-DF e dias 23 e 24/09/96 no Rio de Janeiro-RJ. A
 882 operacionalização do “LINK” (ligação-elo) ou sub-página do CNS na INTERNET ficou de ser
 883 encaminhada pelo Marcus junto aos responsáveis pela reestruturação da HOME PAGE do MS e junto
 884 aos técnicos do DATASUS. A Comissão considera relevante veicular o SIVIRE, o SIVIDES (Execução)
 885 DO Tesouro Nacional), a POPS, o SIR-161, Relatórios da Comissão, Deliberações e Resoluções do
 886 CNS/CNSS em relação a Questões Orçamentárias, ETC... A Coordenação do CANAL SAÚDE reiterou
 887 sua disposição de veicular não só as matérias da Comissão, bem como todo e qualquer assunto que o
 888 Plenário do CNS considere relevante. Ante a possibilidade do CANAL SAÚDE passar a dispor de um
 889 Canal exclusivo pelo Sistema OBS (Sistema Digitalizado), a ser viabilizado através de convênio com a
 890 Fundação Roquete Pinto, **foi sugerido e acatado** que se abrisse espaço para assuntos da Seguridade
 891 Social como um todo, abrangendo-se, portanto, também a Assistência Social e a Previdência Social.
 892 Oportunamente serão encaminhadas aos Conselheiros, maiores informações sobre o CANAL SAÚDE
 893 com a tecnologia OBS, por escrito, ou através de exposições da Coordenação do CANAL SAÚDE e da
 894 Presidência da Fundação Roquete Pinto, que estão em conversações para sua operacionalização e
 895 dispostas a comparecer tanto ao CNS quanto ao CNSS para dar os esclarecimentos solicitados. **3 -**
 896 **PANORAMA ORÇAMENTÁRIO 96/97** – Tendo sido obtido novo empréstimo junto ao FAT (Fundo de
 897 Amparo ao Trabalhador), é possível que se alcance em 1996 o patamar de Execução de 1995, porém
 898 com comprometimento ainda maior do orçamento de 1997, já que parte deste empréstimo irá se somar
 899 ao item Dívida no Orçamento Anual do Ministério da Saúde. Para fechar o ano de 1996 sem aumentar
 900 ainda mais as dívidas, será necessária uma suplementação orçamentária e financeira de no mínimo 1,5
 901 bilhão de Reais com recursos do FEF (Fundo de Estabilização Fiscal), como pode ser visto na Planilha
 902 (em anexo) “**Proposta Orçamentária – 1997, posição Projeto de Lei**”, a proposta aprovada pelo
 903 CNS e pelo CNSS de 26 bilhões de reais sofreu um corte pela SOF/MPO (Secretaria de Orçamento e
 904 Finanças do Ministério do Planejamento e Orçamento), ficando reduzida a 20,3 bilhões de reais dos
 905 quais 5,3 bilhões deverão vir a CPMF ainda não regulamentada pelo Congresso Nacional. Quanto mais
 906 demorar a regulamentação, menor será a arrecadação da CPMF da qual sairá 20% para o FEF e 1,3
 907 bilhão para pagar dívidas. Mesmo não se fazendo uma análise aprofundada dos cortes na proposta do
 908 Conselho, é possível identificar focos de preocupação na rotação de Pessoal (muito baixa), na Dívida
 909 (muito alta), no Programa do Leite (menos da metade), no PEAa (quarta parte da proposta), no PRMI

910 (zero), no xxxxxxxxxxxxxxxx Básico (um terço da proposta), no Controle de Endemias (metade), na
 911 CEME (metade), na FIOCRUZ (30% do corte) e no INAN (33% de corte). Ouvidas as áreas técnicas
 912 destes órgãos, poderá ser feita uma melhor análise do significado dos cortes combinados coma
 913 Execução de 1996. **4 – SUGESTÕES AO PLENÁRIO.** **4.1** – discutir na próxima Reunião do CNS o
 914 significado dos cortes na proposta para 1997, aprovada pelo CNS e pelo CNSS, levando-se em conta o
 915 quadro de Execução Orçamentária e Financeira do MS em 1996. **4.2** – Dar continuidade às atividades
 916 acima relatadas; **4.3** – Acompanhar a tramitação da Reforma Constitucional da Previdência no Senado,
