



1
2
3
4
5 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
6 **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

7
8 **ATA DA SEXAGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**
9
10 **– 1995/1999 –**

11 Nos dias quatro e cinco de dezembro de um mil e novecentos e noventa e seis, na Sala de Reuniões do
12 Conselho Nacional de Saúde - CNS, realizou-se a Sexagésima Primeira Reunião Ordinária do Conselho
13 Nacional de Saúde. **Dr. José Carlos Seixas**, Ministro da Saúde Interino, abriu a reunião plenária,
14 justificando a ausência da Coordenadora e propôs que fosse seguido o regimento para escolha do
15 Coordenador da Plenária. Conselheiro **Amorim**, foi indicado e assumiu a Coordenação, dando a palavra
16 ao Ministro da Saúde, que tinha necessidade de ausentar-se. Dr. **Seixas** expôs alguns pontos peculiares
17 da interinidade de seu cargo, citando as notícias da imprensa quanto a sucessão no Ministério da Saúde.
18 Realizou relato sobre a situação dos recursos financeiros do Ministério, informando o repasse pela União
19 dos 650 milhões para pagamentos a rede do SUS. Comentou sobre a existência de um déficit de
20 recursos para fazer face aos pagamentos do Ministério da Saúde, os quais seriam parcialmente cobertos
21 através do repasse de 317 milhões pela União. Relatou as providências e tentativas de equacionar
22 aquelas dificuldades e que intencionava aumentar os créditos orçamentários, visando cumprir os
23 empenhos até o final do ano. Considerou, que aquelas medidas não conseguiriam atender à
24 pagamentos como por exemplo aos da Rede de Laboratórios de Saúde Pública. Informou que na
25 reunião da Comissão Tripartite, na próxima semana, se discutiriam aquelas questões orçamentárias,
26 assim como a implantação da NOB/01/96, a proposta do executivo de organizações sociais e de
27 agências autônomas. Reconheceu a necessidade de uma reforma ministerial, porém considerou que a
28 mesma deveria ser bem avaliada e não se desencadeada com açodamento. Considerou, porém, que na
29 área Vigilância Sanitária se fazia necessário agilizar o processo de reestruturação. Solicitou estudo por
30 parte dos Conselheiros com relação a reforma administrativa. Conselheiro **Albuquerque** teceu
31 comentários, relatando que teve oportunidade de estudar a questão das organizações sociais, através
32 de um grupo de trabalho que contou com assessoria de Juristas. As conclusões daquele estudo
33 indicaram que contratos de gestão seriam melhor executados através da figura jurídica das entidades
34 filantrópicas, pois àquelas teriam as isenções tributárias que lhe seriam características e a flexibilidade
35 de empresas privadas nos seus trâmites. Conselheiro **Jocélio** citou a Medida Provisória, assinada por
36 sete Ministros, que estabelecia a criação das organizações sociais de forma autônoma e concorrencial,
37 significando o fim de qualquer idéia sistêmica na saúde e a extinção do SUS. Relatou que vinha
38 trabalhando em diversos fóruns de entidades na defesa do SUS em contra posição àquelas medidas.
39 Inclusive, estariam no próximo dia 11 de dezembro, debatendo na Comissão de Seguridade Social do
40 Congresso Nacional com o Ministério da Administração. Questionou qual seria a posição do Ministério
41 da Saúde, sobre a Medida Provisória. Dr. **Seixas** relatou que o Ministério da Saúde considerava boa a
42 idéia de reestruturação administrativa, porém não aprovava a Medida Provisória da maneira que ela
43 estava concebida em relação ao setor saúde, e que vinha desenvolvendo estudos para apresentar
44 propostas de modificações. As propostas buscariam aperfeiçoar a idéia e resguardar as características
45 do Sistema de Saúde, mantendo o caráter público substantivo da rede de serviços do SUS. Conselheiro
46 **Amorim** deu continuidade aos trabalhos, solicitando aos Conselheiros que se pronunciassem em
47 relação as atas das 59^a e 60^a Reuniões Ordinárias e da 13^a Reunião Extraordinária. Professor **Elias**
48 registrou que na reunião da comissão de orçamento foi proposta pequena alteração no texto da
49 resolução CNS/200, no item 2, retirar a expressão “poderá ter” substituir “... que tal redução ...” por “...
