



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

1
2
3
4

**ATA DA SEXAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
– 1995/1999 –**

5
6
7

8 Nos dias quatro e cinco de dezembro de um mil e novecentos e noventa e seis, na Sala de Reuniões do
9 Conselho Nacional de Saúde - CNS, realizou-se a Sexagésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho
10 Nacional de Saúde. **Dr. José Carlos Seixas**, Ministro da Saúde Interino, abriu a reunião plenária,
11 justificando a ausência da Coordenadora e propôs que fosse seguido o regimento para escolha do
12 Coordenador da Plenária. Conselheiro **Amorim**, foi indicado e assumiu a Coordenação, dando a palavra
13 ao Ministro da Saúde, que tinha necessidade de ausentar-se. **Dr. Seixas** expôs alguns pontos peculiares
14 da interinidade de seu cargo, citando as notícias da imprensa quanto a sucessão no Ministério da Saúde.
15 Realizou relato sobre a situação dos recursos financeiros do Ministério, informando o repasse pela União
16 dos 650 milhões para pagamentos a rede do SUS. Comentou sobre a existência de um déficit de
17 recursos para fazer face aos pagamentos do Ministério da Saúde, os quais seriam parcialmente cobertos
18 através do repasse de 317 milhões pela União. Relatou as providências e tentativas de equacionar
19 aquelas dificuldades e que intencionava aumentar os créditos orçamentários, visando cumprir os
20 empenhos até o final do ano. Considerou, que aquelas medidas não conseguiriam atender à
21 pagamentos como por exemplo aos da Rede de Laboratórios de Saúde Pública. Informou que na
22 reunião da Comissão Tripartite, na próxima semana, se discutiriam aquelas questões orçamentárias,
23 assim como a implantação da NOB/01/96, a proposta do executivo de organizações sociais e de
24 agências autônomas. Reconheceu a necessidade de uma reforma ministerial, porém considerou que a
25 mesma deveria ser bem avaliada e não se desencadeada com açodamento. Considerou, porém, que na
26 área Vigilância Sanitária se fazia necessário agilizar o processo de reestruturação. Solicitou estudo por
27 parte dos Conselheiros com relação a reforma administrativa. Conselheiro **Albuquerque** teceu
28 comentários, relatando que teve oportunidade de estudar a questão das organizações sociais, através
29 de um grupo de trabalho que contou com assessoria de Juristas. As conclusões daquele estudo
30 indicaram que contratos de gestão seriam melhor executados através da figura jurídica das entidades
31 filantrópicas, pois àquelas teriam as isenções tributárias que lhe seriam características e a flexibilidade
32 de empresas privadas nos seus trâmites. Conselheiro **Jocélio** citou a Medida Provisória, assinada por
33 sete Ministros, que estabelecia a criação ds organizações sociais de forma autônoma e concorrencial,
34 significando o fim de qualquer idéia sistêmica na saúde e a extinção do SUS. Relatou que vinha
35 trabalhando em diversos fóruns de entidades na defesa do SUS em contra posição àquelas medidas.
36 Inclusive, estariam no próximo dia 11 de dezembro, debatendo na Comissão de Seguridade Social do
37 Congresso Nacional com o Ministério da Administração. Questionou qual seria a posição do Ministério
38 da Saúde, sobre a Medida Provisória. **Dr. Seixas** relatou que o Ministério da Saúde considerava boa a
39 idéia de reestruturação administrativa, porém não aprovava a Medida Provisória da maneira que ela
40 estava concebida em relação ao setor saúde, e que vinha desenvolvendo estudos para apresentar
41 propostas de modificações. As propostas buscariam aperfeiçoar a idéia e resguardar as características
42 do Sistema de Saúde, mantendo o caráter público substantivo da rede de serviços do SUS. Conselheiro
43 **Amorim** deu continuidade aos trabalhos, solicitando aos Conselheiros que se pronunciassem em
44 relação as atas das 59ª e 60ª Reuniões Ordinárias e da 13ª Reunião Extraordinária. Professor **Elias**
45 registrou que na reunião da comissão de orçamento foi proposta pequena alteração no texto da
46 resolução CNS/200, no item 2, retirar a expressão “*poderá ter*” substituir “... *que tal redução* ...” por “...
47 *de tal redução* ...”. Conselheiro **Paulo** apresentou solicitação de correção na ata da 13ª Reunião
48 Extraordinária incluindo seu nome entre os presentes, representando os profissionais de saúde, assim
49 como, solicitou que as colocações feitas pelo mesmo na apresentação do item IEC, fossem registradas.
50 Conselheiro **Amorim** solicitou que aquelas observações e todas as outras fossem entregues por escrito.
51 Conselheiro **Jocélio** solicitou modificações na linha 171 da 13ª Reunião Extraordinária e na página 4,
52 linha 2005 da ata da 60ª Reunião Ordinária. Conselheira **Zilda Arns** solicitou modificações na ata da 13ª
53 Reunião Extraordinária, linhas 164 a 167 e 174. Não havendo mais considerações, as três atas foram
54 aprovadas. **ITEM 01 – INFORMES** – Conselheiro **Amorim** procedeu à leitura dos seguintes informes: **1)**
55 **Ofício do Conselho Municipal de Saúde de Nova Andradina – MG ao Ministro da Saúde sobre**

56 exoneração dos membros do Conselho de Saúde daquele Município, solicitando intervenção do Ministro
57 para regularização da situação. Conselheiro **Gilson Cantarino** assumiu o relatório do assunto,
58 juntamente com o Conselheiro **Artur**; **2)** Ofício da Fundação Universidade Estadual de Maringá – PR
59 solicitando informações sobre os vários tipos de cooperação ou linhas de financiamento que possam ser
60 oferecidos para o desenvolvimento do ensino, da ciência e tecnologia, bem como da extensão
61 universitária, para capacitação de pessoal e para o aprimoramento técnico/administrativo da
62 Universidade. O assunto foi remetido à Coordenação-Geral do CNS para novo encaminhamento, pois o
63 Plenário entendeu que não era tema de sua alçada; **3)** Ofício da Secretaria Municipal de Saúde de
64 Niterói – RJ, assinado pelo Secretário Gilson Cantarino O’Dwyer, sobre noticiário na mídia divulgado a
65 partir de 05/11/96 a respeito de 11 (onze) óbitos por infecção hospitalar ocorridos no berçário do Hospital
66 Universitário Antônio Pedro, no período de 15 a 30/11/96. O Secretário esclareceu que houve conclusão
67 precipitada do hospital no entendimento da existência de óbitos por infecção hospitalar (todos os bebês
68 eram prematuros de baixíssimo peso e a grande maioria com anomalia congênita), colocando em risco a
69 credibilidade do Hospital, assim como dos mecanismos de controle e avaliação do Município em gestão
70 semiplena. Informou ter solicitado ao Escritório de Representação do MS no Rio de Janeiro uma
71 auditoria nesse hospital com o intuito de zelar pela qualidade do atendimento à população. Conselheiro
72 **Gilson Cantarino** justificou o informe ao Plenário, como Secretário de Saúde de Niterói, como forma de
73 desfazer mal-entendidos veiculados na imprensa em prejuízo da rede pública de saúde. Reafirmou que
74 não houve infecção hospitalar como divulgou a mídia. Conselheira **Margareth** disse que o Ministério da
75 Saúde não foi incisivo no esclarecimento do incidente. Solicitou posição do Ministério no sentido de
76 desfazer distorções ocorridas na divulgação do assunto. Conselheiro **Gilson** disse que a imprensa está
77 fazendo “*uma grande confusão*” em torno do problema, passando à opinião pública que está ocorrendo
78 alta taxa de mortalidade por causa de infecção hospitalar. Conselheiro **Albuquerque** apoiou o Secretário
79 Gilson e as decisões que ele tomou. Conselheira **Lucimar** falou sobre a posição do MS sobre o assunto,
80 anunciando que o Ministério vai convidar a Coordenadora do Programa de Redução de Mortalidade
81 Infantil para uma apresentação ao Plenário; **4)** Carta aberta do Dr. José Rodrigues, Conselheiro do
82 Conselho Municipal de Saúde de Manaus – AM, na qual solicita aos membros da Comissão
83 Organizadora da 10ª Conferência Nacional de Saúde esclarecimentos sobre uma proposta de emenda à
84 NOB/96 não contemplada na versão publicada da 10ª CNS. Informa ter sido reapresentada na Plenária
85 Final em forma de “*Destaque Aditivo*”. Trata-se de reivindicações referentes às especificidades da
86 região. O Plenário encaminhou a carta ao Dr. Nelson, Presidente da Comissão Organizadora da 10ª
87 CNS; **5)** Ofício da Pastoral da Criança da CNBB, encaminhando a avaliação das ações básicas de
88 saúde, vigilância nutricional e de educação em cidadania nas comunidades por ela acompanhadas,
89 assim como dos projetos de geração de renda para sobrevivência da família, alfabetização de jovens e
90 adultos e comunicação social, referente ao 2º trimestre de 1996; **6)** Pronunciamento da Sra. Deputada
91 Feeral Jandira Feghali (PC do B/RJ) sobre a saída do Dr. Adib Jatene do Ministério da Saúde; e **7)**
92 Comunicado dos inspetores e fiscais da vigilância Sanitária lido pela Conselheira **Albaneide Peixinho**,
93 no qual relatam dificuldades na realização de seus trabalhos e denunciam ameaças e desrespeitos
94 quando no exercício de sua função e pressões de grupos econômicos e políticos ligados aos
95 importadores de medicamentos. Conselheiro **Artur** informou que o MORHAN (Movimento de Integração
96 das Pessoas Atingidas pela Hanseníase) está entrando com ação contra o laboratório fabricante dos
97 blisters de hanseníase, comprados pela Central de Medicamentos – CEME, via licitação, e que seriam
98 inócuos segundo parecer do INCQS. A ação exige a reposição pelo laboratório. Comunicou, também,
99 que o MORHAN já acionou, ainda, a CEME e o próprio CNS pela atuação no episódio. Conselheiro
100 **Nassif** se despediu do CNS, como representante das entidades médicas. Relatou o trabalho da
101 Associação Médica Brasileira – AMB, ressaltando a luta contra os planos e seguros de saúde, que
102 contribuiu para a formulação da proposta do CNS visando à regulamentação da atividade. Anunciou o
103 início de campanha da AMB para esclarecer a opinião pública sobre a situação salarial do médico do
104 SUS. Explicou que é fundamental que a população deixe de ver o médico como “*o vilão*” da crise do
105 setor saúde. Outra campanha da AMB anunciada pelo Conselheiro visará contribuir para a solução do
106 problema da assistência aos usuários desassistidos pela rede pública de saúde, ao mesmo tempo em
107 que buscará resgatar a credibilidade dos serviços públicos de saúde. Conselheiro **Omiton** congratulou-
108 se com a atual gestão da AMB, na pessoa do Dr. Nassif. Conselheiro **Amorim** cumprimentou o Dr.
109 Nassif pela sua atuação como Conselheiro e profissional da saúde. Conselheiro **Jocélio** relatou os
110 resultados da Plenária dos Representantes de Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde,
111 realizada em Brasília, no dia 19 de novembro, ressaltando a sua importância em defesa do SUS e a
112 criação da Comissão Inter-Conselhos Tripartite – CICT, com o objetivo de reunir periodicamente
113 representantes do CNS, dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para articularem ações
114 conjuntas na área dos Conselhos visando ampliar o controle social nas três esferas de Governo.
115 Distribuiu aos Conselheiros cópia do Relatório do encontro e solicitou que constasse em ata o que

116 chamou de “descaso” do CNS na organização e divulgação do evento. Solicitou ao Plenário que
117 mantivesse a Comissão integrada por ele e os Conselheiros Gilson e Komora, instituída na Reunião de
118 novembro, como representante do CNS na Comissão Inter-Conselhos. Conselheiro **Omiton** reforçou as
119 denúncias do Conselheiro **Artur** sobre os blisters adquiridos pela CEME. Conselheiro **Jocélio** colocou a
120 questão da organização do CNS, que segundo ele, não estaria colocando em prática ações para
121 solucionar problemas no setor saúde. Ressaltou ser essencial a implementação das deliberações do
122 CNS. Conselheira **Margareth** apoiou a intervenção do Conselheiro **Omiton**, quanto à não resposta às
123 denúncias trazidas ao CNS. Disse que o CNS deve encontrar mecanismos mais eficientes e eficazes
124 para solução de problemas emergentes. Conselheiro **Jocélio** rebateu considerações do Conselheiro
125 **Omiton**, segundo as quais o CNS teoriza em demasia e não age na prática, citando como exemplo a
126 realização da Plenária de Saúde, no dia 19 de novembro. Conselheiro **Jocélio** afirmou que o papel do
127 CNS na Plenária foi ordem prática em defesa do SUS. Conselheiro **Carlyle** ponderou que o CNS deveria
128 aprovar ou não a Comissão Inter-Conselhos Tripartite e solicitou encaminhamento oficial da proposta ao
129 Plenário. Conselheira **Lucimar** comunicou que o Dr. Nelson iria trazer informações sobre a Comissão ao
130 Plenário e anunciou que o Ministro havia nomeado Comissão para investigar a denúncia contra a CEME e
131 que o CNS seria informado oportunamente sobre os resultados da investigação. **ITEM 02 –**
132 **PROGRAMA DE ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA NO SUS – DRA. SHEILA**
133 **MIRANDA DA SILVA**, Coordenadora de Atenção a Grupos Especiais do Ministério da Saúde – MS,
134 agradeceu o convite e a oportunidade de poder apresentar ao Plenário do CNS, o trabalho que o
135 Ministério da Saúde vinha desenvolvendo na área dos Portadores de Deficiência, o comportamento do
136 SUS – Sistema Único de Saúde, em relação àquela clientela, bem como propostas de serem apreciadas
137 e devidamente encaminhadas. Manifestou satisfação em existir no CNS representação eficiente nessa
138 área. Fez um breve histórico quanto a incorporação de ações voltadas para os portadores de deficiência
139 pelo Estado, especialmente dentro do MS, discorrendo sobre a situação do país desde a fundação em
140 1991, da Coordenação de Atenção a Grupos Especiais, incluída no regimento interno do MS, com o
141 objetivo de reduzir a incidência das deficiências e de garantir na rede de serviços do Sistema Único de
142 Saúde, atenção integral às pessoas portadoras de deficiências. Ressaltou que aquela clientela sempre
143 foi assumida por instituições filantrópicas, e que o modelo de reabilitação no Brasil ainda era
144 centralizado, tornando difícil o acesso por parte dos portadores de deficiência. Portanto, o Programa do
145 MS estava voltado para a descentralização daquela assistência. Lamentou que a concepção de
146 reabilitação, ainda fosse colocada dentro de um modelo onde se elegiam determinadas faixas etárias e
147 clientelas. Citou, por exemplo, que as deficiências mentais são melhor assistidas em detrimento à outras
148 deficiências. Por outro lado, argumentou que o movimento de luta pelos direitos dos deficientes
149 sensibilizou o Estado a trazer para si essa obrigação. Informou que, atualmente o SUS melhorou a
150 assistência porém, as instituições não estão ainda articuladas entre si. Dra. **Sheila** apresentou a seguir,
151 transparências sobre as estratégias de atuação do Programa de Atenção à Saúde de Pessoas
152 Deficientes, a hierarquização dos serviços e seus níveis de atendimento e as portarias do Ministério da
153 Saúde que dispõe sobre o tratamento de reabilitação, normas de funcionamento dos serviços de saúde
154 para a Pessoa Portadora de Deficiência e concessão de órteses e próteses. Apresentou ainda, a
155 Resolução nº 18, de 13 de dezembro de 1994, da Comissão Intergestora Tripartite assim como, o
156 quadro demonstrativo do gasto proporcional com concessão de órteses e próteses (média mensal –
157 janeiro a julho/96), por Unidade Federativa. Os documentos foram distribuídos aos participantes da
158 reunião. Durante a exposição das estratégias de atuação, Dra. **Sheila** destacou as seguintes: **1)**
159 Fomento, orientação e apoio ao planejamento, implantação, implementação e gerência de programas
160 locais de atenção à saúde de pessoas deficientes, junto as Secretarias Estaduais e Municipais de
161 Saúde; **2)** Reforço e implementação das medidas de prevenção às deficiências, em parceria com os
162 programas básicos de saúde. Comentou que a Coordenação buscava se associar a outras instituições
163 governamentais e não governamentais. Reconheceu que a prevenção desenvolvida no MS através da
164 Fundação Nacional de Saúde e do Programa da Mulher, da Criança e da Família, seriam medidas que
165 contribuía bastante, porém, haveria necessidade em se trabalhar mais essa interrelação dentro e fora
166 do setor saúde. Sugeriu se estabelecer uma proposta de implementação das medidas de prevenção
167 naquele sentido. Citou a ocorrência de paralisia cerebral em muitas crianças, em função de uma não
168 intervenção do setor saúde; **3)** Articulação entre os diversos setores governamentais, com as entidades
169 filantrópicas que atuam na área, com os movimentos de pessoas deficientes, e demais associações de
170 usuários e conselhos de saúde, tendo por perspectiva a união de esforços, de recursos, e controle social
171 do sistema; **4)** Apoio à criação e à implantação, de núcleos de reabilitação em diferentes níveis de
172 complexidade, buscando a resolutividade e a qualidade dos serviços; **5)** Apoio ao desenvolvimento de
173 estudos e pesquisas epidemiológicas, e de diagnóstico da situação dos serviços, objetivando a obtenção
174 de dados para o planejamento e avaliação de programas locais. Teceu comentários sobre um dado da
175 Organização Mundial de Saúde, indicando que 10% da população possuía algum tipo de deficiência.