 917 articularmente no que concerne ao Financiamento da Seguridade Social; **4.4** – Que sejam aprovadas
 918 pelo Plenário AS SUGESTÕES DO Relatório. O Plenário aprovou o Relatório da Comissão e as
 919 sugestões **4.1 a 4.3**. Dr. Grilo ficou de providenciar material comparativo da Proposta do CNS com o
 920 Projeto de Lei em nível de detalhamento para análise e discussão na próxima reunião. **ITEM 10 –**
921 ANÁLISE DOS PARECERES DOS CONSELHEIROS ORAIDA, FRANCISCO DELLAPE E GILSON
922 CANTARINO AO PROJETO DE LEI Nº 3.657/89 DO DEPUTADO PAULO DELGADO –
923 REESTRUTURAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA – Não houve a apresentação do item pelo
 924 Conselheiro Gilson Cantarino, sendo sugerido que fosse pautado para próxima reunião. **ITEM 11 –**
925 ANÁLISE DA NECESSIDADE SOCIAL DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS DE GRADUAÇÃO
926 EMSAÚDE E DISTRIBUIÇÃO DE NOVOS PROCESSOS – Dra. Fabíola de Aguiar Nunes procedeu
 927 o sorteio dos processos a serem entregues aos Conselheiros : **1)** Universidade de Ponta Grossa-PR,
 928 curso de EDUCAÇÃO FÍSICA/Conselheiro **Baldur Schubert**; **2)** Centro Universitário de Irati-PR, curso
 929 de EDUCAÇÃO FÍSICA/Conselheira **Neide Barriguelli**; **3)** Instituto de Ciências da Saúde-UFBA, curso
 930 de FONOAUDIOLOGIA/Conselheiro **Francisco Miguel**; e **4)** Universidade da Região da Campanha
 931 Bagé-RS, Curso de Nutrição para Conselheira **Margareth Arilha**. Foram apresentados os seguintes
 932 processos em situações especiais: **1)** Universidade Estadual do Oeste do Paraná-UNIOESTE-PR
 933 Curso de **MEDICINA**, que encontra-se com a Conselheira Luciana. Não foi apreciado o referido
 934 processo pro falta de quórum no plenário; **2)** Universidade Estácio de Sá-UNESA-RJ, curso de
 935 **MEDICINA**, que entrou com “**Recurso**”, em razão do Plenário ter-se posicionado contrário à abertura
 936 do curso. Foi sorteado o Conselheiro **Gastão** para proceder a análise e o Conselheiro **Omilton** solicitou
 937 “**vistas**” ao processo. A seguir foram relatados e apreciados os seguintes processos : **1)** Universidade
 938 de Passo Fundo-RS, curso de **FARMÁCIA**. Conselheiro **Gilberto Chaves** relator do processo,
 939 procedeu a leitura do parecer posicionando-se **FAVORÁVEL** a abertura do curso. Conselheiros
 940 **Jocélio, Sabino, Angélica, Nilzo e Lucimar** levantaram questionamentos quanto as razões do
 941 Conselho Estadual de Saúde ter apresentado parecer **CONTRÁRIO**. O relator justificou e defendeu seu
 942 posicionamento considerando os aspectos técnicos e necessidade do curso na região. Conselheiro **Léo**
 943 posicionou-se favorável por conhecer a instituição na área da pesquisa, enfatizando que, se existe a
 944 necessidade social que seja criado condições de funcionamento do curso. Foi colocado em votação o
 945 parecer do relator. Conselheiro **Paulo César** manifestou voto de abstenção. O Plenário posicionou-se
 946 **FAVORÁVEL** a abertura do curso de **FARMÁCIA** da Universidade de Passo Fundo-RS; Dra. **Fabíola**
 947 destacou que duas Universidades estão propondo cursos de **FISIOTERAPIA** na Baixada Santista
 948 (Universidade Católica de Santos e Universidade Santa Cecília). Informou que o CES/SP encaminhou
 949 documento informando que a Universidade Católica teria entrado com “**recurso**” e o mesmo só seria
 950 apreciado na próxima reunião do CES, e quanto a Universidade Santa Cecília o CES manifestava-se
