

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
ATA DA SEXAGÉSIMA TERCEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA
1995/1999

Aos cinco e seis dias do mês de março de um mil e novecentos e noventa e sete, foi realizada, na Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde a Sexagésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. **Dra. Lúcia Maria Costa Figueiredo**, Coordenadora-Geral Substituta, procedeu a abertura da Reunião passando a palavra ao Conselheiro **Newton de Araújo Leite**, coordenador da Reunião, indicado pelo Plenário, tendo como Suplente o Conselheiro **Antonio Sabino dos Santos**.

LEITURA E APROVAÇÃO DA PAUTA - **Dra. Lúcia** informou que alterações na pauta poderiam ocorrer, face a vinda do Excelentíssimo Senhor Ministro somente no segundo dia da reunião. A pauta foi aprovada. **LEITURA E APROVAÇÃO DA ATA DA 62ª RO** - A ata foi aprovada com alterações nas linhas 723 e 724 referente a representação das Conselheiras **Deusina Lopes da Cruz** da ABRA e **Neide Barriguelli** da FARBRA. **ITEM 01 - FONTES DE FINANCIAMENTO PARA A SAÚDE - ANÁLISE DA PEC 169 E ANÁLISE DA REFORMA FISCAL E TRIBUTÁRIA - APRESENTAÇÃO DEPUTADOS EDUARDO JORGE, DARCÍSIO PERONDI, TUGA ANGERAMI, JANDIRA FEGHALI E MUSSA DEMIS E PRESIDENTE DO IPEA, FERNANDO REZENDE** - Conselheiro **Newton** expressou a honra que o Plenário estava tendo ao receber os Deputados, *“que certamente trarão esclarecimentos para todos nós sobre os problemas pertinentes ao financiamento da saúde”*. Acrescentou ser não só um momento de alegria, mas também de aprendizado. Passou, então, a apresentar os expositores, **Deputados Eduardo Jorge, Darcísio Perondi, Tuga Angerami, Jandira Feghali e Mussa Demis**. Lamentou a ausência de **Waldir Pires**, que, convidado, não pôde comparecer por motivos particulares. Ressaltou que o CNS se sentiria muito honrado com a presença do ex-Deputado e ex-Governador da Bahia, *“um homem de conduta ilibada”*. Passou a palavra ao **Deputado Eduardo Jorge**, elogiando suas posições independentes, sua conduta moral e destacando ser um profissional da área da saúde e Deputado com grande visão dos problemas do setor. **Deputado Eduardo Jorge** agradeceu as palavras do **Conselheiro Newton** e o convite para o debate no CNS, *“instância máxima do Sistema Único de Saúde no Brasil”*. Disse que o problema e propostas de solução para o financiamento do setor saúde já foram discutidos muitas vezes no âmbito do CNS e que pouco de novo poderia ser acrescentado. No entanto, reconheceu *“ser oportuno politicamente voltar a essa questão do financiamento no momento em que a implantação do Sistema Único de Saúde passa por um momento crucial”*. Historiou o processo de elaboração e discussão no âmbito do Congresso Nacional, desde a Constituinte, de propostas visando solucionar o problema do financiamento da saúde. Frisou que um dos capítulos mais importantes da Constituição em termos de democratização da reforma do Estado no Brasil era o Capítulo da Seguridade Social. *“Foi o Capítulo que permitiu incluir milhões de brasileiros que estavam fora de qualquer política pública nessas áreas”*. Citou a previdência, no caso dos trabalhadores rurais, trabalhadores autônomos e donas de casa, *“que estavam totalmente marginalizados. Nós, Constituintes, trouxemos esses segmentos para dentro do sistema”*, salientou. Acrescentou que o mesmo caso se verificava na saúde - *“metade da população era tratada como indigente”*, observou. Lembrou o **Deputado Ulysses Guimarães**, que classificou de *“cidadã”* a Constituição de 1988, tanto nos aspectos políticos como, e particularmente, nos aspectos de justiça social. Ressaltou o trabalho dos Constituintes que relataram a área da Seguridade Social e a atuação do **Senador Mário Covas**, relator da Comissão geral. Disse que eles tiveram um cuidado muito grande de levantar as possibilidades de como esses setores, essas novas políticas públicas, seriam financiadas. Disse mais que se revoltava com