50 de tal redução ...”. Conselheiro **Paulo** apresentou solicitação de correção na ata da 13^a Reunião
51 Extraordinária incluindo seu nome entre os presentes, representando os profissionais de saúde, assim
52 como, solicitou que as colocações feitas pelo mesmo na apresentação do item IEC, fossem registradas.
53 Conselheiro **Amorim** solicitou que aquelas observações e todas as outras fossem entregues por escrito.
54 Conselheiro **Jocélio** solicitou modificações na linha 171 da 13^a Reunião Extraordinária e na página 4,
55 linha 2005 da ata da 60^a Reunião Ordinária. Conselheira **Zilda Arns** solicitou modificações na ata da 13^a
56 Reunião Extraordinária, linhas 164 a 167 e 174. Não havendo mais considerações, as três atas foram
57 aprovadas. **ITEM 01 – INFORMES** – Conselheiro **Amorim** procedeu à leitura dos seguintes informes: 1) Ofício
58 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 açãoou, 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 **Omilton** 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 **Omilton** 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 colocado em prática ações para
 121 solucionar problemas no setor saúde. Ressaltou ser essencial a implementação das deliberações do
 122 CNS. Conselheira **Margareth** apoiou a interverção do Conselheiro **Omilton**, 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 **Omilton**, 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 portadores 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)** Fomento,
 159 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 contribuíam 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 detalhamente 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 Bráz 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 **Omitlon** 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 favoreável 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 o
 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 voto 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 peculariedades 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 **ONSELHEIROS 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 ao 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. Concordou com o Conselheiro **Gilson** quanto à inclusão de um
395 representante indígena no CNS, por causa da paridade de representação no Plenário. Concordou, 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. Concordou 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 da
423 Resolução 196/CNS no sentido deste consultar a CISI quanto 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 origem 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

476 ações de PDEAa, a CT/Dengue recomendou que este seja desenvolvido diretamente pelo Plenário do
 477 CNS, como parte do seu trabalho de acompanhamento do Ministério da Saúde. Finalizando sua
 478 apresentação, Dra. **Glória** trouxe ao Plenário a proposta da CT/Dengue de se auto-dissolver por julgar
 479 cumprido o seu papel e por entender que o PDEAa precisava ter acionados todos os seus mecanismos
 480 de execução e ser assumido, efetivamente, como Plano de Governo e não somente do Ministério da
 481 Saúde. Conselheira **Zilda** disse que o quadro apresentado pela Dra. Glória era muito grave,
 482 principalmente no que se referia à não previsão de recursos orçamentários para o PDEAa. Conselheira
 483 **Margareth** demonstrou preocupação com a proposição de dissolução das CT/Dengue diante do exposto
 484 pela Dra. Glória. Esta ressaltou que decisões não foram tomadas, o que tornou o quadro grave. Disse
 485 que o Coordenador do PDEAa decidiu convocar os Secretários de Saúde ao invés dos Governadores.
 486 Isso impediu, no seu entender, o início da definição de planos estaduais e articulação para a definição de
 487 planos municipais. Dra. **Glória** observou que essa atitude tornou o PDEAa frágil gerencialmente.
 488 Acrescentou que apenas dois Governadores aderiram ao PDEAa, até o momento. Disse que o Plano
 489 não teve a repercussão necessária. E que, por falta de recursos, a Fundação Nacional de Saúde não
 490 pode intensificar o controle do *Aedes aegypti*, o que, segundo ela, vai prejudicar ainda mais a
 491 implantação do PDEAa. Disse mais que a fase preparatória não avançou como o planejado, por falta de
 492 repasse de recursos e de uma coordenação mais decisiva. Disse, também, que a própria Secretaria
 493 Executiva do PDEAa não foi efetivamente instalada. Mostrou-se especialmente preocupada com a falta
 494 de vacina contra febre amarela, ressaltando que “não podemos ficar sem estoque estratégico dessa
 495 vacina, pois o PDEAa não avançou no sentido de impedir a reurbanização da doença”. Disse que o que