 951 **FAVORÁVEL**; **2)** Universidade Santa Cecília-SP, curso de **FISIOTERAPIA**. Conselheiro Paulo César
 952 relator do processo, procedeu a leitura do parecer, posicionando-se **FAVORÁVEL** a abertura do curso
 953 em pauta; **3)** Faculdade Estadual de Ciências e Letras de Paranavaí-PR, curso de **EDUCAÇÃO**
 954 **FÍSICA**. Conselheiro Artur Custódio relator do processo, apresentou o parecer manifestando-se
 955 **FAVORÁVEL** a abertura do curso. Destacou o parecer do CES/PR também **FAVORÁVEL** e colocou
 956 sobre as dificuldades em obter os dados. Colocado em votação, o Plenário manifestou-se
 957 **FAVORÁVEL** abertura do curso em pauta; **4)** Instituto Educacional Luterano de Santa Catarina-
 958 Joinville-SC. Conselheiro **Gladstone** em nome do Conselheiro **Albuquerque** que foi o relator do
 959 processo, procedeu a leitura do parecer, posicionando-se **FAVORÁVEL**. Destacou o parecer do
 960 CES/SC também **FAVORÁVEL**. Após esclarecimentos, o Plenário deliberou **FAVORÁVEL** à abertura
 961 do curso; **5)** Faculdades Integradas Maria Coelho Aguiar-Porto Velho-RO, cursos de **MEDICINA** e
 962 **ODONTOLOGIA**. Conselheiro Olímpio em nome do Conselheiro Komora relator do processo procedeu
 963 a leitura do parecer. O parecer do CES-RO foi **FAVORÁVEL** a abertura dos cursos, bem como o
 964 parecer do Conselheiro Relator. Quanto ao curso de **ODONTOLOGIA** após várias intervenções dos
 965 Conselheiros, o Plenário manifestou-se **CONTRÁRIO** a abertura do curso de **ODONTOLOGIA**. Com
 966 relação ao curso de **MEDICINA**, houve inúmeras intervenções dos Conselheiros quanto a abertura de
 967 novas escolas médicas no país, a qualidade do ensino médico, a não permanência do profissional na
 968 região por falta de absorção no mercado de trabalho, a qualificação do corpo docente, ausência de
 969 crescimento na população universitária oriunda de entidades públicas, a situação da Universidade de
 970 Roraima, a necessidade de uma política governamental para formação de recursos humanos no setor

971 público, a busca de outra alternativa para atender a necessidade social de profissional de saúde na
 972 região, apoio ao setor público local para criação do curso, o direito do jovem de Rondônia cursar uma
 973 faculdade, etc... Não obstante o parecer do realtor não foi colocado em votação por falta de quórum.
 974 Dra. **Fabíola** a seguir apresentou um demonstrativo com 19 (dezenove) processos já distribuído para
 975 análise dos Conselheiros, pendentes de parecer para apresentação ao Plenário e informou que o
 976 Ministério da Educação colocou a disposição do Conselho Nacional de Saúde a partir de 01/10/96, 597
 977 processos das diversas áreas da saúde, pendentes do posicionamento do CNS e com prazo legal de
 978 120 (cento e vinte) dias. Conselheiro **Gladstone** após vários comentários e considerando sua
 979 experiência propôs a constituição de uma assessoria técnica e o exame dos processos em bloco.
 980 Conselheiro **Paulo César** sugeriu convocar um Colegiado de Conselhos de Classe, por possuírem
 981 estudos a respeito. Conselheiro **Carlyle** sugeriu que o Plenário solicitasse aos Conselhos e
 982 Associações de Classe um estudo neste sentido. Conselheiro **Nassif** levantou questionamentos quanto
 983 a participação do segmento dos profissionais de saúde nas reuniões do MERCOSUL. Conselheira
 984 Luciana comentou sobre os riscos e as preocupações com o fato da análise ficar sob responsabilidade
 985 dos Conselheiros. Propôs que o sistema e a forma de análise dos processos seja modificada. Dra.