176 Porém os estudos epidemiológicos desenvolvidos pela sua coordenação constatou, que havia diferenças
177 percentuais de um Estado para outro, dependendo do nível social e de fatores desencadeadores de
178 deficiências. Citou, por exemplo, que no Plano Piloto, em Brasília, o número de deficientes não chega a
179 3% da população, por se tratar de uma classe média alta diferenciada; Santos está concluindo os
180 estudos epidemiológicos com um dado bem maior; em Feira de Santana foi obtido 11% e, em outra
181 região da Bahia 16%; **6)** Inclusão de procedimentos de reabilitação, de concessão de órteses e próteses
182 no SIA-SUS e SIH-SUS. Dra. **Sheila** informou que apenas quatro Estados da Federação não fazem
183 reabilitação e concessão; **7)** Organização do Sistema de Informações em Saúde do Portador de
184 Deficiência. A seguir, Conselheiro **Amorim** abriu as discussões. Conselheira **Zilda** sugeriu se discutir em
185 próxima reunião os instrumentos para o acesso a órtese e prótese, medicamentos e pagamento a
186 fisioterapia. Conselheiro **Gastão**, destacou a sua representação na área de portadores de deficiência
187 mental e a preocupação com os doentes mentais adultos cujo final tem sido uma clínica de apoio ou
188 psiquiátrica. Propôs as seguintes questões para serem submetidas ao Conselho em forma de resolução
189 ou recomendação: **1)** Incluir na tabela do SIA/SUS a questão das pensões e lares protegidos, lugares
190 adequados para receber o doente mental adulto; **2)** Que os procedimentos de educação em saúde,
191 atendimento em grupo executados por profissionais de nível superior e, a visita domiciliar, saíssem da
192 faixa do AVEIAM e fossem colocados à disposição das entidades filantrópicas, prestadoras reais
193 daquele tipo de assistência. Conselheira **Luciana** fez alguns comentários concluindo que prevenção é
194 sinônimo de informação. Conselheiro **Artur** reforçou o aspecto da prevenção, sugerindo que se
195 formasse uma comissão no CNS, para juntamente com os pessoal do MS, discutir uma nova atenção no
196 âmbito mais geral de intersectorialidade e especificidade, com gestores do CONASS e CONASEMS.
197 Conselheira **Margareth** mencionou que até então não tinha conhecimento de um programa específico
198 para pessoa portadora de deficiência. Interrogou onde o mesmo estava localizado dentro da estrutura do
199 MS, se as resoluções e portarias citadas vinham sendo cumpridas ou não e o que o CNS poderia fazer
200 nesse sentido. Questionou ainda como se deveria trabalhar, diante da nova estruturação do SUS, numa
201 revisão conceitual das bases em que o programa está desenhado. Conselheiro **Sabino** sugeriu maior
202 divulgação e esclarecimentos do trabalho às entidades. Conselheiro **Gilson** sugeriu maior divulgação e
203 esclarecimentos do trabalho às entidades. Conselheiro **Gilson** cumprimentou a Dra. **Sheila** enfatizando
204 a necessidade de apoiar o trabalho que ela vinha realizando em nível do Ministério. Reforçou a
205 colocação do Conselheiro **Artur**, orientando para uma recomendação de que Estados e Municípios
206 precisavam avançar na formulação de uma política pública, na área da pessoa portadora de deficiência.
207 Conselheira **Zilda** questionou se existiria uma articulação interministerial, e ressaltou a necessidade de
208 medidas mais práticas e respostas mais objetivas. Dra. **Sheila** informou que a articulação estaria mais
209 forte e mais discutida fora do MS. Referiu que a Secretaria de Educação Especial, estabeleceu um
210 trabalho conjunto entre Secretarias de Saúde e de Educação. Comunicou que faz parte, no Ministério da
211 Justiça, do Conselho Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e também na área da
212 assistência social e outras. Sugeriu em seguida a inclusão no AVEIAM, através de uma recomendação
213 ou resolução, dos procedimentos ligados ao atendimento à clientela em questão. Conselheiro **Gastão**
214 fez comentários acerca de fatores geradores de deficiências, citando que o grande produtor de
215 deficiência mental e de paralisia cerebral, seria o parto mal conduzido. Propôs se fazer um movimento
216 pela volta da assistência ao parto em maternidades, tendo em vista que os hospitais dão prioridade e
217 acidentados, infartados, etc... Conselheira **Luciana** alertou para o número crescente de portadores de
218 deficientes ou seja, até 1989, o número atingia 15.000; de 1989 para 1995, 30.000. Criticou o valor que
219 se pagava aos médicos, embora isso não justificasse uma má assistência ao paciente. Conselheira
220 **Margareth**, considerando e concordando enfaticamente com as colocações dos Conselheiros **Gastão** e
221 **Luciana**, sugeriu ao CNS fazer proposição de que o Programa de Atenção à Pessoa Portadora de
222 Deficiência fosse também incluído entre os programas articulados pela Dra. **Josenilda Caldeira**, tais
223 como: Programa de Aleitamento, Programa da Mulher, da Criança, etc. Sugeriu incluir também, na
224 proposta de resolução, o Programa de AIDS. Propôs-se a formulação de parte da resolução. O Plenário
225 designou os Conselheiros **Artur**, **Gilson**, **Gastão** e a Dra. **Sheila**, para elaborarem documentos
226 referentes às propostas apresentadas durante as discussões. Conselheira **Neide Barriguelli** questionou o
227 trabalho que deveria ser realizado com os portadores de patologia que ocasionam muitas deficiências.
228 Solicitou uma conceituação clara quanto a definição de deficiente e de portador de patologia. Dra. **Sheila**
229 respondeu que as pessoas portadoras de patologias estariam incluídas dentro do conceito de
230 assistência. Comentou que no dia anterior, no Conselho Nacional de Integração da Pessoa Portadora de
231 Deficiência, houve uma discussão a respeito do assunto, tornando-se ponto de pauta para a próxima
232 reunião daquele Conselho. Esclareceu que a orientação seguida seria a preconizada pela Organização
233 Mundial de Saúde (conceito de deficiência, incapacidade e desvantagens). Portanto, atualmente o MS
234 quando se refere a uma pessoa que necessita de algum benefício como portador de patologia ou
235 portador de deficiência, se reportava àquela classificação da OMS. Conselheira **Nedei Barriguelli**

236 mencionou que não há nenhum programa para o portador de patologia ao que, a Dra. **Sheila** contrapôs
237 dizendo que, na Coordenação de Doenças Crônicas do MS existiriam alguns, sendo possível a absorção
238 de outros. Conselheira **Luciana** reforçou a seriedade e a gravidade da colocação feita pela Conselheira
239 **Neide Barriguelli**, lembrando que o paciente renal crônico também poderá chegar a ficar em uma
240 cadeira de rodas. Propôs que na reunião ordinária de fevereiro/1997, seja apresentado mais
241 detalhadamente o Programa de Atenção ao Deficiente – MS. Conselheiro **Amorim** parabenizou a Dra.
242 Sheila destacando o nível de entusiasmo e interesse mantido durante as discussões do assunto. No
243 decorrer da reunião o grupo designado para elaborar os documentos relacionados ao Programa de
244 Atenção a Pessoa Portadora de Deficiência, apresentou três Resoluções e uma Recomendação que,
245 após comentários, questionamentos, esclarecimentos e contribuições foram deliberadas pelo Plenário.
246 **ITEM 03 – ANÁLISE DOS PARECERES SOBRE AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE SOCIAL DE**
247 **NOVOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE**, Conselheiro **Amorim**, Coordenador da
248 mesa apresentou o demonstrativo dos processos a seguir: **1)** Processos pendentes do pronunciamento
249 dos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde: **1.1)** Fundação Cultural de Araxá – MG, Curso de
250 Educação Física, com o Conselheiro **Augusto Amorim** desde 09/04/96; **1.2)** Fundação Educacional de
251 Barretos – SP, Curso de Farmácia, com o Conselheiro **Jocélio** desde 09/04/96; **1.3)** Instituto Superior
252 de Psicologia e Educação do Espírito Santo – ES, Curso de Psicologia, com o Conselheiro **Sylvio**
253 **Romero** desde 08/05/96; **1.4)** Universidade Brás Cubas – Mogi das Cruzes – SP, Curso de Odontologia,
254 com o Conselheiro **Sylvio Romero** desde 03/07/96; **1.5)** Universidade de Taubaté – SP, Curso de
255 Fisioterapia, com o Conselheiro **Francisco Silva** desde 03/07/96; **1.6)** Associação Educacional de Rio
256 Preto – SP, Curso de Nutrição, com o Conselheiro **Mário Scheffer** desde 03/07/96; **1.7)** Fundação
257 Educacional de Patos de Minas – MG, Curso de Farmácia, com o Conselheiro **Carlos Eduardo** desde
258 07/08/96; **1.8)** Universidade Paranaense – UNIPAR – PR, Curso de Educação Física, com o Conselheiro
259 **Olímpio** desde 07/08/96; **1.9)** Universidade da Região da Campanha – Bagé – RS, Curso de Nutrição,
260 com a Conselheira **Margareth Arilha** desde 10/10/96; e **1.10)** Faculdade Santa Marcelina – SP, Curso
261 de Enfermagem, com o Conselheiro **Sérgio Piola** desde 06/11/96. **2)** Processos pendentes da
262 conclusão da análise dos Conselheiros: **2.1)** Fundação Educacional de Caratinga – MG, Curso de
263 Educação Física, CES/MG – Favorável, com o Conselheiro **Oswaldo Lourenço** desde 03/07/96; **2.2)**
264 Fundação Universidade de Brasília – DF, Curso de Farmácia, CS/DF Favorável, com o Conselheiro
265 **William Saad** desde 07/08/96; **2.3)** Universidade Ponta Grossa – PR, Curso de Educação Física, com o
266 Conselheiro **Baldur Schubert** desde 10/10/96; **2.4)** Instituto de Ciências da Saúde – UFBA, Curso de
267 Fonoaudiologia, com o Conselheiro **Francisco Miguel** desde 10/10/96; e **2.5)** Universidade Estácio de
268 Sá – UNESA – RJ, Curso de Medicina, com os Conselheiros **Gastão** e **Omiton** desde 06/11/96. **3)**
269 Processos relatados: **3.1)** Universidade Católica de Santos – SP, Curso de Fisioterapia, Conselheira
270 **Luciana Parisi**, relatora do processo, procedeu a leitura do parecer posicionando-se favorável à
271 abertura do curso juntamente com o parecer do Conselho Estadual de Saúde, favorável a criação de
272 cursos de Fisioterapia na Região Metropolitana da Baixada Santista. Conselheiro **Gilson** considerou a
273 matéria apresentada prejudicada por não contemplar o roteiro adotado por este Colegiado. Após
274 pronunciamento do Conselheiro **Paulo César** que lembrou já ter sido aprovado neste Conselho outro
275 curso de Fisioterapia na Baixada Santista e do Conselheiro **Gastão** posicionando-se favorável a fala do
276 Conselheiro **Gilson**, a Conselheira **Zilda Arns** solicitou “vistas” ao processo em pauta. **3.2)** Universidade
277 Paranaense – UNIPAR – PR, curso de Fisioterapia em Umuarama. O Conselheiro **Amorim** informou que
278 o relator do processo Conselheiro **Zuher Handar** solicitou à Conselheira **Lucimar** para apresentar
279 relatório destacando a posição favorável do Conselho Estadual de Saúde – PR. Conselheira **Lucimar**
280 procedeu a leitura do parecer favorável a abertura do curso. Os Conselheiros **Gastão** e **Zilda**
281 questionaram quanto o não segmento dos critérios adotados para análise da necessidade social.
282 Conselheira **Lucimar** solicitou “vistas” ao processo. **3.3)** Faculdades Integradas Maria Coelho de Aguiar
283 – RO, curso de Odontologia. Conselheira **Lucimar** relatora do Recurso apresentado ao CNS pela
284 Faculdade, em decorrência do veto do Plenário do CNS à implantação do curso em pauta. A relatora
285 procedeu a leitura do parecer destacando entre outros: - a relação de 01 dentista/3.633 habitantes na
286 região; a existência de apenas 02 cursos de Odontologia em toda região norte; estudos realizados pelo
287 Conselho Federal de Odontologia recomendando a criação de cursos para as regiões Norte e Nordeste
288 e a grade curricular direcionada para odontologia preventiva. Concluiu seu parecer posicionando-se
289 favorável a abertura do curso em pauta. Conselheira **Regina** teceu elogios ao parecer apresentado. Foi
290 colocado em votação e o Plenário manifestou-se favorável a abertura do curso de Odontologia, com o
291 registro de abstenção do Conselheiro Jocélio. **3.4)** Centro Universitário de Irati – PR, curso de Educação
292 Física, Conselheira **Neide Barriguelli** relatora do processo informou não ter seguido os itens dos
293 critérios adotados e a dificuldade na coleta de dados regionais sobre Educação Física, mas que a
294 necessidade social seria clara. O processo mostrava que o Estado está disposto em investir na
295 educação, o curso seria gratuito e o parecer do Conselho Estadual de Saúde também era favorável. Os