 496 Bio-Manguinhos vinha reivindicando era o mínimo e solicitou ao CNS que examinasse a situação.
 497 Voltou a afirmar que a proposição de auto-dissolução da CT/Dengue baseava-se em questão política
 498 decisiva para a efetiva execução do PDEAa e que o CNS precisava atuar nesse sentido. Conselheiro
 499 **Albuquerque** mostrou-se contrário à dissolução da Comissão, apesar de concordar com o Relatório
 500 apresentado pela Dra. Glória, principalmente no tocante aos problemas que estavam dificultando o
 501 desenvolvimento do PDEAa. Conselheiro **Carlyle** sugeriu organizar as Recomendações propostas pela
 502 CT/Dengue no Relatório. Disse que o erro foi considerar o PDEAa como de responsabilidade única e
 503 exclusiva do MS e não de responsabilidade interministerial. Disse ser necessário recuperar o caráter
 504 interministerial do PDEAa através do estabelecimento do Colegiado previsto. “O PDEAa, sendo
 505 interministerial, não pode ser conduzido por gerência só do MS”, ressaltou. Solicitou contato do MS com
 506 a FIOCRUZ para o exame da situação de produção de vacina anti-amarílica, visando assegurar
 507 esquema de produção que atenda à demanda de vacinação. Ressaltou que seria importante, também,
 508 formular um plano de vigilância e de vacinação contra a febre amarela, inclusive para orientar a
 509 produção da FIOCRUZ. Sugeriu adiar a fase preparatória do PDEAa para 1997 e a fase de araque para
 510 o segundo semestre do próximo ano, como forma de ganhar tempo e melhor organizar sua execução,
 511 enquanto verificasse o que era possível fazer em termos de recursos. Disse mais que o Colegiado
 512 interministerial era que deveria definir as características da Secretaria Executiva do PDEAa. Dra. **Glória**
 513 observou que a Comissão interministerial foi criada, mas nunca foi convocada, o mesmo acontecendo
 514 com a Comissão de avaliação e acompanhamento do PDEAa. Afirmou que o Pacto de Governadores
 515 deveria ter sido iniciativa do Gabinete do MS em articulação com o Palácio do Planalto. Disse que não
 516 foi dada prioridade à produção de vacina anti-amarílica de Bio-Manguinhos. Em termos de recursos,
 517 disse que os R\$ 480 milhões previstos seriam suficientes para a fase de ataque no próximo ano. Voltou
 518 a salientar que não houve articulação com os outros Ministérios envolvidos no PDEAa, visando que
 519 estes previssem a alocação de recursos. Afirmou que concordava com a permanência da CT/Dengue,
 520 mas com o apoio político do CNS, inclusive nas questões orçamentárias. Conselheiro **Carlyle** sugeriu ao
 521 CNS aprovar a Recomendação com os sete pontos apontados por ele. Conselheira **Lucimar** observou
 522 que os problemas do dengue e da febre amarela foram considerados ações prioritárias pelo MS.
 523 Conselheiro **Carlyle** leu a sugestão de texto para a Recomendação. O Plenário aprovou a proposta e
 524 manteve a CT/Dengue com a solicitação de apoio do CNS feita pela Dra. Glória. Conselheiro **Jocélio**
 525 solicitou registro em ata de sua declaração de voto pela abstenção: “Não discordo da proposta em si,
 526 mas quero questionar o tratamento diferenciado que se dá a temas de ordem técnica em relação a
 527 temas de natureza de organização e representação de interesses. Para um, propostas globais
 528 rapidamente aprovadas; para outro, dificuldades em se deliberar qualquer coisa. Com isso, considero
 529 que, muitas vezes, o Conselho deixa de cumprir seu fundamental papel político de órgão máximo de
 530 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 ideia
 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 Consultóriia 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 dispondo 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**
MULHER – CISMU – Apresentação da Conselheira **Margareth Arilha** na qualidade de representante da