as críticas de que os Constituintes foram demagogos, irresponsáveis, ao introduzirem direitos e políticas não prevendo a arrecadação. Afirmou que isso não era verdade, e sim má fé dos críticos. *“Basta examinar como se comportou a arrecadação de 88 para cá e vai se ver que os Constituintes foram bastantes responsáveis. A arrecadação que mais cresceu, de forma mais sólida, mais consistente, que hoje o Estado tem no Brasil, foi a arrecadação referente às contribuições sociais, que tem batido sistematicamente a arrecadação do chamado lançamento fiscal de outros tributos. Ultrapassou e começou a bater”*. Informou o valor de R\$ 98 bilhões referentes às contribuições sociais, este ano, enquanto o orçamento fiscal ficou em torno de R\$ 70 bilhões. Reafirmou que os Constituintes pensaram nos direitos sociais e na arrecadação para financiá-los. Em seguida, questionou a cobrança feita aos Constituintes que não teriam previsto um financiamento mais sólido, mais consistente, para a saúde. *“Essa é outra crítica que se faz: Houve uma grande expansão nos serviços de saúde, e os Constituintes não colocaram fontes mais fixas, mais estáveis, de financiamento para o setor. Nós tentamos naquela época. Quero lembrar aos Conselheiros que as pessoas da área da Seguridade Social e da saúde tentaram colocar um percentual fixo de responsabilidade da União, dos Estados e municípios, como há na educação. Nós fomos derrotados na votação em relação a essa questão, com o argumento dos economistas do mais amplo espectro ideológico que disseram que isso era uma burrice, um atraso, uma rigidez na Constituição”*. Acrescentou que os economistas disseram, na época, que se pudessem,

eliminar a vinculação de verbas para o setor da educação. Disse que, como '*prêmio de consolação*', conseguiu-se os 30% nas Disposições Transitórias, com o argumento de que o orçamento da União iria garantir a saúde e o SUS. "*Os senhores viram que não garantiu*", ressaltou. Em seguida, historiou a sua afirmação de que o orçamento não garantiu o setor saúde, salientando que de 88 para cá a aplicação de recursos no setor só caiu. Disse que resgatava a história para fazer justiça aos Constituintes, principalmente aqueles que relataram o tema saúde e Seguridade Social. Explicou como se chegou ao percentual de 30% da Seguridade Social e acrescentou à explicação os 10% de contrapartida de Estados e municípios, o que resultou na PEC 169. Disse mais que indagavam se esses percentuais seriam suficientes para financiar o SUS. Explicou que quanto mais recursos se direcionassem para a saúde mais se podiam aprimorar os serviços, sofisticá-los, ampliá-los. Disse que estudos feitos no Brasil apontavam a necessidade básica de R\$ 26 bilhões por ano de gastos públicos com saúde, e acrescentando vigilância, medicamentos, se chegariam a R\$ 32 bilhões, o que significavam cerca de US\$ 215 per capita/ano no Brasil. A PEC chega perto disso, informou o Deputado: a nível federal seriam R\$ 22 bilhões; a nível estadual, R\$ 6 bilhões e com a massa bruta dos orçamentos municipais, R\$ 2 bilhões, o que totalizariam R\$ 30 bilhões, ou seja, US\$ 200 per capita/ano no Brasil, o que seria semelhante à estimativa de necessidade para o setor, segundo os estudos citados pelo Deputado. Acrescentou que não era nada absurdo o que se estava reivindicando para a área da saúde com a PEC 169. Era, segundo o Deputado, um patamar mínimo necessário para o financiamento para se viabilizar o SUS. Em seguida, o Conselheiro **Newton** passou a palavra ao **Deputado Darcísio Perondi**, relator da PEC 169. O Deputado saudou os Conselheiros e agradeceu o convite para conversar sobre financiamento e alternativas. Disse que o setor dispunha para este ano de um orçamento de R\$ 20,1 bilhões, incluindo a CPMF que vai durar até fevereiro de 1998. Dessa forma, o orçamento da saúde cairia para R\$ 15 bilhões ou menos, informou. Destacou que a definição de fontes de financiamento era uma tarefa de todos - Congresso, CNS e sociedade - para se chegar a uma solução, ainda este ano, definitiva, permanente, de financiamento. Homenageou os Constituintes de 88, "*que sonharam, que ousaram, que olharam para o futuro*". Destacou o papel dos *Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires*, os criadores da PEC 169. Discorreu sobre a PEC, destacando o seu aspecto mais importante, a vinculação, salientando que esta "*não era uma proposta de gastadores, de quem não tinha noção de orçamento*". Citou sociedades capitalistas que têm vinculação, lembrando a Europa pós-guerra, onde funcionou o sistema de vinculação para levantar os países do continente, e os Estados Unidos pós-depressão econômica, em 29/30. Disse mais que ainda hoje existiam recursos vinculados no orçamento norte-americano. Citou o *Deputado Roberto Campos* como um dos defensores da vinculação, que disse que a não-vinculação poderia ser uma porta aberta à tecnocracia e a políticos que não tinham a visão do todo do Brasil. Disse que a maior luta dos defensores da vinculação era vencer as resistências; negociar com os economistas do Governo, para que a PEC 169 viesse a se viabilizar. Historiou a proposta original da 169, que alterava o artigo 167, que veda a vinculação, exceto para a educação, transferências constitucionais para Estados e municípios e antecipação de receita orçamentária. Lembrou a existência de uma vinculação na Seguridade, sobre a folha de salários. Disse, ainda, que a PEC 169 alterava também o artigo 198 do financiamento. Explicou que a proposta original colocava 10% do orçamento fiscal da União, 30% da Seguridade Social e, no mínimo, 10% dos Estados e municípios. O substitutivo que o Deputado elaborou foi aprovado pela Comissão Especial e está na Presidência da Câmara à espera de ser colocada na pauta de votação. **Perondi** disse estar esperançoso de que até a metade deste ano ou no máximo até setembro/outubro a PEC seja votada. Disse, também, que a meta era aprovar a PEC ainda no primeiro semestre. Disse mais que fez alguns aperfeiçoamentos e citou os artigos correspondentes : no artigo 167, acrescentou dois incisos - um foi de que os recursos da Seguridade Social que o Tesouro arrecada e aplica no Banco Central, e que de 90 a 95 renderam aproximadamente uma CPMF, em torno de R\$ 5 bilhões, sejam da Seguridade, que a aplicação seja feita pela Seguridade Social; o segundo inciso estabelece que todos os recursos arrecadados pela Seguridade Social não podem ser usados para outras despesas do orçamento fiscal. Disse que se o setor saúde tivesse a PEC em 1996, o Governo, por necessidade do orçamento, não poderia tirar recursos da Seguridade como o fez, para pagar os encargos previdenciários da União, que são os proventos dos 750 mil aposentados federais. Disse, ainda, que o Governo desviou da Seguridade R\$ 9,1 bilhões, e o Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) retirou da Seguridade R\$ 4,8 bilhões, totalizando R\$ 13,9 bilhões no ano passado. Acrescentou que a única fonte que o Governo não desviou recursos para o FEF foi sobre folha de salários. Ressaltou que Estados e municípios diminuíram seus investimentos no setor saúde, ficando em torno de 4%/5% de seus orçamentos. Reconheceu, no entanto, que de uns cinco anos para cá alguns municípios passaram a aumentar os seus investimentos em saúde, chegando a 8%. Salientou que se a PEC 169 funcionasse sobre o orçamento de 96 dariam R\$ 21,3 bilhões no orçamento do ano passado para a saúde, acima, inclusive, do previsto para 97. Afirmou que as condições de aprovação da PEC 169 eram idênticas àquelas que levaram à aprovação da CPMF, "*que foi aprovada contra o capital*". Lembrou que foi necessário mobilização do Congresso, da sociedade, do