296 Conselheiros **Gilson Cantarino** e **Gastão** mantiveram seus posicionamentos, no sentido dos critérios
297 adotados serem seguidos. Colocado em votação, houve impasse nas abstenções, tendo Conselheiro
298 **Gilson Cantarino** solicitado “vistas” ao processo. A seguir a Conselheira **Lucimar** solicitou a palavra
299 para apresentar um parecer sobre o Projeto de Lei nº 2.264/96, de autoria do Senhor Deputado Paulo
300 rocha que tratava da Regulamentação da Residência em Enfermagem. Informou que o processo de
301 tramitava no Congresso e que foi encaminhado ao CNS para posicionamento deste Colegiado. A
302 Conselheira procedeu a leitura do parecer onde analisou a situação da Enfermagem frente a existência
303 de vários cursos de Especialização, em nível de pós-graduação, consolidados no país como Residência
304 em Enfermagem e oferecidos por instituições públicas e privadas em Recife, Salvador e Rio de Janeiro.
305 Posicionou-se favorável à Regulamentação da Residência em Enfermagem, através da lei específica em
306 forma de curso de especialização, sob a responsabilidade de instituições de ensino superior que
307 contemplassem em sua grade curricular os conteúdos de natureza preventiva educativa, investigação
308 científica, assistencial e administrativa. Colocado em discussão o parecer. Conselheiro **Carlyle**
309 questionou sobre a análise do Projeto de Lei propriamente dito. Conselheiro **Jocélio** levantou
310 questionamentos quanto ao termo “residência” por estar vinculado à categoria médica, e quanto ao
311 parecer sugeriu substituir a frase “consolidados como Residência em Enfermagem” por “consolidados na
312 Enfermagem”. Conselheiro **Gilberto Chaves** informou que a Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
313 UERJ tem concurso para Residência nas áreas de Psicologia, Enfermagem, Nutrição, Odontologia e
314 Medicina. Conselheiro **Zilda** solicitou maiores esclarecimentos, atendidos pela relatora. Conselheiro
315 **Carlyle** solicitou a complementação do parecer da relatora com a análise do Projeto de Lei. A proposta
316 foi aceita pela Conselheira **Lucimar**. Posteriormente, o Conselheiro **Sabino**, levantou questionamentos
317 sobre a abertura de mais um curso, sobre o qual o Plenário do CNS havia dado parecer contrário e o
318 MEC concedeu autorização de funcionamento. Referiu-se ao curso de Farmácia do Centro de Estudos
319 Superiores de Maceió – AL, do qual ele foi o relator. **ITEM 04 – RELATÓRIO DO GRUPO DE**
320 **TRABALHO CRIADO PARA PROCEDER A ANÁLISE DOS 596 PROCESSOS DE ABERTURA DE**
321 **NOVOS CURSOS, ENVIADO PELO MEC.** Em nome da Conselheira **Albaneide Peixinho** o
322 Conselheiro **Gilberto Chaves** procedeu a leitura do seguinte relatório: “- Após discussões sobre as
323 legislações relativas à necessidade social dos cursos, o prazo estabelecido para análise e parecer e as
324 peculiaridades de cada curso, foram deliberados os seguintes encaminhamentos: **1)** Formação de
325 subcomissões por área profissional para avaliar os parâmetros da necessidade social, através dos
326 critérios sociais para abertura de cursos na área de saúde pré-estabelecidos pelo CNS, dados
327 estatísticos e demográficos que deverão ser levantados pelas entidades de classe e as legislações
328 existentes. **2)** Apresentação de relatórios pelas subcomissões com análise dos dados, sugestões,
329 propostas e parecer conclusivo. **3)** Apresentação pela representante dos usuários, **Maria Leda de R.**
330 **Dantas**, de propostas e sugestões para avaliação da necessidade social dos cursos. **4)** Definição da
331 próxima reunião da comissão para o dia 15/01/97. **5)** Apreciação dos relatórios das subcomissões e
332 parecer geral ou global dado pela comissão”. **ITEM 05 – ANÁLISE DO PARECER DOS**
333 **CONSELHEIROS GILSON CANTARINO E OUTROS SOBRE O ANTEPROJETO DE LEI Nº 3.657/89**
334 **DO DEPUTADO PAULO DELGADO (REFORMA PSIQUIÁTRICA)** – Conselheiro **Gilson Cantarino** fez
335 a leitura do seu parecer, ao relatório dos Conselheiros *Francisco Dellape*, *Oraida*, e referindo ser
336 favorável ao parecer da Conselheira *Oraida*. Conselheiro **Jocélio** manifestou-se favorável à aprovação
337 do Anteprojeto de Lei do Deputado Paulo Delgado. Conselheira **Zilda Arns** e Conselheira **Albaneide**
338 teceram alguns comentários sobre o Anteprojeto de Lei manifestando-se também favorável. Colocada
339 em votação, o plenário aprovou o parecer com 01 (um) voto contrário. **ITEM 06 – TRABALHOS DAS**
340 **COMISSÕES DO CONSELHO – APRESENTAÇÃO DRA. ANA COSTA – CISI – Dra. Ana Costa**,
341 representante da Fundação Nacional do Índio – FUNAI na Comissão Intersetorial de Saúde do Índio do
342 CNS – CISI, expôs ao Plenário o trabalho da Comissão consubstanciado em três recomendações, uma
343 solicitação e uma proposta de ofício dirigido ao Grupo Executivo de Trabalho responsável pela
344 implantação da Resolução 196/96 do CNS que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Dra.
345 **Ana**, historiou as atividades da CISI, ressaltando as suas especificidades e os problemas referentes à
346 assistência à saúde das populações indígenas. Em seguida, passou a apresentar as propostas de
347 Recomendações da Comissão ao Plenário do CNS: uma recomendava ao Ministério da Saúde gestões
348 para a instalação de um Grupo de Trabalho Interinstitucional junto ao CNS para rever o Decreto nº
349 1.141, de 19 de maio de 1994 – que regulamenta a assistência à saúde dos povos indígenas dividindo a
350 responsabilidade entre a FUNAI e a Fundação Nacional de Saúde – para no prazo de 60 (sessenta) dias
351 apresentar ao Plenário proposta alternativa ao Decreto. O GT seria composto por representantes da
352 Coordenação de Saúde do Índio da Fundação Nacional de Saúde, do Departamento de Saúde da
353 FUNAI, da Secretaria Executiva do MS, do Plenário do CNS e da CISI, sendo um indígena e um não
354 indígena. Ao GT seria facultada a consulta a especialistas de notório saber para contribuir para o
355 andamento de seus trabalhos. Outra Recomendação solicitava ao MS que referendasse a decisão da

356 10ª Conferência Nacional de Saúde que prioriza a convocação da III Conferência Nacional de Atenção à
357 Saúde dos Povos Indígenas para o ano de 1997. Uma terceira recomendava ao MS que realizasse,
358 através da COSAI/FNS e em articulação com o Departamento do MS que realizasse, através da
359 COSAI/FNS e em articulação com o Departamento de Saúde da FUNAI, um levantamento detalhado do
360 quadro atual das ações de saúde desenvolvidas pelas agências missionárias junto às populações
361 indígenas, para que essas pudessem vir a ser adequadamente acompanhadas pelo SUS. A solicitação
362 da CISI ao CNS referia-se à inclusão como membro titular do Plenário no segmento de usuário de um
363 representante dos povos indígenas do país, justificando tal pleito pela necessidade de se dar
364 conhecimento ao CNS, em caráter permanente, das especificidades e problemas da assistência de
365 saúde aos índios no âmbito do SUS, conferindo um maior dinamismo no repasse de informações
366 relevantes. A CISI pediu, ainda, ao CNS que encaminhasse Ofício ao Grupo Executivo de Trabalho
367 responsável pela implantação da Resolução 196/96 do CNS que consultasse a CISI quando da análise
368 da normatização específica de pesquisas envolvendo populações indígenas, estendendo a solicitação à
369 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, a partir de sua instalação. Dra. **Ana** informou ao Plenário que
370 a CISI estava empenhada em buscar elementos a respeito do assunto junto às organizações indígenas,
371 a FUNAI, ao MS, Universidades, Centros de Pesquisa e demais instituições que prestam serviços de
372 saúde às populações indígenas para elaborar uma proposta final a ser encaminhada à apreciação do
373 Grupo de Trabalho. Conselheiro **Jocélio** parabenizou a atuação da CISI destacando que, pouco tempo
374 após a sua reativação, já apresentava propostas concretas ao Plenário do CNS. Ponderou, no entanto,
375 que não havia necessidade da criação de um Grupo de Trabalho para rever o Decreto 1.141 por
376 entender que esse trabalho era competência da própria CISI sendo, portanto, redundante a instalação de
377 um GT. Propôs que a CISI assumisse efetivamente o trabalho de revisão, com autonomia para consultar
378 quem achasse conveniente para colaborar com o trabalho. Apoiou a Recomendação ao MS referendar a
379 decisão da 10ª CNS priorizando a convocação da III Conferência Nacional de Atenção à Saúde dos
380 Povos Indígenas para 1997. Mostrou-se em total acordo com a Recomendação que solicitava ao MS
381 levantamento das ações de saúde desenvolvidas pelas agências missionárias junto às populações
382 indígenas. Conselheiro **Gilson Cantarino** apoiou a sugestão do Conselheiro **Jocélio** de a CISI assumir
383 o trabalho de revisão do Decreto 1.141, dispensando a criação de um GT para esse fim. Disse ser
384 necessário aprofundar a discussão da questão visando à melhoria da assistência à saúde dos povos
385 indígenas. Deu apoio à convocação da III Conferência Nacional de Atenção à Saúde dos Povos
386 Indígenas. Com relação à solicitação da CISI de inclusão de um representante indígena no CNS,
387 ponderou que qualquer entrada de nova representação trazia prejuízo à paridade no Plenário.
388 Conselheiro **Carlyle** reclamou que a CISI não apresentou um relatório escrito de suas atividades, ferindo
389 o que o estabelece o Regimento Interno do CNS. Disse que o Plenário deveria se recusar a discutir
390 propostas que não estivessem documentadas, ressaltando que as Comissões foram criadas para
391 discutir e encaminhar ao Plenário propostas para a solução dos problemas de sua alçada. Conselheira
392 **Zilda** disse que a Recomendação de revisão do Decreto 1.141 deveria ser melhor estudada. Disse mais
393 que não via, também, necessidade de criação de um Grupo de Trabalho para realizar o trabalho que
394 deveria ser tarefa da própria CISI. Concordeu com o Conselheiro **Gilson** quanto à inclusão de um
395 representante indígena no CNS, por causa da paridade de representação no Plenário. Concordeu, no
396 entanto, que o CNS deveria discutir a solicitação da CISI. Conselheira **Lucimar** solicitou detalhamento
397 das atividades da CISI através de um relatório escrito. Concordeu com o Conselheiro **Carlyle** que
398 reclamou da não apresentação do relatório. Dra. **Lúcia**, substituta da Dra. Fabíola na Coordenação
399 Geral do CNS, explicou que a CISI foi reestruturada recentemente e que, por isso, não apresentou
400 relatório de suas atividades, mas encaminhou, através da apresentação da Dra. Ana Costa, demandas
401 emergenciais. Conselheiro **Gilson** afirmou que não via problemas de o Plenário deliberar a partir da
402 apresentação da Dra. Ana. Conselheiro **Jocélio** concordou com a posição do Conselheiro **Gilson**,
403 afirmando que o trabalho da CISI "foi perfeito", apesar de fazer ressalvas ao conteúdo da
404 Recomendação para criação de um Grupo de Trabalho para rever o Decreto 1.141. Dra. **Ana** explicou o
405 processo de discussão que levou a CISI a propor a criação de um GT, ressaltando que este daria um
406 peso político maior à proposta que surgisse nas discussões visando à revisão do Decreto. Lembrou que
407 o Decreto era assinado por quatro Ministros de Estado e que tratava-se de um assunto polêmico.
408 Conselheiro **Jocélio** voltou a insistir que a CISI foi criada exatamente para realizar o que estava
409 proposto na Recomendação. Conselheiro **Gilson** disse que a CISI deveria ter delegação do Plenário
410 para agregar os membros que julgasse necessários para executar o proposto na Recomendação.
411 Conselheira **Lucimar** disse achar importante, por questões políticas, a presença de um representante da
412 Secretaria Executiva do MS nas discussões sobre a revisão do Decreto 1.141, aproveitando para
413 lembrar, ainda, que o MS vinha atendendo com presteza às Comissões do CNS. O Plenário aprovou a
414 proposta dos Conselheiros **Jocélio** e **Gilson** de que a CISI realizasse o trabalho de rever o Decreto
415 1.141, com autonomia para consultar quem entendesse para contribuir para o desenvolvimento do

416 trabalho, e indicou os Conselheiros **Lucimar** e **Sabino** para se integrarem às discussões visando à
417 formulação da proposta de revisão a ser apresentada ao CNS no próximo exercício. O Plenário
418 concordou, também, em estudar a solicitação da CISI em incluir um representante indígena no CNS, no
419 bojo de uma ampla discussão sobre a recomposição do CNS no próximo ano. Decidiu, também, que vai
420 destacar a prioridade de convocação da III Conferência Nacional de Atenção à Saúde dos Povos
421 Indígenas por ocasião da discussão em torno de quais Conferências serão realizadas em 1997. Acolheu
422 a proposta de Ofício a ser encaminhado ao Grupo Executivo de Trabalho responsável pela implantação
423 da Resolução 196/CNS no sentido deste consultar a CISI quando da análise da normatização da
424 pesquisa envolvendo populações indígenas. Aprovou a recomendação de realização de levantamento do
425 quadro das ações de saúde desenvolvidas por agências missionárias junto às populações indígenas.

426 **APRESENTAÇÃO DRA. GLÓRIA TEIXEIRA – CT/DENGUE** – Dra. **Glória** apresentou o Relatório das
427 Atividades da Comissão Técnica de Dengue do CNS, contendo as realizações a nível internacional e
428 nacional, com um capítulo destacando as dificuldades para implantação do Plano Diretor de Erradicação
429 do *Aedes aegypti* – PDEAa. Dra. **Glória** deteve-se mais nas dificuldades arroladas no Relatório, entre as
430 quais ressaltavam-se as de ordem financeiro-orçamentário e gerencial. Disse que algumas providências
431 vinham sendo adotadas, entretanto, ainda bastante incipientes para se iniciar a fase de ataque do
432 PDEAa. Citou pontos considerados importantes que se não forem concretizados colocarão em risco toda
433 a proposta. Entre esses pontos, salientou a não instalação da Coordenação do PDEAa; a não
434 convocação dos Governadores para o estabelecimento do pacto previsto; o não desenvolvimento dos
435 planos interministeriais, que dariam orgiem às diretrizes necessárias à elaboração dos planos estaduais
436 e municipais de erradicação, e, posteriormente, ao ajuste do PDEAa; o agilizamento da situação
437 epidemiológica de dengue e febre amarela e o baixo índice de cobertura vacinal anti-amarílica nos
438 estados em que já está instituída; o fato de a Lei Orçamentária enviada ao Congresso não contemplar os
439 recursos necessários para desenvolver todas as atividades da fase preparatória a partir de janeiro de
440 1997 e iniciar a fase de ataque em julho (segunda alternativa prevista no PDEAa), entre outras da
441 mesma magnitude. Manifestou a preocupação da CT/Dengue diante das circunstâncias apresentadas.
442 Afirmou que na atual conjuntura de mudança no setor saúde tomava-se da maior relevância que o
443 governo reafirmasse e divulgasse o PDEAa e tome as medidas necessárias para sua efetiva
444 implantação, assim como para sua participação nas ações que lhe couber no Plano Continental.
445 Ressaltou que tais providências eram fundamentais não só para impedir a ocorrência de epidemias de
446 dengue hemorrágico e febre amarela urbana, como também para dar consequência às iniciativas
447 tomadas frente a todos os países americanos, nas reuniões do Conselho Diretor da OPAS, onde vinha
448 propondo e lutando por um projeto continental de erradicação do *Aedes aegypti*. Alertou o Plenário do
449 CNS sobre o sério risco de a proposta de erradicação não vir a operacionalizada de acordo com o
450 PDEAa. Em seguida, listou uma série de Recomendações ao Plenário, contidas no Relatório. Entre as
451 quais, que o CNS divulgasse imediatamente a sua preocupação com a gravidade da situação
452 epidemiológica e entomológica com a possibilidade do desencadeamento de epidemias de dengue
453 hemorrágico e de febre amarela urbana; propostas concretas para enfrentamento, visando sensibilizar e
454 convencer a sociedade da necessidade da implantação das ações; dar conhecimento ao público da atual
455 precariedade da produção de vacina contra a febre amarela e das dificuldades do PDEAa; articular uma
456 audiência com o Presidente da República, objetivando a reafirmação de seu compromisso com a
457 erradicação do *Aedes aegypti*; que o Presidente determinasse sejam tomadas as medidas necessárias à
458 reformulação da Lei Orçamentária, com o propósito de assegurar os recursos necessários à execução
459 do PDEAa; solicitar a revogação do ato que elimina as horas-extras para os servidores da Bio-
460 Manguinhos, de modo a que se possa manter e aumentar sua produção, no sentido de abastecer o país
461 com doses suficientes de vacina contra a febre amarela, bem como fornecer a outros países em
462 situações emergenciais e de rotina; e solicitar a liberação de recursos financeiros para atender às
463 necessidades de adequação de infra-estrutura, aquisição de material permanente e de consumo de bio-
464 Manguinhos, visando possibilitar a produção de rotina e a ampliação da produção da vacina contra a
465 febre amarela. O Relatório trazia, também, Recomendações ao Ministro da Saúde, entre as quais
466 fortalecer a Secretaria Executiva do PDEAa e dotá-la dos recursos materiais e humanos necessários ao
467 seu pleno funcionamento; agilizar a publicação das portarias que já estão elaboradas – a que visa
468 integrar o conjunto de responsabilidades da vacinação contra a febre amarela à FNS/PNI e a que
469 disciplina os procedimentos de fiscalização de meios de transportes oriundos de áreas geográficas
470 infestadas por artrópodes transmissores de febre amarela e dengue; solicitar ao Gerente do PDEAs que
471 promovesse a discussão sobre a febre amarela nos estados e municípios e quais as sugestões de
472 resolução do problema; e demonstrar a viabilidade de ampliar a cobertura vacinal anti-amarílica e
473 determinar que as áreas técnicas do MS, com a participação do CNS, elaborassem um projeto de
474 vacinação anti-amarílica que contemplasse a vacinação da população brasileira de acordo com a
475 situação epidemiológica e entomológica. Por fim, no que se refere ao trabalho de acompanhamento das