 614 Comissão de Cidadania e Reprodução, explicou que a CISMU será coordenada por um núcleo
 615 coordenador composto por três membros da comissão como sendo: Dra. **Sônia Corrêa**, representante
 616 da Comissão da População e Desenvolvimento, pela **representante da ABRASCO** e a Conselheira
 617 **Margareth**. A seguir apresentou o Plano de Trabalho da CISMU com os seguintes temas: **1)** Promover a
 618 reflexão continuada acerca das bases conceituais e das estratégias necessárias para efetiva
 619 implementação da Política de Assistência Integral à Saúde de Mulheres no marco do Sistema Único de
 620 Saúde; **2)** Acompanhar a montagem e operacionalização do Sistema de Planejamento e Avaliação do
 621 Ministério da Saúde, no sentido de assegurar a visibilidade adequada das ações relativas à assistência
 622 da saúde das mulheres e de seus impactos; **3)** Acompanhar o processo de elaboração das diretrizes
 623 orçamentárias do Ministério da Saúde para 1998, assim como a execução do orçamento para 1997 nos
 624 aspectos relativos à saúde integral da mulher; **4)** Elaborar proposições relativas à formação de recursos
 625 humanos para assistência integral à saúde da mulher; **5)** Estabelecer vínculos e apoiar as iniciativas que
 626 vem sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Organização Panamericana de Saúde para maior
 627 cooperação entre as agências produtoras de informação, estimulando o controle social da produção e
 628 disseminação destas informações; **6)** Articular e dialogar com as demais comissões do Conselho
 629 Nacional de Saúde, com particular ênfase no que se refere às Comissões Intersetoriais de Saúde do
 630 Trabalhador – CIST, Reforma Psiquiátrica e do Grupo Executivo de Trabalho/Comissão Nacional de
 631 Ética em Pesquisa – CONEP; **7)** Estabelecer o diálogo permanente como o Poder Legislativo no sentido
 632 de viabilizar as bases legais para exercício do direito à saúde e dos direitos reprodutivos; **8)** Canalizar
 633 demandas da sociedade civil no sentido de receber, analisar e encaminhar ao Conselho Nacional de
 634 Saúde relatórios; e **9)** Proceder análise e discussões de possíveis problemas emergentes. Propôs que o
 635 referido Plano de Trabalho constituisse uma Resolução do CNS. Conselheiro **Amorim** colocou em
 636 votação, sendo aprovado pelo Plenário. **ITEM 07 – QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS** – Professos **Elias**
 637 apresentou inicialmente o texto da Resolução nº 200, já aprovada, e três planilhas trazidas pelo Dr.
 638 Sebatião Grilo, que se retirou para ir ao Congresso Nacional. As planilhas trazem a Execução em
 639 31/10/98, posição fechada, e em 29/11/96, posição aberta, destacando-se que aumentou o valor
 640 bloqueado de 600 milhões para 1,1 bilhão, fato que agrava o já precário quadro do MS. A terceira
 641 planilha é comparativa entre a proposta aprovada pelo CNS e pelo CNSS e o Projeto de Lei em
 642 tramitação no Congresso. Com relação à Resolução nº 200, embora tenham sido encaminhadas as
 643 solicitações aos órgãos, nenhuma resposta foi encaminhada à Comissão e ao CNS. Passou, então, o
 644 Coordenador à apresentação do Relatório da Reunião da Comissão de Acompanhamento Orçamentário
 645 do CNS de 03/12/96. **Presentes:** Professor Elias Jorge, Dr. Carlyle, Dr. Olímpio, Dr. Gastão, Dr.
 646 Omilton, Dra. Margareth, e pela Coordenação de Planejamento, Dr. Wanderley. **Pauta:** **1)** Informes; **2)**
 647 Horizonte Orçamentário 96/97; **3)** Sugestões e Encaminhamentos. **I – INFORMES:** **1.1 – Mini-Curso** –
 648 foi ministrado curso de introdução ao Acompanhamento do Processo Orçamentário com apresentação
 649 das atividades no CNS e no CNSS, aos Conselheiros de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e de 12
 650 municípios, sendo também discutida a POPS e o SIVIRE/SIVIDES em ambiente Estadual e Municipal.
