



**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 Quinquagésima 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 Cadastro 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 providências 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*

de custeio e capital de 9.800. No ano passado, nós pagamos três meses o reajuste de 25%. Se nós tirarmos o reajuste de 25% nós gastamos 9.500. Se nós colocarmos uma correção de 12% apenas, nós teríamos que gastar este ano 10.700 para gastar o mesmo que ano passado. Este ano foi aprovado pelo CNS um orçamento de 20 bilhões, retirando pessoal e dívida, ficam 15, mas nós perdemos 6 bilhões da CPMF que não foi arrecadado este ano, então ficamos com 9. Temos que pagar neste ano 3 meses do reajuste de 25% do ano passado e 11 meses deste ano, então são 14 parcelas o que dá pouco mais de 2 bilhões, o que faz com que o nosso gasto efetivo deste ano seja de 7 bilhões. Então para gastar o que gastamos no ano passado, precisamos de 10.700 e temos para gastar 7 bilhões. Todo empenho que fizemos junto à área econômica nos permitiu conseguir 1.200 do FAT o que leva nosso gasto para 8.200, faltando praticamente portanto 2.500 para terminar o ano. A estratégia da área econômica é empurrar essa dívida para o ano que vem para pagar com a CPMF, então nós teríamos 2.500 de dívida deste ano, mais 1.200 do FAT, que temos que pagar ano que vem, já vai para 3.700 numa arrecadação de 4.800, já acabou a CPMF. Então eu estava dizendo que isso era **ABSOLUTAMENTE INACEITÁVEL** e que nós não aceitaríamos isso. Então quando o Presidente fez a manifestação que fez eu relatei as duas coisas. Ele me disse que de maneira nenhuma ele pensou nisso, que ele estava querendo que os municípios participassem mais, etc... e eu argumentei que ele sabia que a NOB 01/96 está nessa direção. Então eu me senti na obrigação de colocar o cargo à disposição, ele não aceitou e me garantiu que iria corrigir o orçamento deste ano, eu então vinculei a minha presença no Ministério a esta correção. Se não houver esta correção não há como sustentar a posição e isso precisaria ficar absolutamente claro e acho que agora está claro para Governo e para todos, não é nenhuma vontade minha deixar o Ministério, ao contrário, é simplesmente situação que eu não posso aceitar estando no Ministério em que o orçamento é bem inferior ao executado no ano anterior que já era insuficiente. Esta era a explicação que eu queria dar ao Plenário".

13) Solenidade de lançamento da Terapia Renal Substitutiva com uma linha de crédito para melhoria no atendimento do paciente renal-crônica, a ser realizada no auditório Emílio Ribas na presente data. Os Conselheiros 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 Coordenação Geral do CNS, apresentou 5 (cinco) processos para análise dos pareceres das comissões de Consultores designados que avaliaram os processos e realizaram visitas "in loco", realçando a avaliação ainda de acordo com a Resolução 01/88 e os mesmos critérios usados pela Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia. A seguir, teceu comentários e procedeu a leitura dos pareceres referentes aos seguintes processos:

1) Processo nº 25000.016788/93-70, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/UFGM – Setor de Oncologia Clínica. Submetido ao Plenário, foi APROVADO o parecer da Comissão, manifestando-se pelo credenciamento do Setor de Oncologia da instituição, para a realização ad pesquisa "Estudos de Fase II, aberto, não comparativo, de braço único,, de avaliação da eficácia e tolerabilidade ao tratamento associado de Roferon-A (Interferon Alfa2) e Roacuton (Isotretinoína) mais radioterapia em pacientes portadores de carcinoma de células escamosas de colo uterino, localmente avançado";

2) Processo nº 25000.007762/93-95, do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ – Unidade de Cardiologia, para a realização do projeto OASIS-2. O parecer FAVORÁVEL da Comissão foi apreciado pelo Plenário e considerado APROVADO;

3) Processo nº 25000.008873/93-91, do Hospital das Clínicas de Porto Alegre-RS/Departamento de Psiquiatria. Submetido à votação do Plenário, o parecer da comissão foi APROVADO credenciando então o Departamento de Psiquiatria da referida instituição para o desenvolvimento da pesquisa multicêntrica com Ziprasidone (Protocolos 128-301 e 128-301E);

4) Processo nº 25000.027348/96-81, da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro/Departamento de Psiquiatria, para a realização de pesquisa com Ziprasidone. A comissão emitiu parecer DESFAVORÁVEL à pesquisa. O Plenário concordou com o parecer manifestando-se assim, CONTRÁRIO ao credenciamento do Serviço de Psiquiatria da referida Instituição para o desenvolvimento da pesquisa de que trata o processo;

5) Processo nº 25000.028154/96-21 da Universidade Federal do Espírito Santo/Núcleo de Doenças Infecciosas, para a realização de "Estudo duplo-cego" de dois grupos paralelos para avaliar duas doses de lamisil em indivíduos com esporotricose cutânea ou linfocutânea. O parecer FAVORÁVEL da comissão, com uma ressalva da Consultora Marília Bernardes Marques, foi submetido ao Plenário tendo sido deliberado pela solicitação, à instituição, de complementação de informações apontadas no parecer da Dra. Marília, sobre o vínculo financeiro e orçamento do projeto.