ações de PDEAa, a CT/Dengue recomendou que este seja desenvolvido diretamente pelo Plenário do CNS, como parte do seu trabalho de acompanhamento do Ministério da Saúde. Finalizando sua apresentação, Dra. **Glória** trouxe ao Plenário a proposta da CT/Dengue de se auto-dissolver por julgar cumprido o seu papel e por entender que o PDEAa precisava ter acionados todos os seus mecanismos de execução e ser assumido, efetivamente, como Plano de Governo e não somente do Ministério da Saúde. Conselheira **Zilda** disse que o quadro apresentado pela Dra. Glória era muito grave, principalmente no que se referia à não previsão de recursos orçamentários para o PDEAa. Conselheira **Margareth** demonstrou preocupação com a proposição de dissolução das CT/Dengue diante do exposto pela Dra. Glória. Esta ressaltou que decisões não foram tomadas, o que tornou o quadro grave. Disse que o Coordenador do PDEAa decidiu convocar os Secretários de Saúde ao invés dos Governadores. Isso impediu, no seu entender, o início da definição de planos estaduais e articulação para a definição de planos municipais. Dra. **Glória** observou que essa atitude tornou o PDEAa frágil gerencialmente. Acrescentou que apenas dois Governadores aderiram ao PDEAa, até o momento. Disse que o Plano não teve a repercussão necessária. E que, por falta de recursos, a Fundação Nacional de Saúde não pode intensificar o controle do *Aedes aegypti*, o que, segundo ela, vai prejudicar ainda mais a implantação do PDEAa. Disse mais que a fase preparatória não avançou como o planejado, por falta de repasse de recursos e de uma coordenação mais decisiva. Disse, também, que a própria Secretaria Executiva do PDEAa não foi efetivamente instalada. Mostrou-se especialmente preocupada com a falta de vacina contra febre amarela, ressaltando que *“não podemos ficar sem estoque estratégico dessa vacina, pois o PDEAa não avançou no sentido de impedir a reurbanização da doença”*. Disse que o que Bio-Manguinhos vinha reivindicando era o mínimo e solicitou ao CNS que examinasse a situação. Voltou a afirmar que a proposição de auto-dissolução da CT/Dengue baseava-se em questão política decisiva para a efetiva execução do PDEAa e que o CNS precisava atuar nesse sentido. Conselheiro **Albuquerque** mostrou-se contrário à dissolução da Comissão, apesar de concordar com o Relatório apresentado pela Dra. Glória, principalmente no tocante aos problemas que estavam dificultando o desenvolvimento do PDEAa. Conselheiro **Carlyle** sugeriu organizar as Recomendações propostas pela CT/Dengue no Relatório. Disse que o erro foi considerar o PDEAa como de responsabilidade única e exclusiva do MS e não de responsabilidade interministerial. Disse ser necessário recuperar o caráter interministerial do PDEAa através do estabelecimento do Colegiado previsto. *“O PDEAa, sendo interministerial, não pode ser conduzido por gerência só do MS”*, ressaltou. Solicitou contato do MS com a FIOCRUZ para o exame da situação de produção de vacina anti-amarílica, visando assegurar esquema de produção que atenda à demanda de vacinação. Ressaltou que seria importante, também, formular um plano de vigilância e de vacinação contra a febre amarela, inclusive para orientar a produção da FIOCRUZ. Sugeriu adiar a fase preparatória do PDEAa para 1997 e a fase de araque para o segundo semestre do próximo ano, como forma de ganhar tempo e melhor organizar sua execução, enquanto verificasse o que era possível fazer em termos de recursos. Disse mais que o Colegiado interministerial era que deveria definir as características da Secretaria Executiva do PDEAa. Dra. **Glória** observou que a Comissão interministerial foi criada, mas nunca foi convocada, o mesmo acontecendo com a Comissão de avaliação e acompanhamento do PDEAa. Afirmou que o Pacto de Governadores deveria ter sido iniciativa do Gabinete do MS em articulação com o Palácio do Planalto. Disse que não foi dada prioridade à produção de vacina anti-amarílica de Bio-Manguinhos. Em termos de recursos, disse que os R\$ 480 milhões previstos seriam suficientes para a fase de ataque no próximo ano. Voltou a salientar que não houve articulação com os outros Ministérios envolvidos no PDEAa, visando que estes previssem a alocação de recursos. Afirmou que concordava com a permanência da CT/Dengue, mas com o apoio político do CNS, inclusive nas questões orçamentárias. Conselheiro **Carlyle** sugeriu ao CNS aprovar a Recomendação com os sete pontos apontados por ele. Conselheira **Lucimar** observou que os problemas do dengue e da febre amarela foram considerados ações prioritárias pelo MS. Conselheiro **Carlyle** leu a sugestão de texto para a Recomendação. O Plenário aprovou a proposta e manteve a CT/Dengue com a solicitação de apoio do CNS feita pela Dra. Glória. Conselheiro **Jocélio** solicitou registro em ata de sua declaração de voto pela abstenção: *“Não discordo da proposta em si, mas quero questionar o tratamento diferenciado que se dá a temas de ordem técnica em relação a temas de natureza de organização e representação de interesses. Para um, propostas globais rapidamente aprovadas; para outro, dificuldades em se deliberar qualquer coisa. Com isso, considero que, muitas vezes, o Conselho deixa de cumprir seu fundamental papel político de órgão máximo de deliberação da saúde para tornar-se cada vez mais um apêndice do Ministério da Saúde”*.

APRESENTAÇÃO DA DRA. MARIA HELENA VILLAR – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO – CIAN – A Coordenadora da Comissão, Dra. **Maria Helena**, fez a leitura da proposta de Resolução elaborada pela Comissão. Houveram várias intervenções dos Conselheiros, iniciada pelo Conselheiro **Jocélio**, que considerou a proposta inadequada por partir de premissas falhas. Comentou que o Governo não estaria interessado na saúde da população e sim em

536 desmantelar o que já existia e que a CIAN deveria se dedicar a trabalhar mais na prática, exemplificando
537 a cesta básica do trabalhador, que seria muito rica em hidratos de carbono e pobre em proteínas.
538 Conselheira **Lucimar** discordou do Conselheiro **Jocélio**, informando que não era verdade que o Governo
539 estaria contra uma política alimentar, justamente hoje que tem um Plano de Segurança Alimentar
540 apresentado na Reunião Mundial de Alimentação e Nutrição da FAO (Roma, 1996). Referiu, ainda, que o
541 INAN existia e que era o órgão responsável pelo assunto alimentação e nutrição. Conselheira **Zilda Arns**
542 concordou com a necessidade de uma política de alimentação que exigisse articulação com outros
543 Ministérios. Referiu que a NOB não poderia ser deixada de lado pelo Conselho e que tinha importância
544 quanto ao papel dos Municípios e Estados, importantes na sua execução. Conselheiro **Gilson**
545 **Cantarino** mostrou-se favorável a uma política nacional que priorizasse os três eixos citados na
546 Resolução/CIAN. Considerou, ainda, que a NOB não contemplava a alimentação e nutrição, porque o
547 INAN não apresentou a tempo com suas propostas. Conselheiro **Jocélio** posicionou-se favorável a
548 encaminhar ao Ministério da Saúde a Recomendação da CIAN. Conselheira **Zilda Arns** se propôs a
549 trabalhar com a CIAN, por considerar ter muito a contribuir com esta Comissão. O Plenário aceitou a
550 proposta. A Coordenadora da Comissão, Dra. **Maria Helena Villar**, apresentou o relatório e Plano de
551 Trabalho da CIAN para 1997 e a Recomendação CIAN 02/96. Comentou sobre um ano de trabalho da
552 Comissão para manter o INAN e sobre o desmantelamento do INAN dado à boataria que corria, o
553 Ministério da Saúde e consequentemente atingia os seus funcionários. Disse que a CIAN resolveu por
554 um ponto final na discussão sobre o INAN e discutir propostas ao CNS referente a um novo órgão que
555 executaria uma política de alimentação e nutrição e que na discussão interna da Comissão havia a idéia
556 de mudança do nome desse órgão. Comentou também que a Comissão não havia esquecido o
557 compromisso com o CNS de trabalhar a NOB/SUS/01/96, citada no último parágrafo da Recomendação
558 CIAN 02/96 e que dependeria de uma definição sobre a permanência do INAN ou a sua substituição por
559 outro órgão. Informou que iria levar à CIAN a proposta do Conselheiro **Jocélio** de estudo da cesta
560 básica. Quanto à proposta da Conselheira **Zilda Arns** de trabalhar com a CIAN considerou que isso só
561 engrandeceria o trabalho da Comissão. Conselheira **Lucimar** reiterou que o INAN existia e que era o
562 órgão que cuidava da alimentação e nutrição e que o Ministério da Saúde não tinha intenção de
563 desmantelar o órgão. **COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA PSIQUIÁTRICA** – O relatório da
564 Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica não foi apresentado ao Plenário do CNS, sendo transferido
565 para a próxima reunião. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR – CIST** – Dra.
566 **Olga Estefania Duarte**, Coordenadora da CIST, realizou exposição sobre as atividades desenvolvidas,
567 demonstrando que a Comissão atuou consoante as metas de seu plano de trabalho, cujo relatório
568 entregue aos Conselheiros está anexado a presente ata. Expôs que a CIST, entre as suas principais
569 atividades: **1)** analisou os Planos de Trabalho das áreas de Saúde do Trabalhador das Secretarias de
570 Assistência à Saúde e Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde, se dispôs a elaborar uma Proposta
571 de Plano de Trabalho e reestruturação das áreas técnicas, a ser submetido à apreciação do CNS, no
572 decorrer de 1997, propondo para tal, a realização de uma Oficina de Trabalho no início de 1997; **2)**
573 Analisou a situação das informações em Saúde do Trabalhador, tendo realizado reuniões com técnicos
574 do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (CENEPI/FNS) e, também com
575 técnicos do INSS, acerca das dificuldades envolvendo o Sistema CAT. Considerou que o assunto exigia
576 tratamento aprofundado, com participação de vários órgãos com responsabilidades diversas sobre as
577 informações sobre a matéria (INSS, MTb, SIA/SIH-SVS, CENEPI-FNS, DATASUS), no sentido de
578 desenvolver um sub-sistema de informações. Propôs a constituição de um Grupo de Trabalho, para num
579 período de 06 meses apresentar proposta de compatibilização das informações e criação de um Banco
580 de Dados em Saúde do Trabalhador; **3)** Estudou as estruturas Estaduais e Municipais de Saúde do
581 Trabalhador no SUS, e face a variabilidade daquelas áreas na inserção institucional, se propôs a dar
582 continuidade ao diagnóstico de situação no Plano de Trabalho de 1997; **4)** Analisou o conteúdo da
583 legislação em Saúde do Trabalhador, tendo realizado reunião com a Consultoria Jurídica do Ministério
584 da Saúde, verificando a necessidade de ampliar o embasamento relativo as bases legais de atuação do
585 SUS na área de Saúde do Trabalhador, face a polêmicas existentes. Promoveu estudos, com alguns
586 juristas de renome, com trabalhos na área de saúde. Os pareceres daqueles juristas demonstraram a
587 competência legal do SUS em executar as ações de Vigilância e Fiscalização Sanitária dos ambientes e
588 condições de trabalho (acervo documental arquivado no CNS). Como resultante daquelas atividades e
589 dentro das atribuições da CIST de formular propostas de regulamentação, foram apresentadas ao
590 plenário propostas de portarias dispendo sobre: **a)** Aprovação e divulgação da Norma Operacional de
591 Saúde do Trabalhador no SUS; **b)** Aprovação e Publicação do Manual de Vigilância em Saúde do
592 Trabalhador no SUS; **c)** Orientação sobre o preenchimento da Autorização da Internação Hospitalar nos
593 casos compatíveis com Acidente de Trabalho; **d)** Normas para o Cadastramento de Serviços de
594 Assistência à Saúde do Trabalhador no SUS; **e)** Lista de Doenças Ocupacionais no SUS e disposições
595 sobre a obrigatoriedade de notificação; **f)** Reformulação do atendimento específico para acidente de

596 trabalho no SIH/SUS, revogado a Portaria SAS nº 119; **g)** Plano permanente de capacitação e formação
597 de Recursos Humanos para desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador no SUS. A
598 Coordenadora da CIST registrou, conforme disposto no relatório da Comissão, que as portarias
599 propostas reportam-se a documentos já elaborados pela área técnica do Ministério da Saúde, e que
600 foram revisadas em conjunto com a CIST/CNS. Encerrou a exposição, citando outras atividades
601 executadas pela Comissão. Destacou que as portarias propostas tratavam de questões cujas
602 regulamentações seriam fundamentais para conferir efetividade à execução das ações de Saúde do
603 Trabalhador no SUS e racionalizar seus custos. Após a exposição, vários Conselheiros se manifestaram
604 cumprimentando a Comissão pelo empenho e excelência do trabalho desenvolvido. Houve debates e
605 manifestações quanto a importância das propostas e a necessidade de agilizar disposições sobre
606 aquelas matérias, tendo o plenário decidido por estudar o material apresentado e se pronunciar sobre
607 seu conteúdo na próxima reunião do CNS, devendo o tema ser incluído na pauta da mesma.
608 Conselheiro **Jocélio** apresentou denúncias de entidades representativas de servidores federais,
609 (CONDESEF e FETRAMS) sobre Trabalhadores de Saúde do Ministério da Saúde contaminados com
610 agrotóxicos. Propôs que a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador ouvindo as entidades de
611 Trabalhadores estudasse a situação e trouxesse em reunião próxima, uma proposta de resolução sobre
612 aquele tema. Conselheiro **Francisco Miguel** colocou a CONTAG a disposição para participar. O
613 plenário aprovou a proposta do Conselheiro **Jocélio**. **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA**
614 **MULHER – CISMU – Apresentação da Conselheira Margareth Arilha** na qualidade de representante da
615 Comissão de Cidadania e Reprodução, explicou que a CISMU será coordenada por um núcleo
616 coordenador composto por três membros da comissão como sendo: Dra. **Sônia Corrêa**, representante
617 da Comissão da População e Desenvolvimento, pela **representante da ABRASCO** e a Conselheira
618 **Margareth**. A seguir apresentou o Plano de Trabalho da CISMU com os seguintes temas: **1)** Promover a
619 reflexão continuada acerca das bases conceituais e das estratégias necessárias para efetiva
620 implementação da Política de Assistência Integral à Saúde de Mulheres no marco do Sistema Único de
621 Saúde; **2)** Acompanhar a montagem e operacionalização do Sistema de Planejamento e Avaliação do
622 Ministério da Saúde, no sentido de assegurar a visibilidade adequada das ações relativas à assistência
623 da saúde das mulheres e de seus impactos; **3)** Acompanhar o processo de elaboração das diretrizes
624 orçamentárias do Ministério da Saúde para 1998, assim como a execução do orçamento para 1997 nos
625 aspectos relativos à saúde integral da mulher; **4)** Elaborar proposições relativas à formação de recursos
626 humanos para assistência integral à saúde da mulher; **5)** Estabelecer vínculos e apoiar as iniciativas que
627 vem sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde para maior
628 cooperação entre as agências produtoras de informação, estimulando o controle social da produção e
629 disseminação destas informações; **6)** Articular e dialogar com as demais comissões do Conselho
630 Nacional de Saúde, com particular ênfase no que se refere às Comissões Intersetoriais de Saúde do
631 Trabalhador – CIST, Reforma Psiquiátrica e do Grupo Executivo de Trabalho/Comissão Nacional de
632 Ética em Pesquisa – CONEP; **7)** Estabelecer o diálogo permanente como o Poder Legislativo no sentido
633 de viabilizar as bases legais para exercício do direito à saúde e dos direitos reprodutivos; **8)** Canalizar
634 demandas da sociedade civil no sentido de receber, analisar e encaminhar ao Conselho Nacional de
635 Saúde relatórios; e **9)** Proceder análise e discussões de possíveis problemas emergentes. Propôs que o
636 referido Plano de Trabalho constituisse uma Resolução do CNS. Conselheiro **Amorim** colocou em
637 votação, sendo aprovado pelo Plenário. **ITEM 07 – QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS – Professores Elias**
638 **apresentou inicialmente o texto da Resolução nº 200, já aprovada, e três planilhas trazidas pelo Dr.**
639 **Sebatião Grilo, que se retirou para ir ao Congresso Nacional. As planilhas trazem a Execução em**
640 **31/10/98, posição fechada, e em 29/11/96, posição aberta, destacando-se que aumentou o valor**
641 **bloqueado de 600 milhões para 1,1 bilhão, fato que agrava o já precário quadro do MS. A terceira**
642 **planilha é comparativa entre a proposta aprovada pelo CNS e pelo CNSS e o Projeto de Lei em**
643 **tramitação no Congresso. Com relação à Resolução nº 200, embora tenham sido encaminhadas as**
644 **solicitações aos órgãos, nenhuma resposta foi encaminhada à Comissão e ao CNS. Passou, então, o**
645 **Coordenador à apresentação do Relatório da Reunião da Comissão de Acompanhamento Orçamentário**
646 **do CNS de 03/12/96. Presentes:** Professor Elias Jorge, Dr. Carlyle, Dr. Olímpio, Dr. Gastão, Dr.
647 **Omilton, Dra. Margareth, e pela Coordenação de Planejamento, Dr. Wanderley. Pauta: 1)** Informes; **2)**
648 **Horizonte Orçamentário 96/97; 3)** Sugestões e Encaminhamentos. **I – INFORMES: 1.1 – Mini-Curso –**
649 **foi ministrado curso de introdução ao Acompanhamento do Processo Orçamentário com apresentação**
650 **das atividades no CNS e no CNSS, aos Conselheiros de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e de 12**
651 **municípios, sendo também discutida a POPS e o SIVIRE/SIVIDES em ambiente Estadual e Municipal.**
652 **Foi adiado o curso para Conselheiros de Santa Catarina. Estão previstos cursos para o Distrito Federal e**
653 **para o Mato Grosso, em Cuiabá. Continua aberta a possibilidade de mini-curso para os Conselheiros do**
654 **CNS. 1.2 – Congressos – Não pode ser aceito convite para participar de Congresso Nacional da**
655 **ABRES, dias 2 e 3/12/96, em Fortaleza quando seria proferida conferência. Também o convite para**