 651 Foi adiado o curso para Conselheiros de Santa Catarina. Estão previstos cursos para o Distrito Federal e
 652 para o Mato Grosso, em Cuiabá. Continua aberta a possibilidade de mini-curso para os Conselheiros do
 653 CNS. **1.2 – Congressos** – Não pode ser aceito convite para participar de Congresso Nacional da
 654 ABRES, dias 2 e 3/12/96, em Fortaleza quando seria proferida conferência. Também o convite para
 655

conferência durante o Seminário Ibero Americano de Seguridade Social em Buenos Aires, de 9 a 12/12/96, não pode ser aceito. **1.3 – Representação no CNSS.** A reunião do CNSS, adiada por três vezes para 12/12/96, foi novamente adiada. As reuniões da Comissão de Acompanhamento Orçamentário e do Grupo de Trabalho sobre perdas dos benefícios, também, foram adiadas pela quarta vez consecutiva, sem audiência prévia ao Coordenador (representante do CNS). Espera-se que não seja uma ação deliberada para esvaziar o CNSS e suas Comissões. **1.4 – Resolução nº 200** – Foram discutidos o texto final da Resolução nº 200 aprovada na Reunião de 07/11/96 e encaminhamentos dela decorrentes. Foram solicitadas aos órgãos a análise crítica da Execução Orçamentária e Financeira/96 e perspectiva para 1997, não tendo havido retorno. Espera-se que durante a reunião a Administração do Ministério apresente os documentos solicitados. Sugerida pequena alteração redacional, a ser procedida na ata. **1.5 – Sistema de Acompanhamento e Avaliação (Resolução nº 161).** Módulos de Programação e Acompanhamento deverão ser disponibilizados para uso, ainda, em dezembro. Módulo de Avaliação em fase de elaboração de proposta preliminar pela ENSP. **1.6 – Pesquisa sobre Orçamento Públicos em Saúde – POPS.** Deflagrada a coleta de dados pela Procuradoria Geral da República (sub-Procuradoria de Direitos do Cidadão). Haverá em 12 de dezembro reunião CNS, DATASUS e Procuradoria para avaliar respostas e análise de dados. Em janeiro será ampliado o universo da pesquisa passando a abranger, além da União, DF, estados e capitais e os municípios em gestão semi-plena. **1.7 – Disseminação das Informações, via Internet e Canal Saúde.** A viabilização do Sistema DBS ficou estagnada em função de dificuldades orçamentárias, financeiras e administrativas. Espera-se que em fevereiro possam ser retomados os encaminhamentos quando da elaboração do Plano de Trabalho da Comissão. **1.8 – Reestruturação da Comissão.** Devido ao afastamento de Conselheiros do CNS, é necessário fazer-se a substituição dos membros da Comissão, que se reúne ordinariamente no dia anterior às Reuniões do CNS. Será desejável que esta reestruturação se inicie nesta 61ª Reunião Ordinária para que em 04/02/97 seja feita reunião de Avaliação das Atividades de 1996 e o Plano de Trabalho para 1997. **1.9 – Comissão de Saúde da Mulher.** Houve participação na reunião da Comissão de Saúde da Mulher do CNS, realizada em 25 e 26/11/96 no CNS, quando foram prestados esclarecimentos sobre o processo orçamentário. **1.10 – Grupo de Trabalho de Acompanhamento das Alterações Constitucionais e Legais.** Foi realizada a reunião de 22/11/96, estando prevista nova reunião com assessores legislativos para dia 11/12/96, logo após a Audiência Pública da Comissão de Seguridade Social da Câmara. **1.11.** – O fluxo de documentos e dados para o CNS/CNSS está praticamente regular e institucionalizado como se verá no **Material de Apoio à Apresentação do Relatório. 2 – HORIZONTE ORÇAMENTÁRIO 96/97** – A não implementação do disposto na Resolução nº 200 do CNS impede que se faça uma análise mais detalhada do horizonte orçamentário 96/97, entretanto algumas considerações podem ser feitas, com referência do Material de Apoio. **2.1 – O Setor Público (Federal, Estadual e Municipal) tornou-se refém dos Encargos Financeiros da Dívida Mobiliária e Contratual com reflexos na possibilidade de Financiamento do Setor Saúde.