CNS e “a mobilização missionária do Ministro Jatene”. Disse que aprovar a PEC 169 era um desafio como o foi a aprovação da CPMF e que o feito poderia ser repetido. Disse mais acreditar que a PEC poderia ser aprovada caso houvesse mobilização ainda maior do que a que levou à aprovação da CPMF. Salientou que a área econômica “tem ojeriza à vinculação”. Conselheiro **Newton** anunciou a presença do Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, **Dr. Barjas Negri**, que passaria a presidir os trabalhos. Informou ao Plenário que o *Ministro Carlos César Albuquerque* só poderia comparecer à reunião na abertura dos trabalhos do dia seguinte. Em seguida, passou a palavra à **Deputada Jandira Feghali**. A Deputada cumprimentou o CNS e agradeceu a oportunidade de dar seu depoimento sobre o tema em pauta. Colocou que o CNS era o espaço apropriado para o debate e que a Constituição determinava a política de saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos; estabeleceu a universalidade e, ao mesmo tempo, determinou, responsavelmente, as fontes, mudando, também, outro conceito, que era o conceito contributivo. “Ao invés de se considerar apenas o que significava contribuição direta, passou-se a perceber a contribuição indireta como também conceito contributivo válido, e por isso esse sistema não é gratuito e por isso todos têm direito de acesso aos serviços e às políticas de promoção da saúde”, explanou. Expressou sua preocupação com o momento e com o papel estratégico da reunião do CNS que estava sendo realizada naquele momento. Disse acreditar que o encontro poderia cumprir um papel estratégico se debatesse profundamente o momento político da questão ‘SUS’. Disse, ainda, que estava se discutindo financiamento da saúde numa base de aumento de arrecadação tributária, “que houve e que não foi pequeno”; numa base de aumento das contribuições, “que foi maior do que a arrecadação tributária”; e no momento em que o orçamento para 97 “era exatamente menor do que o orçamento para 96”. E explicou : “Em 96, tínhamos uma previsão de gastos de R\$ 16 bilhões e foram executados R\$ 14 bilhões, segundo dados oficiais. O orçamento de 97 já foi programado com a arrecadação da CPMF em torno de R\$ 6 bilhões - e naquele momento, nem a CPMF estava aprovada, quando o orçamento de R\$ 20 bilhões foi projetado. Ele foi apresentado já considerando a CPMF que ainda não tinha sido aprovada. Então, a projeção de gastos do Tesouro já era menor, já era de R\$ 14 bilhões. Segundo os últimos dados publicados, a arrecadação da CPMF não passaria de R\$ 5 bilhões. E dessa CPMF já houve uma primeira mutilação, que foi o pagamento da dívida com o FAT, que era dívida do Tesouro e não do Ministério da Saúde. Essa mutilação já arrancou R\$ 1,3 bilhão dos recursos vinculados à saúde, considerados os 20% do FEF. Além disso, no artigo 6º do orçamento da República, aprovado no Congresso Nacional, ficou estabelecido o poder de contingenciamento orçamentário do Executivo. Então, se hoje considerarmos restos a pagar de dívidas, o que será mutilado da CPMF, e a possibilidade de contingenciamento, provavelmente não conseguimos executar nem os R\$ 14 bilhões que executamos no ano passado”. Disse que essa possibilidade a preocupava, pois ao se analisar as últimas propostas da equipe econômica do Governo há uma de manutenção do FEF. “E o FEF, como uma manobra inteligente de desvincular recursos, acabou gerando de 93 a 96 a liberação de recursos vinculados dentro do orçamento, aí incluídos educação, saúde, Estados, municípios, etc., causando a esses setores uma queda de participação de 43,65 para apenas 27%. E, em sentido inverso, os encargos financeiros da União - juros, amortização de dívidas, etc. - subiram de 6,65 para 16,8%”. Disse mais que em termos de verbas de investimento o Ministério da Saúde perdeu 75% em 96, enquanto o Ministério do Planejamento teve um crescimento significativo de verbas de investimento. “Com isso”, acrescentou a Deputada, “estou tentando mostrar que a concepção orçamentária que vem se delineando e se consolidando na política do Governo Federal é uma política de redução de orçamento para políticas sociais, de rejeição às políticas de vinculação orçamentária e de um crescimento monstruoso dos recursos orçamentários para