656 conferência durante o Seminário Ibero Americano de Seguridade Social em Buenos Aires, de 9 a
657 12/12/96, não pode ser aceito. **1.3 – Representação no CNSS.** A reunião do CNSS, adiada por três
658 vezes para 12/12/96, foi novamente adiada. As reuniões da Comissão de Acompanhamento
659 Orçamentário e do Grupo de Trabalho sobre perdas dos benefícios, também, foram adiadas pela quarta
660 vez consecutiva, sem audiência prévia ao Coordenador (representante do CNS). Espera-se que não seja
661 uma ação deliberada para esvaziar o CNSS e suas Comissões. **1.4 – Resolução nº 200** – Foram
662 discutidos o texto final da Resolução nº 200 aprovada na Reunião de 07/11/96 e encaminhamentos dela
663 decorrentes. Foram solicitadas aos órgãos a análise crítica da Execução Orçamentária e Financeira/96 e
664 perspectiva para 1997, não tendo havido retorno. Espera-se que durante a reunião a Administração do
665 Ministério apresente os documentos solicitados. Sugerida pequena alteração redacional, a ser procedida
666 na ata. **1.5 – Sistema de Acompanhamento e Avaliação (Resolução nº 161).** Módulos de
667 Programação e Acompanhamento deverão ser disponibilizados para uso, ainda, em dezembro. Módulo
668 de Avaliação em fase de elaboração de proposta preliminar pela ENSP. **1.6 – Pesquisa sobre
669 Orçamento Públicos em Saúde – POPS.** Deflagrada a coleta de dados pela Procuradoria Geral da
670 República (sub-Procuradoria de Direitos do Cidadão). Haverá em 12 de dezembro reunião CNS,
671 DATASUS e Procuradoria para avaliar respostas e análise de dados. Em janeiro será ampliado o
672 universo da pesquisa passando a abranger, além da União, DF, estados e capitais e os municípios em
673 gestão semi-plena. **1.7 – Disseminação das Informações, via Internet e Canal Saúde.** A viabilização
674 do Sistema DBS ficou estagnada em função de dificuldades orçamentárias, financeiras e administrativas.
675 Espera-se que em fevereiro possam ser retomados os encaminhamentos quando da elaboração do
676 Plano de Trabalho da Comissão. **1.8 – Reestruturação da Comissão.** Devido ao afastamento de
677 Conselheiros do CNS, é necessário fazer-se a substituição dos membros da Comissão, que se reúne
678 ordinariamente no dia anterior às Reuniões do CNS. Será desejável que esta reestruturação se inicie
679 nesta 61ª Reunião Ordinária para que em 04/02/97 seja feita reunião de Avaliação das Atividades de
680 1996 e o Plano de Trabalho para 1997. **1.9 – Comissão de Saúde da Mulher.** Houve participação na
681 reunião da Comissão de Saúde da Mulher do CNS, realizada em 25 e 26/11/96 no CNS, quando foram
682 prestados esclarecimentos sobre o processo orçamentário. **1.10 – Grupo de Trabalho de
683 Acompanhamento das Alterações Constitucionais e Legais.** Foi realizada a reunião de 22/11/96,
684 estando prevista nova reunião com assessores legislativos para dia 11/12/96, logo após a Audiência
685 Pública da Comissão de Seguridade Social da Câmara. **1.11.** – O fluxo de documentos e dados para o
686 CNS/CNSS está praticamente regular e institucionalizado como se verá no **Material de Apoio à
687 Apresentação do Relatório. 2 – HORIZONTE ORÇAMENTÁRIO 96/97** – A não implementação do
688 disposto na Resolução nº 200 do CNS impede que se faça uma análise mais detalhada do horizonte
689 orçamentário 96/97, entretanto algumas considerações podem ser feitas, com referência do Material de
690 Apoio. **2.1 – O Setor Público (Federal, Estadual e Municipal) tornou-se refém dos Encargos
691 Financeiros da Dívida Mobiliária e Contratual com reflexos na possibilidade de Financiamento do
692 Setor Saúde.** A União pagou 16,3 bilhões de reais como juros e Encargos da Dívida Interna e Externa e
693 destinou 4,5 bilhões de reais para Amortização da Dívida até 31/10/96. Este total (20,8 bilhões de reais)
694 corresponde a quase 2,5 vezes a Despesa com Custeio (OCC) do Ministério da Saúde (8,9 bilhões) e é
695 quase metade de Arrecadação Tributária (42,8 bilhões) no período. **2.2** – Além do Dispêndio com Juros,
696 Encargos e Amortização da Dívida, de 20,8 bilhões de reais, a Dívida Interna cresceu de 31/10/96 em 23
697 bilhões de reais (de 86 para 109 bilhões), o que implica em novos Juros e Encargos a curto prazo. **2.3** –
698 O Fundo de Estabilização Fiscal – FEF arrecadou 19,8 bilhões dos quais foram aplicados 15,3 bilhões
699 até 31/10/96. Ao Ministério da Saúde foram destinados até 29/11/96 1,9 bilhões, menos de 10% do valor
700 arrecadado até 31/10/96 (19,8 bilhões). Segundo os dados publicados no DOU em 29/11/96, seria,
701 portanto, plenamente possível recompor o Orçamento Original do CNS (20 bilhões), pelo menos
702 parcialmente, com recursos do FEF, nos termos da Lei Orçamentária Anual aprovada pelo Congresso
703 Nacional. **2.4** – Os dados da Planilha Básica do SIVIRE, posição de 31/10/96 (páginas 1 e 2 do Material
704 de Apoio), permitem constatar: – Que a receita administrada pela Secretaria de Receita Federal, em 10
705 meses de 96 (77 bilhões de dólares) é superior em 8 bilhões de dólares ao total de 1994 (69 bilhões de
706 dólares), devendo superar em 31/12/96 o recorde histórico de 1995 (91 bilhões de dólares). – Que a
707 arrecadação bancária do INSS (receita administrada pela Previdência) até 31/10/96 (33,3 bilhões de
708 dólares) supera a receita anual de 1994 (27,7 bilhões de dólares) em 5,6 bilhões de dólares. – Que em
709 conjunto (essas duas receitas devem superar até 31/12/96 a casa dos 135 bilhões de dólares, o que era
710 tido como impossível por muitos analistas já que a arrecadação de 129,5 bilhões de dólares de 1995 era
711 considerada o “*pico dos picos*” arrecadatórios). Deve-se levar em conta, ainda, que em boa parte do
712 ano de 1995 a cotação do dólar era inferior à cotação do real (1 dólar menos que 1 real), o que não
713 aconteceu em 1996, quando 1 dólar passou a valer mais que 1 real. – Que a Remuneração das
714 Disponibilidades do Tesouro Nacional junto ao Banco Central (Fonte 188) não deverá superar em 1996 a
715 casa dos 2,5 bilhões de dólares, muito inferior aos 5 bilhões de dólares em 1995 e irrisória se comparada

716 com os 15 bilhões de dólares do 1º semestre de 1994. Essa é uma decorrência do Plano de
717 Estabilização Econômica e explica na maior parte dos casos o agravamento da situação do Setor
718 Público, que não pode mais contar com a inflação elevada como mecanismo de financiamento e
719 mascaramento contábil. No caso da União, como a Fonte 188 estava dedicada integralmente
720 (especializada) através de MP, com reedições excessivas desde 29/12/93, para pagamento de Juros,
721 Encargos e Amortização da Dívida, fez-se necessário explicitar a sangria dos Encargos Financeiros
722 sobre a Receita Tributária e de Contribuições, inclusive aos Sociais (específicas para a seguridade
723 Social). **2.5 – A Portaria 353 de 28/11/96 (DOU de 29/11/96) do Secretário do Tesouro Nacional,**
724 publicada por determinação do parágrafo 3º, do artigo 165 da Constituição, está disponível para consulta
725 dos Conselheiros, na íntegra. Dela foram destacadas elementos, considerados relevantes pela
726 Comissão, para apoio à apresentação deste relatório (pág. 7 a 12 do Material de Apoio). – Na página 8
727 (10 da Portaria) está o Balanço Orçamentário da União, com a rolagem da dívida (91 bilhões de
728 31/10/96). A Comissão considera esse demonstrativo mascarado, conforme registro no pé de página do
729 mesmo (Notas, 1), pois apresenta um Orçamento ilusório de 318 bilhões de reais, devido à reincidência
730 de operações contábeis. – Na página 9 (16 da Portaria) o demonstrativo é muito mais consistente, pois
731 exclui as Transferências Intragovernamentais na Receita e os valores da Rolagem da Dívida na Receita
732 e na Despesa. Destacam-se as Receitas de Contribuições (63 bilhões de reais), muito superior à
733 Tributária (43 bilhões), e as Despesas de Juros e Encargos da Dívida Interna (12,2 bilhões) e Externa
734 (4,3 bilhões) e de Amortização da Dívida Interna (1,7 bilhão) e Externa (2,8 bilhões). Há, ainda, uma
735 diferença entre Receitas (146,6 bilhões) e Despesas (133,5 bilhões) de 13,1 bilhões de reais até
736 31/10/96. – Na página 11 (34 da Portaria) está discriminada a composição da Despesa de 15,3 bilhões
737 de reais do Fundo de Estabilização Fiscal – FEF até 31/10/96. – Na página 12 (38 da Portaria) está
738 discriminada a Receita Corrente (120 bilhões) e Despesa com Pessoal (32 bilhões) inferior, portanto, a
739 30% da Receita Corrente. A Constituição de 1988 determinava que a Despesa com Pessoal e Encargos
740 Sociais não poderia ser superior a 65% das Receitas Correntes. Posteriormente, o Congresso Nacional
741 aprovou a Lei Complementar nº 82 de 27/03/95 limitando a Despesa em 60% da Receita Corrente
742 Líquida (Definida na Lei Complementar). Até 31/10/96, a Despesa com Pessoal Civil e Militar, Ativo e
743 Inativo (aposentados e pensionistas) era de 48,76% da Receita Corrente Líquida, sendo possível,
744 portanto um reajuste geral de até 20% sem ultrapassar o limite de 60% estabelecido na Lei
745 Complementar nº 82. **2.6 – Do Documento Análise da Arrecadação das Receitas Federais, outubro**
746 **de 1996,** foram extraídas para apoio ao Relatório os elementos constituídos das páginas 13 a 16,
747 destacando-se: – Na página 13, o crescimento da Receita de 7,6 bilhões de reais (11%), a preços
748 correntes e a diminuição da receita em 400 milhões (0,5%) quando os valores são corrigidos pelo IGP-DI
749 para outubro de 1996. – Na página 14, tabela II, a constatação de que o Imposto sobre Operações
750 Financeiras não chega a 30% do Imposto Retido na Fonte – Rendimentos do Trabalho. – O COFINS
751 (Fonte 153 – FATURAMENTO) e o LUCRO LÍQUIDO (Fonte 151 – CONTRIBUIÇÃO SOCIAL) já
752 ultrapassaram a casa dos 20 bilhões de reais nos 10 primeiros meses de 1996, devendo ultrapassar a
753 casa dos 25 bilhões até 31/12/96. Em 1992 a Receita destas duas fontes ficou em torno dos 5 bilhões,
754 em 1993, 10 bilhões, em 1994, 15 bilhões e em 1995, 21 bilhões. A Receita de Contribuições Sociais
755 incluindo o PIS-PASEP e Contribuição dos Servidores Federais já é superior à Receita Total do
756 IMPOSTO DE RENDA (37% contra 35%). – Na página 15, Tabela IV, o destaque é para a evolução da
757 Receita de Contribuições que no início de 94 situava-se na casa dos 2 bilhões de reais por mês e
758 atualmente está na casa dos 3 bilhões de reais por mês – a preços corrigidos (atualizados) pelo IGP-DI.
759 – Na página 16, tabela V Conversão de Depósitos Judiciais em Renda da União, registra-se que em 95
760 houve uma recuperação de 1,4 bilhões de reais e em 96, uma recuperação de 1,6 bilhões de reais só do
761 COFINS e do LUCRO LÍQUIDO, nos 10 primeiros meses de cada ano. A frustração de receita que
762 penalizou a SAÚDE e a ASSISTÊNCIA SOCIAL em 1992/1993 ajuda a ver um dos pilares da Crise de
763 Financiamento do Setor. À época não havia FSE ou FEF, portanto, se a receita tivesse ocorrido na
764 época certa, seriam desnecessários os empréstimos ao FAT, e o aporte de recursos seria 25% maior, já
765 que só 80% dos valores ficam disponíveis, pois 20% (a quarta parte do disponível) foram direcionados
766 ao Fundo de Estabilização fiscal – FEF em 1996 e ao Fundo Social de Emergência – FSE em 1995. **2.7**
767 **– Do Demonstrativo da Execução Orçamentária da Despesa,** elaborado pela STN/CONED, página
768 17 a 22 do Material de apoio, a Comissão julgou conveniente destacar na apresentação ao Plenário a
769 INTRODUÇÃO, para se ter uma idéia global do documento. – Devido à qualidade da organização dos
770 dados, este documento pode se constituir no SIVIDES, Sistema de Visibilidade da Despesa, tanto para o
771 CNS como para o CNSS. – Na página 22, embora incluídas as operações para a Rolagem da Dívida na
772 Receita 109 bilhões e na Despesa 91 bilhões, merecem destaque: **a)** O baixo crescimento da Receita
773 Tributária de apenas 8,91%. **b)** O excelente desempenho das Receitas de Contribuições, crescimento de
774 37,17%. **c)** O elevado crescimento dos dispêndios com Juros Internos (19,61%), mais que o dobro do
775 crescimento da Despesa com Pessoal, 9,72%. **d)** É curioso que estando os vencimentos congelados