** A União pagou 16,3 bilhões de reais como juros e Encargos da Dívida Interna e Externa e destinou 4,5 bilhões de reais para Amortização da Dívida até 31/10/96. Este total (20,8 bilhões de reais) corresponde a quase 2,5 vezes a Despesa com Custeio (OCC) do Ministério da Saúde (8,9 bilhões) e é quase metade de Arrecadação Tributária (42,8 bilhões) no período. **2.2 –** Além do Dispêndio com Juros, Encargos e Amortização da Dívida, de 20,8 bilhões de reais, a Dívida Interna cresceu de 31/10/96 em 23 bilhões de reais (de 86 para 109 bilhões), o que implica em novos Juros e Encargos a curto prazo. **2.3 –** O Fundo de Estabilização Fiscal – FEF arrecadou 19,8 bilhões dos quais foram aplicados 15,3 bilhões até 31/10/96. Ao Ministério da Saúde foram destinados até 29/11/96 1,9 bilhões, menos de 10% do valor arrecadado até 31/10/96 (19,8 bilhões). Segundo os dados publicados no DOU em 29/11/96, seria, portanto, plenamente possível recompor o Orçamento Original do CNS (20 bilhões), pelo menos parcialmente, com recursos do FEF, nos termos da Lei Orçamentária Anual aprovada pelo Congresso Nacional. **2.4 –** Os dados da Planilha Básica do SIVIRE, posição de 31/10/96 (páginas 1 e 2 do Material de Apoio), permitem constatar: – Que a receita administrada pela Secretaria de Receita Federal, em 10 meses de 96 (77 bilhões de dólares) é superior em 8 bilhões de dólares ao total de 1994 (69 bilhões de dólares), devendo superar em 31/12/96 o recorde histórico de 1995 (91 bilhões de dólares). – Que a arrecadação bancária do INSS (receita administrada pela Previdência) até 31/10/96 (33,3 bilhões de dólares) supera a receita anual de 1994 (27,7 bilhões de dólares) em 5,6 bilhões de dólares. – Que em conjunto (essas duas receitas devem superar até 31/12/96 a casa dos 135 bilhões de dólares, o que era tido como impossível por muitos analistas já que a arrecadação de 129,5 bilhões de dólares de 1995 era considerada o “**pico dos picos**” arrecadatórios). Deve-se levar em conta, ainda, que em boa parte do ano de 1995 a cotação do dólar era inferior à cotação do real (1 dólar menos que 1 real), o que não aconteceu em 1996, quando 1 dólar passou a valer mais que 1 real. – Que a Remuneração das Disponibilidades do Tesouro Nacional junto ao Banco Central (Fonte 188) não deverá superar em 1996 a 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 determinada 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 destauue 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 milhões, 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 62^a 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 9^a e 10^a
 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 Intersetoriais, 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 Intersetorial 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 pretenderia 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 envoltos 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 Recursou-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 Acadêmica 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 concluirem 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 casuísma 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 redatoria 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: transparéncia 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; transparéncia 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 conivência 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 gerí-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 **Omilton** referiu-se à preocupação do Conselho Nacional da Indústria com a
 1109 saúde do trabalhador, dizendo que com a contensão 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

quando vai entrar no Sistema de Saúde, ser bem atendida e sair satisfeita, não importando de onde vem o recurso. O Governo precisa dizer de que lado está, pois salva os bancos, agora os estados, porque não poderia haver uma precatória para a saúde? Referiu que o Hospital das Clínicas do Paraná está fazendo bailes para angariar recursos e continuar atendendo. Finalizou conclamando a exigir um posicionamento do Governo. Conselheiro **Piola** manifestou-se considerando interessante a questão dos incentivos fiscais, acrescentando que o desconto no Imposto de Renda de despesas com saúde caracteriza uma apropriação individual, faltando um incentivo mais coletivo, corrigindo este incentivo às avessas. Apoiou a proposta encaminhada pelo Conselheiro Carlyle, chamando a atenção entre a possível incompatibilidade entre eficiência de uma unidade e eficácia do sistema, sendo papel do Estado o apoio a ações que a iniciativa privada não desenvolve. Conselheiro **Gilson** ressaltou que o Governo estaria considerando o SUS como fracassado e buscando fugir das responsabilidades da Constituição, parecendo querer se desobrigar do peso da administração, sob pressão do grupo