sustentação dos encargos financeiros, de sustentação do capital financeiro”. A Deputada ressaltou, ainda, que essa era a lógica da concepção do orçamento da República. “É bom que tenhamos isso como referência quando vamos discutir financiamento da saúde”, acrescentou. Destacou, também, que o que se projetava para este ano em termos de encargos financeiros girava em torno de R\$ 33 bilhões. “Pelo menos duas vezes e meia o orçamento da saúde para 97”, enfatizou. Disse que a Constituição estava sendo desrespeitada na retenção de recursos da Seguridade Social, que não poderiam ser desviados para outros fins. Acrescentou que esse desvio era feito via FEF. Disse, também, que era muito provável a prorrogação do FEF passar no Congresso Nacional. Ressaltou que, com isso, as dificuldades do setor saúde aumentariam muito. Afirmou que o CNS deveria estar atento quando o Governo utilizava a PEC 169 como referencial público, mas buscando na sua discussão mutilar a proposta no que tem de essencial, que é a vinculação dos recursos federais. Segundo a Deputada, o discurso do Governo de que Estados e municípios deveriam investir mais em saúde “nós sempre defendemos. E uma boa parte dos municípios triplicou o seu orçamento para a saúde, ao contrário dos Estados, que, inclusive, reduziram os investimentos no setor”. Disse que, no entanto, o aumento proporcionado pelos municípios não estava resolvendo, “pois há necessidade de que os recursos federais sejam efetivamente repassados aos Estados e municípios”. Afirmou que não adiantava discutir a PEC 169 se ela apenas estabelecer a vinculação dos recursos dos Estados e municípios. “A essência da PEC 169 é a vinculação

constitucional dos recursos federais”, ressaltou, reafirmando que o CNS e seus aliados deveriam estar atentos a essa questão, pois já teve notícias de dentro do próprio Governo de que a discussão baseada na PEC não deixaria passar numa votação a vinculação constitucional dos recursos federais. Acrescentou que, caso isso ocorra, mutilaria a PEC no que ela tem de essencial. Disse que o CNS tinha um papel estratégico ao definir que quer a PEC 169 como ela estava proposta. Ressaltou que o CNS não poderia aceitar que a PEC 169 fosse aprovada com desvinculação dos recursos federais e apenas colocando a responsabilidade nos Estados e municípios. Destacou o aspecto político da asfixia financeira do setor saúde, que, no seu entender, tornava desesperador o quadro da saúde pública. Acrescentou que o maior percentual de atendimento pelo SUS era realizado pelas entidades filantrópicas, que, diante da crise do setor, estavam criando os seus planos próprios e substituindo leitos do SUS por leitos dos planos privados. *“A consequência objetiva da asfixia financeira não é a má intenção do gestor. Ele tem que ter saída e a saída objetiva que tem encontrado é a seleção da clientela, é a quebra da universalidade, que é um direito constitucional. O SUS começa a fazer uma contratação de serviços de baixíssima qualidade para atender à população, enquanto os que podem pagar não têm atendimento integral porque boa parte dos planos privados não atende a todas as doenças e estabelece uma série de condições. Então se volta para a máxima de medicina de pobre para os pobres, assistência de rico para os ricos, e uma margem enorme da sociedade, que não é só dos carentes, mas da classe média também, fica jogada numa absoluta indigência sem ter onde buscar assistência à sua saúde”*. A Deputada ressaltou, também, que a questão do financiamento não era um problema puramente contábil, mas sim um problema político de direito social, de direito da universalidade conquistada no texto constitucional. *“Por isso, o papel estratégico do CNS de se posicionar de forma muito contundente, de forma muito aguda, na defesa do financiamento permanente, pois se a PEC não resolve tudo é, no entanto, uma garantia. Nós não podemos colocar a vida das pessoas vulnerável ao Governo que está no momento, ao plantão do Governo que está