776 desde 01/01/95, registra-se crescimento da despesa de quase 10% (merece pesquisa e análise). **e)**
777 Destaca-se, também, o fato de que Outras Despesas Correntes tenham crescido 23,57% quando na
778 Saúde estão mantidos até 31/10/96 patamares inferiores aos de 1995 e na Educação também. – O
779 documento na íntegra está disponível para consulta dos Conselheiros. **2.8 – Das Principais Planilhas**
780 **de Execução Orçamentária e Financeira** (páginas 23 a 25), usadas pelo CNS para Acompanhamento
781 Orçamentário, destacam-se: – Na página 23, a continuidade do descompasso na Execução
782 Orçamentária e Financeira entre os Órgãos (Unidades Orçamentárias) e entre os sub-itens em cada
783 Órgão. Esse descompasso fica evidenciado na última coluna (SALDO ORÇAMENTÁRIO). Esta Coluna
784 pode ser caracterizada como “**Quanto Maior Pior**”. Destaca-se, ainda, que existe Saldo Orçamentário –
785 Total Geral de 1,5 bilhões de reais e bloqueio de 559 milhões, com ameaça de ser elevado pelo MPO, o
786 bloqueio em mais 586 milhões, reduzindo o saldo orçamentário a 900 milhões. Isso concretizado afetará
787 a Execução/96 com pesados reflexos no Orçamento/97. **Isso também deve ser objeto da análise**
788 **determinada pela Resolução nº 200.** – Na página 24, destaca-se a posição em 29/11/96 do Fluxo de
789 Caixa, 13 bilhões e 185 milhões, dos quais 286 milhões são do Orçamento/95, Restos a Pagar.
790 Ressalta-se que os Restos a Pagar de 1995 eram de quase 800 milhões, portanto, de alguma forma o
791 Orçamento 96 está recebendo uma penalização extra de 500 milhões. Destaca-se, ainda, o valor oriundo
792 do Fundo de Estabilização Fiscal (ex. – FSE, Fonte 199) de 1 bilhão e 940 milhões, até 29/11/96, inferior
793 a 10% do arrecadado até 31/10/96 (19,8 Bilhões de reais). – Na página 25, Fluxo de Caixa de 02/12/96,
794 fica evidenciado que sequer a cota mensal (ração do MS) de 650 milhões foi repassada. **2.9 – Do**
795 **Resultado do Tesouro Nacional** (página 26 a 30) destacam-se: – Na página 27 que existe saldo positivo,
796 tanto em 1995 quanto em 1996 (não se gasta mais do que arrecada) até quando se introduz a Despesa
797 com Juros. Aí o que era superavitário torna-se deficitário. – Na página 28, destaca-se a despesa
798 decrescente com Saúde e crescente com Juros. O dispêndio com juros nesta planilha é 50% maior que
799 com Saúde. – Na página 29, destaca-se a diferença entre Juros-Competência (compromissos do
800 período) e Juros-Caixa (compromissos do período, incluindo competência anterior) de 10 para 13
801 bilhões, respectivamente. Quando se faz a correção pelo IGP-DI, par a preços de outubro de 1996, esta
802 diferença é de 10 (competência) para 14 bilhões (caixa). – Na página 30, está discriminada a
803 composição e a evolução (sic) da Dívida Pública Mobiliária Federal de 86 bilhões em 31/01/96 para 109
804 bilhões em 31/10/96, ou seja 23 bilhões de reais em nove meses. Caso se corrija pelo IGP-DI os valores
805 da Tabela VII, encontram-se os valores da Tabela VIII, que são igualmente alarmantes, crescimento de
806 18 bilhões de reais, descontada o IGP-DI, até 31/10/96. A Comissão pretende incluir entre os
807 documentos que analisa, a partir de 1997, o Boletim do Banco Central, que permitirá uma visão mais
808 ampla da Crise de Financiamento do Setor Público com suas inevitáveis consequências sobre o
809 Financiamento do Setor Saúde. O Boletim do Banco Central permitirá uma melhor visão da Saúde
810 Financeira de Estados e Municípios, que em geral é muito pior do que a da União. **3 – SUGESTÕES AO**
811 **PLENÁRIO: 3.1** – Ratificar a Resolução nº 200, reiterando os procedimentos para que os elementos
812 solicitados estejam disponibilizados para análise da Comissão até dia 04/02/97, quando se realizará sua
813 primeira reunião de 1997 às 10hs, no Plenário do CNS. Nesta data fará balanço das atividades 96 e
814 Plano de Trabalho 97, sendo aberta à participação de todos os Conselheiros. **3.2** – Promover
815 recomposição e substituição de membros da Comissão incorporando-se representante do CONASS,
816 mantendo-se os atuais Coordenador (Prof. Elias) e Sub-Coordenador (Dr. Carlyle). Substituir de imediato
817 o Dr. Mozart pelo Dr. Gilson Carvalho como representante do CONASEMS e a Dra. Maria Angélica pelo
818 Dr. Sérgio Piola como representante do MPO. A participação do ex-Ministro Adib Jatene se fará como
819 convidado especial. **3.3** – Registrar formalmente em ata os agradecimentos da Comissão à
820 Coordenação do Conselho, e aos técnicos em geral por viabilizarem as condições de funcionamento da
821 Comissão e **especialmente** a *D. Ester, Amaral, Rita e Rosa* que tornam possível a apresentação do
822 Relatório com o máximo de atualização. **3.4** – Aprovar o presente Relatório, suas sugestões e
823 encaminhamentos considerando como anexos à ata desta reunião o Relatório, o Material de Apoio, o
824 texto da Resolução nº 200 e as três planilhas encaminhadas pelo Dr. Grilo. Foram dados
825 esclarecimentos durante a apresentação do relatório e ao final. O Plenário aprovou por unanimidade o
826 Relatório e as sugestões e encaminhamentos do mesmo. **ITEM 09 – ANÁLISE DO RELATÓRIO**
827 **SOBRE A AVALIAÇÃO DO CNS** – Conselheiro **Carlyle** referiu-se ao relatório por ele elaborado a partir
828 das discussões promovidas pelo Plenário na 13ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 5 de novembro
829 de 1996. Disse que havia recebido a incumbência de sistematizar os trabalhos, conclusões e propostas
830 resultantes dos debates e que não se deteria no detalhamento do relatório para ganhar tempo e visto
831 que cópias do mesmo encontravam-se nas pastas dos Conselheiros. Passou, então, a ler a proposta de
832 Resolução que dava consequência à avaliação do trabalho do CNS. O Plenário aprovou o texto
833 proposto. Quanto ao item 1 da Resolução – estabelecimento de uma Comissão para preparar uma
834 proposta de Agenda Básica do CNS para 1997 – Conselheiro **Carlyle** propôs os nomes dos
835 Conselheiros *Gilson, Omilton, Zilda, Lucimar, Willian Saad* e mais um representante de entidades

836 médicas e um de entidades de portadores de deficiência e patologia. O Plenário aprovou a sugestão de
837 composição da Comissão, que deverá apresentar a proposta de Agenda na 62ª Reunião Ordinária,
838 prevista para fevereiro de 1997. Com relação ao item 3 da Resolução – estabelecimento de uma
839 Comissão para preparar uma análise da composição atual do CNS e propor sua recomposição –
840 Conselheiro **Carlyle** sugeriu os nomes dos Conselheiros *Armando, Komora, Gilberto, Ferreira, Jocélio,*
841 *Artur, Margareth, Neide e Amorim,* além de um representante do Ministério da Educação. Os nomes
842 foram aprovados pelo Plenário. A Comissão levará em consideração as recomendações das 9ª e 10ª
843 Conferências Nacionais de Saúde e do 1º Encontro Nacional de Conselheiros. O relatório da Comissão
844 deverá estar concluído até 15 de abril de 1998 e sua apreciação pelo Plenário será na reunião de maio
845 do próximo ano. Conselheiro **Carlyle** propôs os nomes dos Conselheiros *Gilson, Piola, Paulo César,*
846 *Gastão e Mozart,* para comporem o Grupo de Trabalho previsto no item 5 da Resolução. O GT terá a
847 incumbência de analisar e discutir com o Ministério da Saúde e o Ministério da Administração e Reforma
848 do Estado – MARE e outras instâncias pertinentes as reforma e suas relações com a Saúde e o SUS. O
849 GT vai informar ao Plenário sobre as características da reforma e o impacto na política de saúde e na
850 organização e gestão do SUS. O GT terá 120 (cento e vinte) dias para concluir o seu trabalho. Na
851 mesma Resolução, o Plenário decidiu modificar o Regimento Interno do CNS em seus Artigos 14,
852 parágrafo 2º, e 31, Inciso IV, que passam a vigorar com as seguintes redações: Art. 14, parágrafo 2º - O
853 Plenário será presidido pelo Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Ministro de Estado da Saúde,
854 ou, na ausência deste, pelo seu substituto legal, o Secretário Executivo do Ministério. Na ausência de
855 ambos, pelo(s) Conselheiro(s) eleito(s) pelo Plenário. Art. 31, Inciso IV – Secretariar as reuniões do
856 Plenário e promover medidas destinadas ao cumprimento de suas decisões. **ITEM 10 – PROPOSTA DE**
857 **REFORMULAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – CICT.** Dra.
858 **Marília Bernardes Marques,** pesquisadora da FIOCRUZ, iniciou sua apresentação discorrendo sobre
859 as disposições do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde no tocante as Comissões
860 Intersectoriais, constituídas por força do Art. 12, da Lei nº 8.080/90, com a finalidade de articular políticas
861 e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolvia áreas não integralmente compreendidas
862 no âmbito do SUS. Afirmou que a CICT pertencia àquelas comissões, tendo funcionado até o final de
863 1995 e, desde então, suas atividades haviam sido interrompidas, no conjunto do processo de revisão
864 das comissões, estabelecido pelo CNS. Nesse ínterim, alguns membros da CICT foram designados para
865 compor o Grupo Executivo de Trabalho – GET (Resolução CNS nº 170/95), na revisão e atualização da
866 Resolução CNS nº 01/88, sobre pesquisas em seres humanos, resultando a Resolução nº 196/96. Este
867 grupo estaria agora trabalhando na divulgação e implantação da resolução, desenvolvendo as
868 atribuições da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa até à sua criação, prevista para abril/1997.
869 Tendo em vista a previsão do encerramento das atividades do GET, Dra. **Marília** informou ter
870 encaminhado ofício a Dra. **Fabíola,** Coordenadora do CNS, argumentando a necessidade de se incluir,
871 na pauta da reunião do CNS, proposta de reformulação da Comissão Intersectorial de Ciência e
872 Tecnologia – CICT. Atendida em sua solicitação, descreveu as experiências do Brasil na área de
873 pesquisa em saúde como por exemplo, na pesquisa biomédica e epidemiológica, na produção industrial
874 de vacinas, de reativos para diagnóstico, etc. e a referência de alta tecnologia desenvolvida no campo da
875 Engenharia Genética e da Biologia Molecular. Solicitou ao Plenário para que desse continuidade a esse
876 processo, cujo êxito teve a participação e sábia decisão do CNS. Considerou que, através da CICT, se
877 pretendia o retorno das discussões de questões estratégicas que precisariam ser mais aprofundadas.
878 A seguir, apresentou a proposta de reformulação da CICT, mantendo a composição anterior
879 incorporando, em parte a recomendação da Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia, sobretudo no
880 tocante a inclusão de áreas técnicas e dos Institutos de Pesquisa do Ministério da Saúde. Expressou
881 que gostaria de apresentar a recomendação completa mas, em discussões anteriores, a mesma não
882 havia sido aprovada. Sua proposta foi a seguinte: **Representação do Sistema Único de Saúde –**
883 **Coordenação Geral de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CGDCT, Divisão de Normas**
884 **Técnicas – SAS e Instituto de Pesquisa em Saúde Pública (FIOCRUZ, Instituto Evandro Chagas –**
885 **Belém, Instituto Nacional do Câncer e Instituto Adolfo Lutz – São Paulo); Representação do Ministério**
886 **da Ciência e Tecnologia – CNPq e FINEP; Representação do Setor do Ministério da Educação –**
887 **CAPES E Universidades (COPPE/UFRJ); Representação do Setor Privado – ABIMO, FIESP e CNI;**
888 **Representação das Entidades de Ciência e Tecnologia da Sociedade Civil – ABRASCO e**
889 **Academia Brasileira de Ciências.** Esta última estaria substituindo a Sociedade Brasileira para o
890 Progresso da Ciência (SBPC) porque, atualmente, a pesquisa biomédica é fundamentalmente
891 trabalhada dentro da Academia mas, poderia se ver a possibilidade de ambas se alternarem na CICT.
892 Com relação aos Institutos de Pesquisa, enfatizou a sua importância, destacando o Adolfo Lutz, de alta
893 tecnologia biomédica, que participou do reconhecimento de quatro novas doenças infecciosas.
894 Conselheiro **Amorim** colocou o assunto em discussão. Conselheiro **Jocélio** argumentou que uma
895 comissão com as características apresentadas cumprirá exclusivamente caráter técnico, o que já foi

896 objeto de muita discussão na composição anterior. Estaria fora do espírito da Comissão Intersetorial pois
897 representava, simultaneamente, os órgãos governamentais envolvidos no assunto e uma representação da
898 sociedade de maneira bastante equilibrada. Sugeriu se fazer proposta de alteração da composição
899 apresentada, com órgãos que dessem uma conotação mais popular à comissão, embora a ABRASCO
900 se aproximasse daquela característica. Solicitou incluir uma representação sindical indicando a CUT.
901 Propôs que excluísse a ABIMO e a FIESP da representatividade do setor privado, deixando apenas a
902 CNI que já englobava as outras duas. Conselheira **Zilda Arns** concordou, a princípio, com uma
903 comissão técnica nessa primeira fase e quanto a parte política, o CNS poderia decidir. Ressaltou que o
904 número de quinze membros na comissão deveria ser revisto, pois apesar da importância das entidades
905 apresentadas no Regimento Interno o CNS determina onze membros. Propôs o cumprimento do
906 regimento e, que as entidades excedentes, fossem convidadas pela CICT de acordo com o assunto a
907 ser analisado. Conselheira **Lucimar** enfatizou a importância da CICT para o Sistema de Saúde, em
908 colaborar também na revisão da política de alocação tecnológica no SUS, para que se tenha maior custo
909 benefício dessa tecnologia de alto custo. Quanto a sua composição, retiraria Universidades, pois a
910 CAPES é o órgão de fomento do Ministério da Educação. Na vigência do que estivesse sendo discutido,
911 a comissão convidaria a universidade ou o profissional que liderasse o assunto no momento. Dra. **Lúcia**
912 **Figueiredo**, Coordenadora Geral Substituta do CNS, citou exemplos do funcionamento de outras
913 comissões do CNS a fim de que se chegasse a um entendimento. Conselheiro **Omilton** questionou as
914 colocações do Conselheiro **Jocélio**. Discordando que o assunto fosse discutido da maneira simplificada
915 como foi apresentado, não aceitando a exclusão de outras entidades sem que se saiba a razão.
916 Recusou-se a votar a composição da CICT naquele momento, pois o processo não estava transparente.
917 Conselheira **Regina** discordou do Conselheiro **Omilton** propondo que se passasse ao processo de
918 votação. Conselheiro **Artur** concordou com a posição da Conselheira **Regina** lembrando que a pauta
919 fora encaminhada antecipadamente, havendo tempo para as entidades se posicionarem. Conselheiro
920 **Carlos Eduardo** observou que, dada a importância do assunto, não havia quórum qualificado para
921 votação. Sugeriu distribuir a proposta da CICT para posterior votação. Conselheiro **Carlyle** manifestou
922 ter opinião diferente com respeito ao assunto, preferindo não colocá-la. Com relação à posição do
923 Conselheiro **Carlos Eduardo**, disse que foi levantada uma questão de ordem e se a mesma não fosse
924 retirada, não se poderia votar. Conselheira **Lucimar** justificou a ausência do Conselheiro **Gilson**
925 **Cantarino** e outros que estavam trabalhando numa resolução, tendo-lhe incumbido de chamá-los caso
926 ocorresse algum impasse. Conselheiro **Amorim** anunciou o retorno dos Conselheiros citados e solicitou
927 a Dra. **Marília** que apresentasse a proposta resultante das discussões para a composição da CICT. A
928 CGDCT e a SAS continuariam a fazer parte como convidados permanentes não sendo incluídas nas
929 onze vagas estabelecidas no Regimento Interno. Conselheira **Lucimar** questionou esta posição dizendo
930 que a CGDCT-MS, é membro efetivo convidado. Conselheiro **Omilton** anunciou que este assunto tinha
931 que ser democratizado e que o CNS deveria ser ouvido antes sobre a representação pois, naquele
932 momento, não sabia quem a Dra. **Marília** estava representando, nem por quem foi nomeada embora
933 tivesse respeito à sua pessoa. Dra. **Marília** informou ter comparecido na condição de uma pessoa que
934 tem autoridade moral como pesquisadora e como ex-coordenadora da CICT, desde o momento que foi
935 reativada. Conselheira **Neide Barriguelli** fez um protesto, por mais uma vez o usuário portador de
936 patologia ou deficiência ter sido esquecido. Referiu que, pela Constituição, eles seriam 50% de todos os
937 Conselhos. Manifestou-se cansada das comissões de alta especialidade e de pessoas muito qualificadas
938 que não consideram o usuário. Conselheiro **Amorim** fez um apelo, em nome da Coordenação da Mesa,
939 para que fosse encontrada uma solução e dar continuidade a pauta da reunião pois já havia convidados
940 esperando. Colocada em votação se a decisão de reformular a CICT ocorreria naquele momento ou na
941 reunião de fevereiro/97, ganhando a primeira proposição. Em seguida foi colocada em votação a última
942 composição exposta pela Dra. **Marília**, havendo substituição da Academia Brasileira de Ciências pela
943 representação dos Usuários Portador de Patologia ou Deficiência. Conselheiro **Gilberto Chaves** fez
944 algumas colocações e propôs que a representação dos profissionais de saúde fosse também incluída e
945 o assunto discutido com mais calma. Dra. **Marília** solicitou retirar a proposta, porém, Conselheiro
946 **Gastão** disse não ser possível pois ela já estava na mesa, existindo uma resolução de ser votada
947 naquele dia. Portanto, a deliberação caberia ao Conselho. Conselheira **Regina** *solicitou registrar em ata*
948 *a forma de comportamento dos Conselheiros de inviabilizarem as votações ou seja, quando existe*
949 *conveniência votam aquilo que os interessa e, no momento em que o assunto não é de interesse ou que*
950 *tem a premissa de colocar em votação e perder uma proposta, o Conselheiro se ausenta do Plenário.*
951 *Informou que a solicitação de deixar registrado em ata é para que os Conselheiros possam ter*
952 *amadurecimento de saber votar as propostas.* Conselheiro **Gastão** reiterou o pedido da Conselheira
953 **Regina**. Surgiram novas discussões e colocações com relação a quórum ao que, o Conselheiro
954 **Jocélio** sugeriu se respeitar as últimas decisões e concluírem o processo, deixando para a reunião de
955 fevereiro a revisão da comissão, quando poderá haver substituições. Dra. **Marília**, obedecendo ao número