ITEM 03 – APRECIACÃO DA PROPOSTA RESUTLANTE DA REVISÃO DA RESOLUÇÃO 01/88 – Conselheiro Willian Saad procedeu à apresentação de todo o processo de revisão da Resolução 01/88 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Enfatizou o cumprimento das resoluções de criação do Grupo Executivo de Trabalho-GET, e do plano e cronograma de revisão e atualização da Resolução, através de 2 (duas) vertentes: uma constituída de processo nacional de discussões no âmbito da sociedade e do governo com solicitação de sugestões e outra de levantamento bibliográfico, como subsídios para a nova redação. Foram assim notificados os vários setores envolvidos, através de 2.300 (duas mil e trezentas)

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

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

239 unanimidade pelo Plenário. **ITEM 05 – ANÁLISE DA PROPOSTA DA REINSTALAÇÃO DA**
 240 **COMISSÃO DA MULHER** – Conselheira **Margareth Arilha** relatora do tema, apresentou a proposta de
 241 reestruturação da Comissão Intersectorial 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 intersectoriais, 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 intersectorial 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 intersectorial, 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. **Fabiola** 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,

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

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

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

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

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

Programa. Esses municípios foram selecionados em função dos índices de pobreza. Passou-se, então, a trabalhar questões relativas à saúde, (alimentação e nutrição, redução da mortalidade infantil), saneamento e apoio à educação básica. A Secretária do Comunidade Solidária informou, ainda, que estão sendo levadas ações de geração de emprego; crédito para o pequeno empreendedor e capacitação profissional; apoio ao Programa de Agricultura Familiar; programas de energia alternativa para pequenos municípios em parceria com o Ministério de Minas e Energia; programa de pequenas barragens no Vale do Jequitinhonha, com o apoio do Ministério do Meio Ambiente; programas de tecnologias apropriadas a pequenos municípios, orientados pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, entre outras ações. Reconheceu a complexidade de se fazer toda essa articulação e integração de diversas áreas da administração pública quando a tradição é de se trabalhar isoladamente, mas mostrou-se otimista com o sucesso da metodologia de trabalho do Programa Comunidade Solidária. Reconheceu, ainda, que o problema da pobreza no país não será resolvido num curto prazo e nem através de soluções simples. Disse mais que o Comunidade Solidária está preconizando nos diversos Ministérios a descentralização dos programas, o que implica em transferência de poder de decisão. Esse poder vem sendo exercido a nível de Estados e municípios através de conselhos específicos para cada conjunto de programas. Dra. **Ana** ressaltou, também, que o Comunidade Solidária vem procurando apoiar a capacitação das pessoas para exercerem o controle social, fundamental para a definição de prioridades e a organização dos municípios para que possam obter resultados positivos em suas ações intersetoriais. Para tal, o Programa preocupa-se com a divulgação da informação e com a promoção do conhecimento. Disse que um dos desafios do Comunidade Solidária é a capacitação e o estímulo à organização no âmbito local, principalmente nas áreas mais carentes do país, para garantir a intersectorialidade e o poder de pressão mais orgânica por demandas. Relatou os avanços conseguidos no âmbito do Comunidade Solidária, entre os quais a execução orçamentária dos programas possuidores do **“selo de prioridade”**, que, em 1995, foi de 84% contra 60% para as demais ações do âmbito do Governo Federal; o fortalecimento do processo de descentralização nos diversos programas através da atuação dos conselhos