posto, a uma política da equipe econômica, que tem que recuperar o seu déficit público, que cada vez aumenta mais, e para poder recuperar seu déficit vai tirar dinheiro da Seguridade, da educação, vai tirar dinheiro de setores econômicos importantes”*. Acrescentou que a abrangência do SUS vai além da assistência médico-hospitalar e denunciou *“um corte brutal”* na compra de vacinas e na política de promoção da saúde. *“Isso é inaceitável para quem decide políticas de saúde e tem a Constituição como referencial político maior”*, salientou. Finalizou afirmando que se não se enfrentar o problema do financiamento, e financiamento para qual modelo, e garantindo que o sistema possa se viabilizar e funcionar, *“estaremos sendo coveiros do SUS e não pessoas que defendem os direitos sociais”*, conclamando o CNS *“a levantar a voz com muita força junto com o movimento social que já surge e que já vai para as ruas com o nome de ‘SOS SUS’, compondo uma aliança com a sociedade, preocupado em defender a saúde pública”*. Conselheiro **Newton** agradeceu a intervenção da Deputada e passou a palavra ao **Deputado Tuga Angerami**. O Deputado retomou a questão da PEC 169 para ressaltar a questão das vinculações dos recursos da Seguridade Social e da área do orçamento dos Estados e municípios. Enfatizou dois aspectos da 169 que, segundo ele, incomodavam os economistas do Governo. *“Um deles é a questão da vinculação. Já ouvi sistematicamente economistas atacando a vinculação, mas sabemos que por trás disso o que existe é muito mais a questão do poder de controlar os recursos na ‘boca do cofre’. É antes de mais nada uma questão de poder. Acho muito engraçadas as críticas à 169 que afirmam que as vinculações não são democráticas, pois tornam extremamente rígido o orçamento e não permitem uma maior flexibilidade. Por outro lado, me pergunto se não é pouco democrático que alguns poucos economistas controlem na ‘boca do cofre’ a destinação dos recursos. Eu prefiro a vinculação. Ela é mais democrática. Permite melhor controle. A sociedade pode acompanhar melhor como se alocam os recursos e o volume dos recursos arrecadados. Não é democrático que se permita o controle na ‘boca do caixa’, como vem acontecendo, e a destinação conforme o ‘animus’ do controlador do caixa naquele momento ou conforme os interesses do momento”*. Outro aspecto da 169 que também incomodava, nas palavras do Deputado, era o que vedava a utilização dos recursos do orçamento da Seguridade para pagamento de despesas próprias do orçamento fiscal. Afirmou que esse ponto entrava em choque com a forma como as Medidas Provisórias vêm sendo utilizadas, *“inclusive para abrir sistematicamente o orçamento da Seguridade Social para desviar recursos para cobrir outras despesas, que não as despesas típicas da Seguridade”*. Disse que esse dispositivo colocaria um basta na possibilidade de drenar recursos para pagamento de outras despesas. Acrescentou que a iniciativa colocava, de forma indireta, um paradeiro na utilização de Mps para utilizar recursos da Seguridade *“a bel-prazer”*. O Deputado citou outro aspecto da 169 na linha de resguardar os recursos da Seguridade - o dispositivo que veda a aplicação dos recursos do Banco Central. O Deputado afirmou que no período de 91/95 a Seguridade Social perdeu por volta de R\$ 6,7 bilhões. Esses recursos deveriam ter retornado à Seguridade Social na medida em que representavam a remuneração dos recursos que o Tesouro depositava no BC e eram os recursos provenientes das contribuições sobre lucro e faturamento das empresas. *“Isso representa a perda de mais uma fonte da Seguridade, que é apropriada como se fosse receita própria do orçamento fiscal”*,