956 de membros estabelecido pelo Regimento Interno do CNS, reapresentou a composição da seguinte
957 forma: FIOCRUZ, Instituto Evandro Chagas, Instituto Nacional do Câncer, Instituto Adolfo Lutz, CNPq,
958 FINEP, CAPES, COPPE/UFRJ, CNI, CUT e Usuários Portador de Patologia e Deficiência. Expressou
959 não aceitar a ausência de entidades importantes como a ABRASCO e Academia Brasileira de Ciências,
960 na comissão da CICT. Conselheiros **Lucimar** e **Carlyle** pediram vistas da reformulação da CICT, a fim
961 de fazer propostas para a próxima reunião. Conselheiro **Gilson Cantarino** salientou que o CNS teria
962 que tentar ser consensual pois estava sendo usado casuísmo na condução daquelas questões.
963 Questionou sobre o pedido de vistas de uma matéria já deliberada, ser votada. Conselheiro **Carlyle**
964 esclareceu que, regimentalmente, seria possível pois a matéria ainda não tinha sido votada. **ANÁLISE**
965 **DE PARECER SOBRE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – UFES.** A
966 seguir, a Dra. **Marília** procedeu à leitura de parecer sobre a pesquisa “Estudo duplo cego de dois grupos
967 paralelos, para avaliar duas doses (500mg VS 1.000mg) de _____ em indivíduos com esporotricose
968 cutânea ou linfocutânea, durante período de tratamento de até 6 meses no máximo, com segmento de 6
969 meses”. A análise baseou-se nas informações financeiras enviadas, em atenção à deliberação do CNS
970 através do ofício nº 470/CG/CNS/SE/MS. O parecer recomendou ao interessado a introdução de
971 mecanismo de financiamento alternativo adequado a uma pesquisa institucional, por exemplo, um “grant”
972 de pesquisa, para que a mesma seja desenvolvida. Submetido ao Plenário, foi aprovado por
973 unanimidade. **ITEM 11 – QUESTÕES RELACIONADAS COM A 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE**
974 **SAÚDE – Dr. Nelson dos Santos** apresentou aos Conselheiros, um documento preliminar com as
975 principais propostas e recomendações da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que poderiam ser objeto
976 de encaminhamento por parte do Plenário do CNS. Registrou que o relatório final, em elaboração pela
977 comissão redatora da Conferência, seria encaminhado para residência dos Conselheiros, no mês de
978 janeiro, ou apresentado na próxima reunião do CNS. Informou a realização dia 19 de novembro passado
979 da Plenária de Conselhos de Saúde, conforme aprovado em moção da 10ª Conferência e pelo Plenário
980 do CNS. O evento que tinha por finalidade equacionar algumas pendências da plenária final da 10ª
981 Conferência, contou com a participação de Conselheiros representantes de Conselhos Estaduais,
982 Municipais e do Conselho Nacional de Saúde. Dr. **Nelson** apresentou proposta aprovada naquele
983 evento, no sentido que os Conselheiros **Gilson Cantarino, Komora** e **Jocélio** que haviam sido
984 designados pelo CNS para coordenação da Plenária de Conselheiros, assumissem o encargo de realizar
985 os contatos necessários para elaborar uma proposta de estabelecimento de mecanismos permanentes
986 de intercâmbio entre Conselhos de Saúde, que seria submetida ao Plenário do CNS, na próxima
987 reunião. Proposta aprovada pelo Plenário. Em continuidade ao tema, Conselheira **Margareth** destacou
988 que na reunião anterior o CNS, ao tratar do tema “10ª Conferência”, decidiu que alguns Conselheiros
989 fariam análise das moções aprovadas que deveriam ser objeto de posicionamento por parte do
990 Conselho. Apresentou exposição analítica sobre o tema da moção “Exigências para uma Vigilância
991 Sanitária a Serviço do Cidadão”, cujo parecer foi distribuído aos Conselheiros (anexo a esta ata). Teceu
992 considerações sobre os pontos da moção que gerariam encaminhamentos por parte do CNS, tais como,
993 solicitações de: transparência das ações de informação no campo da Vigilância Sanitária; reintegração
994 de entidades científicas e de defesa do consumidor (Instituto de Defesa do Consumidor – IDEC e
995 Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – SOBRAVIME), que haviam sido excluídas do
996 órgão de assessoramento sobre medicamentos do Ministério da Saúde; transparência das discussões
997 referentes a reforma administrativa da Vigilância Sanitária. Destacou, também, as seguintes proposições
998 apresentadas na moção: **1)** Convocação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; **2)**
999 discussão em nível do CNS de qualquer proposta visando a criação de uma agenda autônoma de
1000 Vigilância Sanitária e publicação no diário oficial dos resultados daquelas discussões, para que a
1001 exemplo do processo de elaboração da NOB/01/96, fosse de amplo conhecimento público com
1002 incorporação de contribuições; **3)** ampliação das fontes de financiamento da Vigilância Sanitária, por
1003 aumento das dotações orçamentárias e por reajuste substantivo das taxas públicas específicas
1004 cobradas, captadas e utilizadas pela Vigilância Sanitária; necessidade de formalização da rede oficial de
1005 laboratórios de Saúde Pública no país. Conselheiro **Carlyle** chamou atenção para delicadeza da questão
1006 que envolve o caráter público da Vigilância Sanitária e a preservação do direito a privacidade e proteção
1007 dos processos de produção. Considerou correto o princípio de participação da sociedade nos órgãos
1008 deliberativos da Vigilância Sanitária, conforme proposto na moção, porém, propôs que fosse ouvido o
1009 Ministério da Saúde, para que se esclarecessem as razões de sua decisão de excluir as entidades
1010 citadas. Conselheiro **Jocélio** relembrou que o IDEC e SOBRAVIME são entidades referências para a
1011 sociedade, inclusive, já tendo a SOBRAVIME representado a Sociedade Civil no CNS. Solicitou constar
1012 em ata que pairava uma suspeita a ser esclarecida, de que o afastamento daquelas entidades poderia
1013 significar convivência do Ministério da Saúde com a indústria farmacêutica. Considerou da maior
1014 importância o esclarecimento da questão. Conselheira **Margareth** ponderou sobre as formas de
1015 encaminhar os pontos que necessitavam de maiores esclarecimentos. Sugeriu que o IDEC e a

1016 SOBRAVIME fosse também ouvidas pelo CNS. Conselheira **Lucimar** comprometeu-se a buscar no
1017 âmbito do Ministério da Saúde os esclarecimentos necessários. Após considerações, foi decidido que o
1018 assunto fosse pautado para próxima reunião, com o parecer e a presença do Ministério da Saúde e das
1019 entidades envolvidas. **ITEM 13 – ORGANIZAÇÕES SOCIAIS AUTÔNOMAS – APRESENTAÇÃO DO**
1020 **CONSELHEIRO GILSON CANTARINO E CONSELHEIRO SÉRGIO PIOLA** – Conselheiro **Piola**
1021 distribuiu informe escrito aos membros do CNS, sobre Anteprojeto de Lei sobre organizações sociais e
1022 proposta de Medida Provisória de extinção do Hospital Infantil Presidente Vargas e a sua transformação
1023 em Organização Social apresentado os pontos principais do relatório. Referiu-se ao Ofício nº 476/96, de
1024 09/10/96, do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, solicitando pronunciamento
1025 do CNS sobre o assunto. Apresentou análise dos documentos do Ministério da Administração e Reforma
1026 do Estado e as seguintes conclusões: **1)** a necessidade de se conferir maior autonomia administrativa às
1027 unidades públicas, sendo a proposta de transformá-las em Organizações Sociais uma das tantas
1028 alternativas, não se tendo certeza que seja a mais adequada; **2)** a proposta tem como objetivo velado a
1029 redução do “*tamanho*” do Estado e propiciar a venda de serviços fora do SUS e assim conseguir
1030 recursos complementares; **3)** podem surgir outros problemas como a perda da articulação dessas
1031 unidades com os sistemas locais de saúde onde operam, como ocorreu com a Associação Pioneiras
1032 Sociais; **4)** as propostas de autonomização e de contratos de gestão deveriam ser discutidas e
1033 encaminhadas pelas Comissões Intergestores locais e avaliadas pelo Conselho de Saúde
1034 correspondente; **5)** não está assegurada a legitimidade da representação da Sociedade Civil nos
1035 Conselhos Administrativos das Organizações Sociais; **6)** a possibilidade de venda de serviços para
1036 clientes particulares ou para Seguradoras e Planos de Saúde poderá criar dentro das unidades do SUS,
1037 ainda que então públicas não estatais, uma discriminação da clientela. Reforçou que estas questões
1038 demonstram a necessidade de um debate mais amplo, dentro do setor, e de suas implicações para o
1039 SUS, com interlocutores capazes de perceber suas especificidades, e que o CNS deveria solicitar maior
1040 espaço para a discussão da proposta, antes da tomada de medidas unilaterais por parte do Poder
1041 Executivo. O Conselheiro **Gilson Cantarino** apresentou a seguir seu relatório, também distribuído a
1042 todos os Conselheiros, sobre o Anteprojeto de Lei, originado do Poder Executivo com a chancela do
1043 Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE, relativo à transformação de hospitais
1044 públicos e outras entidades integrantes do SUS em entidades de direito privado, na categoria de
1045 “*Serviços Sociais Autônomos*”. Discorreu sobre referências legais de Serviços Sociais Autônomos em
1046 bibliografia brasileira. Referiu também ter levado sua preocupação à reunião da Tripartite, depois de ser
1047 informado que o MARE já tinha listagem de instituições a serem transformadas e que o Ministério da
1048 Saúde e a SAS – Secretaria de Assistência à Saúde não divulgaram ou referiram não ter conhecimento.
1049 Do inicialmente exposto, concluiu: **1)** A Organização Social se afigura como uma entidade pública não
1050 estatal, com personalidade jurídica de direito privado, autônoma financeira e administrativamente,
1051 podendo receber recursos originários de prestação de serviços, doações, legados, financiamento, etc. **2)**
1052 Terá como órgãos de direção e deliberação superior o Conselho Curador e a Diretoria e o contrato de
1053 gestão será o instrumento que irá definir as atribuições, responsabilidades e obrigações entre o Poder
1054 Público e a Organização Social. **3)** Os servidores públicos em exercício em instituições que forem
1055 transformadas em Organização Social terão assegurados seus direitos decorrentes do regime jurídico a
1056 que estejam submetidos e serão cedidos. A admissão de novos recursos humanos será exclusivamente
1057 sob o regime da CLT, o que se justifica por tratar-se de pessoa jurídica de direito privado, ficando a
1058 instituição com dois quadros de servidores, um estatutário e um celetista. **4)** Por receber recursos da
1059 União, ficará sujeita também ao Tribunal de Contas da União, portanto, não responderia a maior
1060 agilidade processual. Finalizou realçando que a instituição de organização social prenuncia a
1061 desestatização mediante delegação de funções administrativas públicas para que sejam executadas por
1062 outras entidades que não o próprio Estado, e reafirmou a análise de Guido Ivan de Carvalho e Lenir
1063 Santos: “*Aqui vale também dizer, de duas uma: ou os serviços são públicos (controle, fiscalização,*
1064 *normalização geral, assistência técnica, etc.) e não podem ser delegados a entidades privadas (a quem*
1065 *falta “jus imperii”) ou eles não são privativos da administração e, nesse caso, não precisaria o Poder*
1066 *Público criar uma entidade para executá-los, bastando, deixar à iniciativa privada*”. Assim submeteu o
1067 relatório a apreciação do Conselho. Comentou ainda que a proposta busca um sistema semelhante ao
1068 sistema francês e canadense, que no entanto têm regulamentação completa, inclusive quanto à
1069 alocação de recursos técnicos (unidades assistenciais, tomógrafos, etc.) tendo deixado as seguintes
1070 perguntas: a realidade brasileira permitiria uma regulamentação ampla desta forma? o Estado honraria
1071 os compromissos orçamentários? Citou o Programa Médio de Família de Niterói, que tem convênio com
1072 associação de moradores, como um modelo estatal mas não público, viável já no contexto do SUS.
1073 Também se referiu a hospitais tipo fundação de direito público, mantidos com recursos do SUS e
1074 complementação da Prefeitura, sendo possível gerá-los sem cobrar absolutamente nada dos usuários.
1075 Encerrou dizendo que, quanto às Organizações Sociais, podemos estar criando algo que não vai dar