de Washington, com visão mercadológica neoliberal. Acrescentou que o CONASEMS ainda não discutiu aprofundadamente o assunto e que estará na Audiência do dia 11/12 defendendo estas posições e principalmente a equidade. Sugeriu enviar ao MARE estas preocupações, pontuando algumas questões consensuais como a atomização do sistema. Conselheiro **Jocélio** relembrou estarmos saindo de uma Conferência Nacional de Saúde, com proposta de implantar o SUS e definir recursos e, de repente, o CNS abre a questão de que reformar é possível, o que seria insustentável para alguns segmentos aqui representados. Conselheiro **Piola** manifestou-se concordando que a reforma seria a melhor maneira de implantar o SUS, dizendo da importância da discussão sobre a autonomização. Conselheira **Lucimar** informou sobre rodada de discussões entre MS e MARE, ainda sem documentos finais de posicionamento. Conselheira **Neide Barriguelli** insistiu na solicitação de posicionamento do próprio MS que, estando em negociações, não tem colocado o assunto no CNS. Ao final das discussões foi proposto que três conselheiros se reunissem para formular uma única proposta, tendo sido por fim delegado ao Conselheiro Gilson a tarefa de mediar as questões e elaborar uma resolução. Foram ainda designadas as pessoas para a Audiência do dia 12/11: Conselheiros *Gilson Komora, Jocélio, Piola, Gastão, Mozart e Paulo*. **ITEM 14 – REGULAMENTAÇÃO DOS AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIA – Dr. Luiz Carlos Romero**, Consultor do Senado, relator do tema, esclareceu que a posição trazida por ele ao Plenário seria posição institucional. Historiou sobre as diversas denominações dadas a categoria aneriormente chamados de Agentes em Saúde, Agentes de Saúde Pública, Agentes Comunitários de Saúde e a partir do ano passado tem sido adotado o nome de Agentes de Saúde Comunitária. Definiu que “consiste na utilização de recursos humanos da comunidade que são recrutados e utilizados para extensão de cobertura de ações básicas de saúde, de complementação às ações e serviços institucionalizados ou na maioria das vezes em substituição a esses serviços, especialmente em regiões carentes onde não há condição de fixar serviços ou profissionais de saúde”. Relatou que a experiência foi introduzida há mais de 20 anos pela UNICEF, no atendimento à serviços básicos nas áreas de materno-infantil e saúde familiar. Citou características fundamentais em comum no mundo, como sendo: **1) São recursos humanos da comunidade; 2) voluntariado e remuneração** – em quase todos os países do mundo com excessão da Índia, onde são remunerados/procedimento realizado e do Brasil, onde são geralmente selecionados, recrutados e ligados a um centro de saúde; **3) Autonomia** – informou que existe dois extremos: de um lado realizam ações padronizadas, e de outro na Argentina, eles apenas detectam os casos e referenciam à uma unidade; **4) Supervisão** – no Brasil os Enfermeiros assumiram o treinamento e supervisão, quanto aos demais países o relator não obteve informações; **5) Escolaridade** – em torno de 30% dos agentes no Brasil não possuem 0 4º ano primário; e **6) Treinamento** – possuem carga horária e currículum diferentes. Comentou sobre as várias propostas de regulamentação apresentadas ao Congresso e sobre a Lei 6.433/77 que criou o grupo de Saúde Pública a qual inclui os Agentes de Saúde Pública, os conhecidos “guardas da SUCAM”. Posicionou-se contrário que a questão, seja resolvida através de legislação Federal. A seguir foi dado a palavra a Dra. **Maria José**, da Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN-Nacional, presente no Plenário, que comentou sobre a qualificação profissional, sobre as propostas do Ministério da Saúde em formar o Técnico em Vigilância Sanitária e Epidemiológica e o Auxiliar de Enfermagem para rede básica do SUS. Comentou sobre a carência de profissionais de nível auxiliar no país e de recursos orçamentários para treinamento de pessoal de nível médio, solicitando ao CNS que venha a intervir nesta área objetivando melhorar a qualidade do atendimento prestado à população. Conselheiro **Carlyle** comentou sobre as diversas experiências na Venezuela, França e em outros países referindo-se ao livro “Onde não há Doutor”. Comentou sobre a importância da Enfermagem no serviço de saúde e que a mesma teria melhor qualificação dentre as demais profissões para supervisionar essas ações. Posicionou-se que não seria o momento de aprovar um Projeto de Lei de Regulamentação dos Agentes Comunitários de Saúde. Conselheiro **Sabino** referiu-se ao Encontro Nacional dos Agentes de Saúde, e a existência de 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** interviu, 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** interviu informando da existência de dois Projetos de Lei em