instalados em praticamente todos os Estados, e começando a se espalhar nos municípios; a formação de uma rede de parcerias e de interlocutores, tanto dentro dos Ministérios setoriais, quanto no âmbito dos Estados e dos municípios. Finalizando a sua exposição, Dra. Ana Pelliano solicitou o apoio do CONASS e do CONASEMS para o fortalecimento da interlocução no âmbito dos Estados e dos municípios e reafirmou que a intersectorialidade é fundamental para todas as áreas das políticas sociais que visam à melhoria da qualidade de vida da população. O Coordenador da conferência, Dr. **Paulo Buss**, apresentou, em seguida, o Presidente da IPEA, Professor **Fernando Resende**, que tem contribuído com a discussão das Políticas Públicas Saudáveis e da questão da intersectorialidade, graças ao acúmulo que tem hoje o IPEA de informações, estudos, análises de políticas sociais e econômicas. Professor **Fernando** agradeceu o convite do Ministro **Adib Jatene** para discutir com o CNS e aplaudiu a iniciativa de o Conselho colocar na agenda do debate sobre os problemas de saúde a questão da intersectorialidade e da complementaridade entre políticas econômicas e políticas sociais. Disse que é comum analisar, *“quase sempre de uma forma não muito positiva”*, as implicações da política econômica sobre aspectos sociais. Reconheceu que nem sempre as restrições que se enfrentam no campo econômico permitem que se possa ir mais rápido no sentido de conciliar as demandas do crescimento com as demandas de equidade. Disse que seria saudável se se pensasse em uma política pública que assegurasse o crescimento, mas com equidade e ao mesmo tempo que esse fato convergisse para consolidar o regime democrático sem os prejuízos da agressão aos recursos naturais. Disse, ainda, que tal meta é muito ambiciosa e muito difícil de ser atingida de uma forma sincrônica ao longo do tempo. Para ele, há períodos de crescimento com agravamento de disparidades e há períodos de não crescimento com melhoria de equidade e há períodos de crescimento com melhoria de equidade. Reconheceu, no entanto, que ao se fazer um retrospecto histórico, o crescimento com aumento de desigualdades foram mais frequentes no Brasil do que o caso oposto. Mas, segundo ele, é certo também que se pode encontrar num retrospecto da história brasileira períodos em que crescimento e equidade ocorreram de forma concomitante. Destacou dois aspectos da questão das Políticas Públicas Saudáveis em sua relação com a saúde a pobreza e o desemprego. Para ele, a experiência brasileira nesses dois últimos anos vem mostrando sinais positivos quanto a esses aspectos. *“Esses sinais espelham a transição de um modelo altamente instável do ponto de vista econômico e com níveis excessivamente elevados de inflação para um modelo que já começa a configurar a transição para um modelo de estabilidade monetária, com perspectivas de ampliação do espaço para retomada de um processo de crescimento mais homogêneo, mais articulado, menos desigual”*. Disse mais que após a adoção do Plano Real já se detecta evidências de que os ganhos sociais propiciados em primeiro lugar pela estabilidade da moeda *“não são nada desprezíveis”*. Ressaltou que este fato é a evidência de uma Política Pública Saudável, *“de uma amplitude muito grande, que é a política econômica que persegue, com mais afinco, com mais 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 kiflacináho, e a inflação é a mais perversa ibnna de redistiibuição 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 torno de 6% do P16, o que anualizado deve dar em 96 uma taxa de 3% do PIB. Reconheceu, no entanto, que esse índice 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 torno 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 per 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. Concordeu 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 início dos anos 90 com os anos de 95-96. Disse que se for realizada uma análise isenta dos principais itens do gasto social, incluídos 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 à 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,