 986 **Fabíola** interviu colocando sobre gravidade da situação, chamando atenção para a falta de quórum no
 987 momento de deliberar sobre o assunto e que, apesar de todos os esforços da Coordenação Geral os
 988 processos estão se acumulando. Informou que comunicará ao MEC, caso perguntada, que a questão
 989 foi submetida a apreciação do Plenário e diante da falta de quórum deliberativo, no momento da
 990 discussão deste ponto de pauta, acataria a sugestão de alguns Conselheiros em solicitar ajuda. O
 991 assunto voltará a pauta na próxima reunião. No decorrer das discussões deste item, foi elaborado pela
 992 Dra. **Lúcia Figueiredo** da Coordenação Geral do CNS o texto de uma Resolução, determinando que
 993 os processos de solicitação de criação de novos cursos, da área de saúde somente fossem
 994 protocolados no CNS com o parecer do Conselho Estadual de Saúde respectivo. A Resolução também
 995 não chegou a ser apreciada e votada por falta de quórum no Plenário. Conselheira **Margareth Arilha** e
 996 **Regina Barata** apresentaram comentários de insatisfação e a Conselheira **Regina** comunicou ao
 997 Plenário seu afastamento deste Colegiado, comprometendo-se a fazer manifestação escrita.
 998 Posteriormente Conselheira **Maria Angélica** comunicou ao Plenário seu afastamento deste Conselho,
 999 tendo em vista uma reunião ocorrida no Ministério do Planejamento e Orçamento onde foi proposto que
 1000 a Área da Assessoria Econômica é que deveria estar nesta representação. Conselheira **Margareth**
 1001 propôs estabelecer um processo de avaliação da atuação deste Conselho nos últimos 20 (vinte) meses.
 1002 Após comentários, Dra. **Fabíola** solicitou à Conselheira **Margareth** que detalhasse a proposta,
 1003 começasse a colocar em prática imediatamente e que não teria nenhum problema. Afirmou que no
 1004 momento das discussões seira necessária a presença do Senhor Presidente do CNS ou do Senhor
 1005 Secretário Executivo do MS estivesse presente. Após manifestações dos Conselheiros **Artur**,
 1006 **Omilton**, **Margareth** e **Carlyle**, foi aprovado que a questão constituiria ponto de pauta para próxima
 1007 reunião. Congratularam-se com a Conselheira **Maria Angélica**, os Conselheiros **Margareth**, **Omilton**,
 1008 **Sabino**, **Regina**, **Luciana** e **Gilson Cantarino**. Conselheira **Maria Angélica** agradeceu a todos,
 1009 afirmando que existe conflito, mas que hoje o CNS é muito mais respeitado e amado presente no
 1010 Ministério da Saúde que no passado, destacando este mérito à Coordenadora. **ITEM 12 – ANÁLISE**
1011 DO PARECER DO PROJETO DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO QUANTITATIVO DE ANESTESIA
1012 NO BRASIL – Conselheiro Carlos Alberto Komora designando como relator, teceu comentários acerca
 1013 do referido projeto, de autoria do Prof. **José Maria Couto**, que coloca em questão a experimentação,
 1014 em âmbito nacional, de uma técnica anestesiológica. Destacou as vantagens e desvantagens da
 1015 implantação do projeto e informou sobre contatos que realizou. Após pronunciamento de vários
 1016 Conselheiros, Dra. **Fabíola** procedeu a leitura do parecer apresentado pelo Conselheiro **Komora** que
 1017 abordou, entre outros pontos, o impacto econômico do método, considerou oportuno conhecer a posição
 1018 do órgão de classe e sugeriu a implantação de um projeto piloto em Brasília, acompanhado por outros