1076 conta dos objetivos, a não ser a questão de poder cobrar e poder contratar sem concurso público,
1077 passando ao largo da estabilidade do servidor público. A saída seria reformular a legislação necessária
1078 para agilizar a gestão, por exemplo na questão das licitações e aplicá-la corretamente para moralizar o
1079 sistema público. Aberto o debate após as duas apresentações, o Conselheiro **Carlos Eduardo** propôs
1080 convidar o Ministro do MARE para trazer sua visão, diante da complexidade do tema. Conselheiro
1081 **Jocélio** comentou terem sido os relatórios técnicos e moderados. Referiu que o Ministério da Saúde
1082 vem participando das discussões sem trazer a informação ao Conselho. Sugeriu perguntar à SAS.
1083 Acrescentou ser a Medida Provisória uma ditadura da caneta, tendo sido assinada por sete ministros,
1084 nenhum deles da área social. A proposta trata como autonomia o estabelecimento de concorrência na
1085 área de saúde, lógica das organizações privadas, o que significaria a extinção do SUS, sem equidade,
1086 universalidade e gratuidade. Conclamou para a participação em Audiência Pública na Comissão de
1087 Seguridade Social da Câmara dos Deputados, no dia 11/12/96, formando uma Comissão do CNS,
1088 quando se poderá ver o que é que se pretende para a área da saúde. Conselheiro **Gilson Cantarino**
1089 referiu que seu parecer foi feito em outubro, com poucas informações do MARE, e que tem a mesma
1090 visão, de que esta proposta rompe com o Sistema de Saúde, pulverizando as responsabilidades,
1091 Conselheiro **Piola** reforçou que a questão seria como manter a articulação entre as unidades autônomas
1092 para que o gestor local pudesse definir as prioridades. A responsabilidade do Estado pela saúde deveria
1093 ser mantida mesmo que a prestação de serviços não fosse sua atribuição direta, mas respondendo às
1094 diretrizes de equidade e universalidade. Conselheiro **Nassif** relatou participação da AMB na Assembléia
1095 Constituinte, em 1988, defendendo a inclusão da palavra “*público*” no texto: ... as ações de saúde
1096 constituem com Sistema de Saúde Público, no sentido de unificar o sistema, tendo defendido também
1097 uma composição inteligente entre o que o Estado pode fazer e o que pode ser complementado pela área
1098 privada. Defendeu a parceria da Sociedade Civil organizada com os órgãos públicos para participar de
1099 Coordenação do Sistema de Saúde. Exemplificou que existem incentivos fiscais para áreas como a
1100 cultura e não para a saúde, que empresas poderiam adotar um hospital, o que não é possível hoje. Citou
1101 a frase “*Pode-se fazer grandes coisas sem estar acima dos homens, basta estar com eles*” e referiu que
1102 foram discutidas do CNS propostas dos planos de saúde para 35 milhões de habitantes e não foram
1103 discutidas propostas para os 80 milhões que não podem pagar pela saúde, realçando que para os
1104 pacientes particulares não haveria necessidade de nenhuma proposta. Concluiu dizendo que a
1105 participação da sociedade civil é essencial e que o governo não pode resolver tudo sozinho. Conselheiro
1106 **Amorim** citou experiências de participação da sociedade civil na gestão da saúde, a de Nova Friburgo,
1107 que foi desastrosa, a de Barbacena, com excelente resultado e a de Mossoró, que na verdade não se
1108 concretizou. Conselheiro **Omiton** referiu-se à preocupação do Conselho Nacional da Indústria com a
1109 saúde do trabalhador, dizendo que com a contenção de preços dos convênios houve queda da qualidade
1110 dos serviços e centralização do atendimento. Com isso o empregado é obrigado a deslocar-se, levando
1111 a perda de dias de trabalho e queda na produtividade. Concluiu pela necessidade de definições de
1112 propostas, com uma política de interação com a indústria e os sindicatos, como em experiências
1113 organizadas pela indústria, por exemplo a de Araras, com atendimento global de qualidade, com metade
1114 dos custos dos planos de saúde. Conselheiro **Carlyle** manifestou-se considerando a relevância do
1115 assunto dentro da política de saúde, com implicações profundas na organização do sistema assistencial,
1116 sendo que nenhuma medida de ordem administrativa como essa poderia ser analisada fora do contexto –
1117 o sistema de saúde e a responsabilidade do Estado de assegurar a assistência à população,
1118 principalmente aos mais carentes. Três fatores deveriam ser considerados: **1)** a extrema desigualdade
1119 social, com uma parte importante da população sem condições fundamentais de assegurar a
1120 sobrevivência (doença), e que o Estado tem função precípua de defender; **2)** bens e serviços públicos de
1121 saúde: os benefícios do sistema de saúde transcendem a assistência e não podem ser tratados como
1122 bens privados nem bens de mercado. Exigem outro posicionamento do Estado para assegurar que
1123 possam funcionar de maneira adequada; **3)** a característica dos mercados em assistência à saúde, com
1124 deformações e assimetrias de informação entre demandantes e provedores, fazendo com que a
1125 demanda seja definida por aqueles que prestam serviço, anomalia que deve ser regulada pelo Estado.
1126 Implicaria em acompanhar como se deve prestar o serviço, devendo esta ser a base para a discussão
1127 da responsabilidade do Estado, o que não vem sendo feito. Assim as organizações autônomas poderiam
1128 ser consideradas, desde que atendessem a requisitos que não estão contemplados na proposta do
1129 MARE. Acrescentou que a busca da autonomia não pode ser na direção da busca exclusiva da
1130 eficiência, mas da eficácia social do sistema. Propôs, ao final, que o CNS, conhecendo as propostas da
1131 Reforma Administrativa e reconhecendo a necessidade de buscar a autonomia para aumentar a
1132 eficiência a serviço da eficácia do Sistema de Saúde, solicitasse ao Governo que suspendesse a
1133 tramitação dessas medidas até que o CNS se manifestasse, por um prazo de 6 (seis) meses e,
1134 solicitasse ao MARE que apoiasse as discussões no CNS para melhor análise do assunto. Conselheiro
1135 **Nassif** manifestou-se assustado pela situação trágica e urgente: a população brasileira quer saber

1136 quando vai entrar no Sistema de Saúde, ser bem atendida e sair satisfeita, não importando de onde vem
1137 o recurso. O Governo precisa dizer de que lado está, pois salva os bancos, agora os estados, porque
1138 não poderia haver uma precatória para a saúde? Referiu que o Hospital das Clínicas do Paraná está
1139 fazendo bailes para angariar recursos e continuar atendendo. Finalizou conclamando a exigir um
1140 posicionamento do Governo. Conselheiro **Piola** manifestou-se considerando interessante a questão dos
1141 incentivos fiscais, acrescentando que o desconto no Imposto de Renda de despesas com saúde
1142 caracteriza uma apropriação individual, faltando um incentivo mais coletivo, corrigindo este incentivo às
1143 avessas. Apoiou a proposta encaminhada pelo Conselheiro Carlyle, chamando a atenção entre a
1144 possível incompatibilidade entre eficiência de uma unidade e eficácia do sistema, sendo papel do Estado
1145 o apoio a ações que a iniciativa privada não desenvolve. Conselheiro **Gilson** ressaltou que o Governo
1146 estaria considerando o SUS como fracassado e buscando fugir das responsabilidades da Constituição,
1147 parecendo querer se desobrigar do peso da administração, sob pressão do grupo de Washington, com
1148 visão mercadológica neoliberal. Acrescentou que o CONASEMS ainda não discutiu aprofundadamente o
1149 assunto e que estará na Audiência do dia 11/12 defendendo estas posições e principalmente a equidade.
1150 Sugeriu enviar ao MARE estas preocupações, pontuando algumas questões consensuais como a
1151 atomização do sistema. Conselheiro **Jocélio** relembrou estarmos saindo de uma Conferência Nacional
1152 de Saúde, com proposta de implantar o SUS e definir recursos e, de repente, o CNS abre a questão de
1153 que reformar é possível, o que seria insustentável para alguns segmentos aqui representados.
1154 Conselheiro **Piola** manifestou-se concordando que a reforma seria a melhor maneira de implantar o
1155 SUS, dizendo da importância da discussão sobre a autonomização. Conselheira **Lucimar** informou
1156 sobre rodada de discussões entre MS e MARE, ainda sem documentos finais de posicionamento.
1157 Conselheira **Neide Barriguelli** insistiu na solicitação de posicionamento do próprio MS que, estando em
1158 negociações, não tem colocado o assunto no CNS. Ao final das discussões foi proposto que três
1159 conselheiros se reunissem para formular uma única proposta, tendo sido por fim delegado ao
1160 Conselheiro Gilson a tarefa de mediar as questões e elaborar uma resolução. Foram ainda designadas
1161 as pessoas para a Audiência do dia 12/11: Conselheiros *Gilson Komora, Jocélio, Piola, Gastão, Mozart e*
1162 *Paulo*. **ITEM 14 – REGULAMENTAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIA** – Dr. **Luiz**
1163 **Carlos Romero**, Consultor do Senado, relator do tema, esclareceu que a posição trazida por ele ao
1164 Plenário seria posição institucional. Historiou sobre as diversas denominações dadas a categoria
1165 anteriormente chamados de Agentes em Saúde, Agentes de Saúde Pública, Agentes Comunitários de
1166 Saúde e a partir do ano passado tem sido adotado o nome de Agentes de Saúde Comunitária. Definiu
1167 que “consiste na utilização de recursos humanos da comunidade que são recrutados e utilizados para
1168 extensão de cobertura de ações básicas de saúde, de complementação às ações e serviços
1169 institucionalizados ou na maioria das vezes em substituição a esses serviços, especialmente em regiões
1170 carentes onde não há condição de fixar serviços ou profissionais de saúde”. Relatou que a experiência
1171 foi introduzida há mais de 20 anos pela UNICEF, no atendimento à serviços básicos nas áreas de
1172 materno-infantil e saúde familiar. Citou características fundamentais em comum no mundo, como sendo:
1173 **1) São recursos humanos da comunidade; 2) voluntariado e remuneração** – em quase todos os
1174 países do mundo com exceção da Índia, onde são remunerados/procedimento realizado e do Brasil,
1175 onde são geralmente selecionados, recrutados e ligados a um centro de saúde; **3) Autonomia** –
1176 informou que existe dois extremos: de um lado realizam ações padronizadas, e de outro na Argentina,
1177 eles apenas detectam os casos e referenciam à uma unidade; **4) Supervisão** – no Brasil os Enfermeiros
1178 assumiram o treinamento e supervisão, quanto aos demais países o relator não obteve informações; **5)**
1179 **Escolaridade** – em torno de 30% dos agentes no Brasil não possuem o 4º ano primário; e **6)**
1180 **Treinamento** – possuem carga horária e currículo diferentes. Comentou sobre as várias propostas de
1181 regulamentação apresentadas ao Congresso e sobre a Lei 6.433/77 que criou o grupo de Saúde Pública
1182 a qual inclui os Agentes de Saúde Pública, os conhecidos “guardas da SUCAM”. Posicionou-se contrário
1183 que a questão, seja resolvida através de legislação Federal. A seguir foi dada a palavra a Dra. **Maria**
1184 **José**, da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN-Nacional, presente no Plenário, que comentou
1185 sobre a qualificação profissional, sobre as propostas do Ministério da Saúde em formar o Técnico em
1186 Vigilância Sanitária e Epidemiológica e o Auxiliar de Enfermagem para rede básica do SUS. Comentou
1187 sobre a carência de profissionais de nível auxiliar no país e de recursos orçamentários para treinamento
1188 de pessoal de nível médio, solicitando ao CNS que venha a intervir nesta área objetivando melhorar a
1189 qualidade do atendimento prestado à população. Conselheiro **Carlyle** comentou sobre as diversas
1190 experiências na Venezuela, França e em outros países referindo-se ao livro “Onde não há Doutor”.
1191 Comentou sobre a importância da Enfermagem no serviço de saúde e que a mesma teria melhor
1192 qualificação dentre as demais profissões para supervisionar essas ações. Posicionou-se que não seria o
1193 momento de aprovar um Projeto de Lei de Regulamentação dos Agentes Comunitários de Saúde.
1194 Conselheiro **Sabino** referiu-se ao Encontro Nacional dos Agentes de Saúde, e a existência de
1195 associações municipais, o incentivo do governo na formação de cooperativas, a preocupação em

1196 esclarecer a situação e a necessidade de posicionamento deste Colegiado. Sugeriu a formação de uma
1197 comissão para maior aprofundamento da questão. Conselheiro **Gilson** entrevistou, informando que segundo
1198 dados de 1994 a carga horária adotada, em média, na capacitação dos agentes foi de 45.7 horas,
1199 registrando que em Niterói as ações são desenvolvidas por auxiliares de Enfermagem. Quanto a
1200 proposta de regulamentação concluiu que: “não se deve transformar estes agentes em uma profissão,
1201 muito embora não tenha sido seguido por questões políticas”. Solicitou manifestação deste Conselho a
1202 respeito da questão. Conselheira **Lucimar** destacou o Agente de Saúde, não como um profissional de
1203 saúde, mas como agente de mudança de comportamento na comunidade, que o baixo nível de
1204 escolaridade reflete a situação educacional do país e que a supervisão e o treinamento são de
1205 responsabilidade de quem os contrata. Lamentou a carência de uma estrutura de medicina comunitária
1206 no país, posicionando-se pelo incentivo às ações dos agentes de saúde com melhor qualidade.
1207 Considerou que o CONASEMS deveria ser envolvido na resolutividade da questão. Conselheira **Regina**
1208 posicionou-se quanto a não regulamentação da atividade, como profissão. Conselheiro **Paulo César**
1209 levantou questionamentos quanto ao aspecto legal, destacando o modelo de Niterói relatado pelo
1210 Conselheiro **Gilson**. Dr. **Romero** entrevistou informando da existência de dois Projetos de Lei em
1211 tramitação no Congresso, prontos para entrem em pauta. Recomendou ao Plenário do CNS que se
1212 manifeste junto ao Congresso Nacional a respeito da questão o mais possível. Conselheiro **Carlyle**
1213 propôs a elaboração de uma Resolução que permitisse uma reflexão maior sobre o assunto. Conselheiro
1214 **Jocélio** colocou preferir não se manifestar acerca do assunto, por necessitar de discussões junto a
1215 organização dos Agentes de Saúde Comunitária. Conselheiro **Amorim** colocou as propostas em
1216 apreciação e votação. Foi aprovada Resolução propondo ao Congresso que suspenda a tramitação dos
1217 Projetos de Leis sobre a regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde. **ITEM 15 –**
1218 **RESULTADO DA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA CEME** – Conselheira **Lucimar** comentou sobre
1219 proposta que fez ao Ministro da Saúde, **José Carlos Seixas**, em definir um grupo de três pessoas, sob
1220 a coordenação de uma delas, para fazer análise do documento da CEME e encerrar o assunto. O
1221 Ministro acatou a proposta, porém, em razão da mudança na gestão da CEME, este item não pode ser
1222 apresentado. **ITEM 16 – PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS** – Assunto
1223 transferido para a próxima reunião do Plenário do CNS. **ITEM 17 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA**
1224 **PRÓXIMA REUNIÃO** – Como ponto de pauta foram deliberados pelo plenário do CNS: **1)** Apreciação e
1225 votação da Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador e das propostas de Resoluções; **2)**
1226 Relatório Final da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica; **3)** Projeto REFORSUS; **4)** Pedido de
1227 vista do processo de solicitação de reformulação da CICT/CNS; **5)** Projeto de Qualificação dos
1228 Trabalhadores do SUS; **6)** Apresentação das Moções da 10ª Conferência Nacional de Saúde; **7)** Análise
1229 dos pareceres sobre a avaliação da necessidade social de novos cursos de graduação na área de
1230 saúde; **8)** Análise da Manifestação dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro como
1231 Trabalhadores da Área de Saúde; **9)** Relato do pedido de vistas do curso de Medicina da Universidade
1232 Estácio de Sá – UNESA-RJ; **10)** Relatório do Grupo de Trabalho criado para proceder a análise dos 596
1233 processos de abertura de novos cursos enviados pelo Ministério da Educação e Desporto – MEC; **11)**
1234 Questões Orçamentárias; **12)** Questões Conjunturais; **13)** Representação dos Profissionais de Saúde no
1235 CNS – indicações, discussões e tomada de resoluções; **14)** Pedido de parecer ao CNS ao Projeto de Lei
1236 do Deputado Paulo Rocha que institui residência em enfermagem; **15)** Pedido de vistas ao Projeto de Lei
1237 nº 06/95 do Senado Federal sobre Doação de Órgãos pelo Conselheiro Jocélio Henrique Drummond; **16)**
1238 Explicação da Secretaria de Vigilância Sanitária sobre a questão dos antibióticos e dos
1239 anticoncepcionais que apresentam problemas referentes a sua eficácia; **17)** Análise de pareceres sobre
1240 Pesquisa Clínica e informações da CONEP; e **18)** Aprovação da pauta da próxima reunião. Nada mais
1241 havendo a apresentar Conselheiro **Amorim** deu por encerrada a presente reunião. Estiveram presentes
1242 os Conselheiros: **Albaneide Maria Lima Peixinho, Augusto Alves de Amorim, Antonio Sabino**
1243 **Santos, Antonio Celso Nunes Nassif, Artur Custódio Moreira de Souza, Carlos Eduardo Ferreira,**
1244 **Carlos César S. de Albuquerque, Carlyle Guerra de Macedo, Francisco Miguel de Lucena, Gastão**
1245 **Antônio Cosate Tavares, Gilberto Chaves, Gilson Cantarino O'Dwyer, Josélio Henrique**
1246 **Drummond, Luciana Siqueira Parisi, Lucimar R. Coser Cannon, Maria Cecília Chiocca de M.**
1247 **Pinto, Margareth Martha Arilha Silva, Neide Regina Cousin Barriguelli, Paulo Roberto Skrock**
1248 **Andretta, Paulo César Augusto de Souza, Omilton Visconde, Regina Lúcia Barata Pinheiro,**
1249 **Sérgio Francisco Piola, William Saad Hossne, Zilda Arns Neumann, e Zuher Handar.**
1250

1251 Esta Ata foi aprovada com a seguinte alteração: **Conselheiro Sabino** requereu na 62ª RO nos dias 05 e
1252 06/02/97, que fosse incluído nesta ata o seu repúdio em relação ao Ministério da Educação e do
1253 Desporto por ter autorizado a abertura do Curso Superior de Farmácia Industrial e Farmácia Bioquímica
1254 do Centro de Estudo Superior de Maceio – CESMAC/AL, cujo parecer do CNS foi contrário.