 1211 tramitação no Congresso, prontos para entrarem 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 aprovado 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 –**
RESULTADO DA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA CEME – Conselheira **Lucimar** comentou sobre
 1218 proposta que fez ao Ministro da Saúde, **José Carlos Seixas**, em definir um grupo de três pessoas, sob
 1219 a coordenação de uma delas, para fazer análise do documento da CEME e encerrar o assunto. O
 1220 Ministro acatou a proposta, porém, em razão da mudança na gestão da CEME, este item não pode ser
 1221 apresentado. **ITEM 16 – PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS** – Assunto
 1222 transferido para a próxima reunião do Plenário do CNS. **ITEM 17 – APROVAÇÃO DA PAUTA DA**
PRÓXIMA REUNIÃO – Como ponto de pauta foram deliberados pelo plenário do CNS: **1)** Apreciação e
 1223 votação da Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador e das propostas de Resoluções; **2)**
 1224 Relatório Final da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica; **3)** Projeto REFORSUS; **4)** Pedido de
 1225 vista do processo de solicitação de reformulação da CICT/CNS; **5)** Projeto de Qualificação dos
 1226 Trabalhadores do SUS; **6)** Apresentação das Moções da 10ª Conferência Nacional de Saúde; **7)** Análise
 1227 dos pareceres sobre a avaliação da necessidade social de novos cursos de graduação na área de
 1228 saúde; **8)** Análise da Manifestação dos Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro como
 1229 Trabalhadores da Área de Saúde; **9)** Relato do pedido de vistas do curso de Medicina da Universidade
 1230 Estácio de Sá – UNESA-RJ; **10)** Relatório do Grupo de Trabalho criado para proceder a análise dos 596
 1231 processos de abertura de novos cursos enviados pelo Ministério da Educação e Desporto – MEC; **11)**
 1232 Questões Orçamentárias; **12)** Questões Conjunturais; **13)** Representação dos Profissionais de Saúde no
 1233 CNS – indicações, discussões e tomada de resoluções; **14)** Pedido de parecer ao CNS ao Projeto de Lei
 1234 do Deputado Paulo Rocha que institui residência em enfermagem; **15)** Pedido de vistas ao Projeto de Lei
 1235 nº 06/95 do Senado Federal sobre Doação de Órgãos pelo Conselheiro Jocélio Henrique Drummond; **16)**
 1236 Explanação da Secretaria de Vigilância Sanitária sobre a questão dos antibióticos e dos
 1237 anticoncepcionais que apresentam problemas referentes a sua eficácia; **17)** Análise de pareceres sobre
 1238 Pesquisa Clínica e informações da CONEP; e **18)** Aprovação da pauta da próxima reunião. Nada mais
 1239 havendo a apresentar Conselheiro **Amorim** deu por encerrada a presente reunião. Estiveram presentes
 1240 os Conselheiros: **Albaneide Maria Lima Peixinho, Augusto Alves de Amorim, Antonio Sabino**
 1241 **Santos, Antonio Celso Nunes Nassif, Artur Custódio Moreira de Souza, Carlos Eduardo Ferreira,**
 1242 **Carlos César S. de Albuquerque, Carlyle Guerra de Macedo, Francisco Miguel de Lucena, Gastão**
 1243 **Antônio Cosate Tavares, Gilberto Chaves, Gilson Cantarino O'Dwyer, Josélia Henrique**
 1244 **Drummond, Luciana Siqueira Parisi, Lucimar R. Coser Cannon, Maria Cecília Chiocca de M.**
 1245 **Pinto, Margareth Martha Arilha Silva, Neide Regina Cousin Barriguelli, Paulo Roberto Skrock**
 1246 **Andretta, Paulo César Augusto de Souza, Omilton Visconde, Regina Lúcia Barata Pinheiro,**
 1247 **Sérgio Francisco Piola, William Saad Hossne, Zilda Arns Neumann, e Zuher Handar.**
 1248
 1249 Esta Ata foi aprovada com a seguinte alteração: **Conselheiro Sabino** requereu na 62ª RO nos dias 05 e
 1250 06/02/97, que fosse incluído nesta ata o seu repúdio em relação ao Ministério da Educação e do
 1251 Desporto por ter autorizado a abertura do Curso Superior de Farmácia Industrial e Farmácia Bioquímica
 1252 do Centro de Estudo Superior de Maceio – CESMAC/AL, cujo parecer do CNS foi contrário.
 1253