 1019 especialistas, com a apresentação de um relatório conclusivo, destacando a aplicabilidade à estrutura
 1020 hospitalar do SUS e o custo por hospital que tenha condições de adotar a técnica. O Plenário
 1021 posicionou-se **FAVORÁVEL** ao parecer do conselheiro relator. **ITEM 13 - VOTAÇÃO DA PROPOSTA**
1022 RESULTANTE DE REVISÃO DA RESOLUÇÃO N° 01/88 - Este assunto foi discutido dentro do item
 1023 03, neste momento é submetida a votação à proposta, contendo algumas modificações resultantes das
 1024 sugestões de Conselheiros e foi **APROVADA**. **ITEM 14- PROJETO REFORUS** - A apresentação
 1025 deste item pelo Dr. Eduardo Levcovitz, ficou transferida para a pauta da próxima reunião. **ITEM 15 -**
1026 APROVAÇÃO DA PAUTA DA PRÓXIMA REUNIÃO - Foram aprovados os seguintes pontos de pauta:
 1027 **1.** Avaliação do trabalho do Conselho Nacional de Saúde; **2.** Apresentação da proposta de trabalho do
 1028 IEC; **3.** 10ª Conferência Nacional de Saúde - aprovação final da prestação de contas e
 1029 encaminhamento do conjunto de Moções; **4.** NOB 01/96; **5.** Análise dos pareceres dos Conselheiros
 1030 Mário Scheffer, Mozart e Olímpio ao Anteprojeto de Lei do Ministério da Saúde sobre a regulação dos
 1031 planos de seguros privados de saúde; **6.** Análise da necessidade social de criação de novos cursos de

1032 graduação na área de saúde; **7.** Questões conjunturais; **8.** Questões orçamentárias; **9.** Análise da
1033 recomendação da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição; **10.** Análise do Conselheiro
1034 Omilton sobre o relatório da CEME; **11.** Apresentação do Relatório da Comissão de Saúde do
1035 Trabalhador **12.** Apresentação da proposta de oipanização do Seminário sobre alternativas de
1036 financiamento dos Hospitais Universitários; **13.** Análise da proposta de Hospitais de Porto Alegre; **14.**
1037 Análise do parecer dos Conselheiros Gilson Cantarino e outros sobre o anteprojeto de lei nº 3.657/89
1038 do Deputado Paulo Delgado - (Reforma Psiquiátrica); **15.** Plano de trabalho do grupo executivo de
1039 trabalho/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e **16.** Projeto REFORsus. Tendo em vista a
1040 necessidade de um tumo para a discussão sobre a avaliação do funcionamento do CNS e o nº de itens
1041 a serem discutidos, ficou aprovado três dias de reunião. Nada mais havendo a apresentar, Dra. Fabíola
1042 deu por encerrada a presente reunião. Estiveram presentes os Conselheiros: ***Antonio Celso Nunes***
1043 ***Nassif, Armando Martinho Bardou Raggio, Antonio Sabino Santos, Artur Custódio Moreira de***
1044 ***Souza, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto Komora Vieira, Carlos César de Albuquerque,***
1045 ***Carlyle Guerra de Macedo, Francisco Bezerra da Silva, Francisco Miguel de Lucena, Gastão***
1046 ***Antônio Cosate Tavares, Gilberto Chaves, Gladstone Rodrigues da Cunha Filho, Jocelino***
1047 ***Francisco de Menezes, Jocélio Henrique Drummond, José Lião de Almeida, Gilson Cantarino***
1048 ***O'Dwyer, Leocir Pessini, Luciana Siqueira Parisi, Lucimar R. Coser Cannon, Maria Angélica***
1049 ***Ganes, Margareth Martha Arilha Silva, Maria Cecilia de Sotia Minayo, Mário César Scheffer,***
1050 ***Mozart de Abreu e Lima, Neide Regina Cousin Barriguelli, Nilzo Augusto Mendes Ribeiro, Paulo***
1051 ***César Augusto de Sotia, Omilton Visconde, Olympio Távora, Regina Lúcia Barata Pinheiro,***
1052 ***Sérgio Francisco Piola, Sylvio Romero Figueiredo Costa.***