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

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

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

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

público, a busca de outra alternativa para atender a necessidade social de profissional de saúde na região, apoio ao setor público local para criação do curso, o direito do jovem de Rondônia cursar uma faculdade, etc...Não obstante o parecer do reator não foi colocado em votação por falta de quórum. Dra. **Fabíola** a seguir apresentou um demonstrativo com 19 (dezenove) processos já distribuído para análise dos Conselheiros, pendentes de parecer para apresentação ao Plenário e informou que o Ministério da Educação colocou a disposição do Conselho Nacional de Saúde a partir de 01/10/96, 597 processos das diversas áreas da saúde, pendentes do posicionamento do CNS e com prazo legal de 120 (cento e vinte) dias. Conselheiro **Gladstone** após vários comentários e considerando sua experiência propôs a constituição de uma assessoria técnica e o exame dos processos em bloco. Conselheiro **Paulo César** sugeriu convocar um Colegiado de Conselhos de Classe, por possuírem estudos a respeito. Conselheiro **Carlyle** sugeriu que o Plenário solicitasse aos Conselhos e Associações de Classe um estudo neste sentido. Conselheiro **Nassif** levantou questionamentos quanto a participação do segmento dos profissionais de saúde nas reuniões do MERCOSUL. Conselheira Luciana comentou sobre os riscos e as preocupações com o fato da análise ficar sob responsabilidade dos Conselheiros. Propôs que o sistema e a forma de análise dos processos seja modificada. Dra. **Fabíola** interviu colocando sobre gravidade da situação, chamando atenção para a falta de quórum no momento de deliberar sobre o assunto e que, apesar de todos os esforços da Coordenação Geral os processos estão se acumulando. Informou que comunicará ao MEC, caso perguntada, que a questão foi submetida a apreciação do Plenário e diante da falta de quórum deliberativo, no momento da discussão deste ponto de pauta, acatária a sugestão de alguns Conselheiros em solicitar ajuda. O assunto voltará a pauta na próxima reunião. No decorrer das discussões deste item, foi elaborado pela Dra. **Lúcia Figueiredo** da Coordenação Geral do CNS o texto de uma Resolução, determinando que os processos de solicitação de criação de novos cursos, da área de saúde somente fossem protocolados no CNS com o parecer do Conselho Estadual de Saúde respectivo. A Resolução também não chegou a ser apreciada e votada por falta de quórum no Plenário. Conselheira **Margareth Arilha** e **Regina Barata** apresentaram comentários de insatisfação e a Conselheira **Regina** comunicou ao Plenário seu afastamento deste Colegiado, comprometendo-se a fazer manifestação escrita. Posteriormente Conselheira **Maria Angélica** comunicou ao Plenário seu afastamento deste Conselho, tendo em vista uma reunião ocorrida no Ministério do Planejamento e Orçamento onde foi proposto que a Área da Assessoria Econômica é que deveria estar nesta representação. Conselheira **Margareth** propôs estabelecer um processo de avaliação da atuação deste Conselho nos últimos 20 (vinte) meses. Após comentários, Dra. **Fabíola** solicitou à Conselheira **Margareth** que detalhasse a proposta, começasse a colocar em prática imediatamente e que não teria nenhum problema. Afirmou que no momento das discussões seira necessária a presença do Senhor Presidente do CNS ou do Senhor Secretário Executivo do MS estivesse presente. Após manifestações dos Conselheiros **Artur, Omilton, Margareth** e **Carlyle**, foi aprovado que a questão constituiria ponto de pauta para próxima reunião. Congratularam-se com a Conselheira **Maria Angélica**, os Conselheiros **Margareth, Omilton, Sabino, Regina, Luciana** e **Gilson Cantarino**. Conselheira **Maria Angélica** agradeceu a todos, afirmando que existe conflito, mas que hoje o CNS é muito mais respeitado e mais presente no Ministério da Saúde que no passado, destacando este mérito à Coordenadora. **ITEM 12 – ANÁLISE DO PARECER DO PROJETO DA IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO QUANTITATIVO DE ANESTESIA NO BRASIL** – Conselheiro Carlos Alberto Komora designando como relator, teceu comentários acerca do referido projeto, de autoria do Prof. **José Maria Couto**, que coloca em questão a experimentação, em âmbito nacional, de uma técnica anestesiológica. Destacou as vantagens e desvantagens da implantação do projeto e informou sobre contatos que realizou. Após pronunciamento de vários Conselheiros, Dra. **Fabíola** proceceu a leitura do parecer apresentado pelo Conselheiro **Komora** que abordou, entre outros pontos, o impacto econômico do método, considerou oportuno conhecer a posição do órgão de classe e sugeriu a implantação de um projeto piloto em Brasília, acompanhado por outros especialistas, com a apresentação de um relatório conclusivo, destacando a aplicabilidade à estrutura hospitalar do SUS e o custo por hospital que tenha condições de adotar a técnica. O Plenário posicionou-se **FAVORÁVEL** ao parecer do conselheiro relator. **ITEM 13 - VOTAÇÃO DA PROPOSTA RESULTANTE DE REVISÃO DA RESOLUÇÃO Nº 01/88** - Este assunto foi discutido dentro do item 03, neste momento é submetida a votação à proposta, contendo algumas modificações resultantes das sugestões de Conselheiros e foi **APROVADA**. **ITEM 14- PROJETO REFORSUS** - A apresentação deste item pelo Dr. Eduardo Levkovitz, ficou transferida para a pauta da próxima reunião. **TEM 15 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA PROXIMA REUNIAO** - Foram aprovados os seguintes pontos de pauta: **1.** Avaliação do trabalho do Conselho Nacional de Saúde; **2.** Apresentação da proposta de trabalho do IEC; **3.** 10ª Conferência Nacional de Saúde - aprovação final da prestação de contas e encaminhamento do conjunto de Moções; **4.** NOB 01/96; **5.** Análise dos pareceres dos Conselheiros Mário Scheffer, Mozart e Olimpio ao Anteprojeto de Lei do Ministério da Saúde sobre a regulação dos 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 organização 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 tumor 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 Cecília de Sotia Minayo, Mário César Scheffer,**
 1050 **Mozart de Abreu e Lima, Neide Regina Cousin Barriguelli, Nílzo 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.**