ressaltou o Deputado. Prosseguiu seu depoimento informando que a 169 vedava, também, a possibilidade de se apreciar iniciativas que permitissem o desvio de recursos, o que colocava um limite às iniciativas legislativas do Executivo e do Parlamento. O Congresso ficaria, assim, impedido de apreciar essas iniciativas. Enfatizou esses instrumentos que estão na 169 que, no seu entender, “são *muito preciosos*”. Citou iniciativas que tomou para que o TCU promovesse auditoria com vista a apurar os reais valores das contribuições arrecadadas para a Seguridade Social e também a sua alocação. Informou que o TCU apurou várias irregularidades, o que levou-o a entrar, junto com outros parlamentares, com uma representação no Ministério Público Federal, solicitando que aprofundasse as investigações relativamente aos desvios desses recursos. Em seguida, leu trechos do relatório do TCU referentes às irregularidades apuradas. Ressaltou as dificuldades que os parlamentares e a sociedade enfrentavam para desempenhar a função fiscalizadora dos atos do Executivo, principalmente quanto ao volume da arrecadação e à destinação dos recursos públicos, devido ao emaranhado de dados e à desorganização das informações em poder do Executivo. Disse que os Deputados estavam aguardando a manifestação do Ministério Público Federal. Disse, ainda, que sua preocupação com a 169 se relacionava ao momento para colocá-la em apreciação para votação no Congresso. Citou como fonte de preocupação o fato de 98 ser ano eleitoral. Para ele quanto mais próxima a eleição mais complicada seria a aprovação da PEC. Disse que os Deputados, de modo geral, ficam mais sensíveis a pressões de prefeitos e governadores. Acrescentou que essa sensibilidade já era grande. “*O limiar de aprovação já está baixo e tende a ficar mais baixo no segundo semestre até o final deste ano*”. Para ele, se não se colocar rapidamente a PEC em regime de votação, as perspectivas de aprovação cairiam muito, condenando a iniciativa à derrota, devido à proximidade do período eleitoral e ao fato de que muitos governadores não quererem se sujeitar à vinculação de recursos. Nesse ponto, discordou do otimismo da **Deputada Jandira Feghali**, que em seu depoimento disse acreditar que uma grande mobilização da sociedade poderá contribuir para a aprovação da PEC 169. Conselheiro **Eurípedes** disse que as entidades médicas se mobilizaram pela aprovação da CPMF. Condenou o ato da área econômica do Governo de incluir a CPMF no orçamento do ano passado, sabendo que a possibilidade política de sua aprovação em 96 seria muito pequena. Para ele, isso levou à crise do financiamento, da dívida da ordem de R\$ 3 bilhões do orçamento da saúde, o que trouxe consequências para este ano, porque as dívidas do ano passado estavam sendo saldadas com dinheiro da CPMF. Afirmou que as entidades médicas eram contra isso. Disse mais que se o setor chegar ao fim deste ano com uma nova crise financeira, seria a pré-crise final do SUS. Diante disso, aconselhou o Governo Federal a apoiar a aprovação da PEC 169. Concordeu com o **Deputado Tuga Angerami** no sentido de tentar aprová-la no primeiro semestre. Disse mais que o movimento que se iniciava na sociedade era absolutamente necessário à aprovação da PEC 169. Previu muitas dificuldades para a sua aprovação. Disse que o CNS deveria estimular o movimento e dele participar ativamente. Acrescentou que o CNS apoiava a PEC 169, citando que já havia uma Resolução do Conselho nesse sentido. Conselheiro **Jocélio** lembrou que o **Presidente Fernando Henrique Cardoso** afirmou na reunião de fevereiro do CNS que achava importante a saúde ter um orçamento permanente, que a CPMF era provisória e que ele, como Presidente, considerava que a saúde deveria ter um orçamento permanente. Referiu-se à simpatia de **Barjas Negri**, como Secretário-Executivo do MS, pela PEC 169. Disse, também, que o **Senador José Serra**, contrário à vinculação, teria revisto a sua posição com relação ao tema. O Conselheiro opinou que a idéia da vinculação cresceu e que já existia uma maior aceitação para essa alternativa. Disse que essa tendência somada a uma articulação do CNS com o movimento a favor da PEC poderia levar à sua aprovação. Mas lembrou, ao mesmo tempo, que o Presidente da República disse ao CNS que achava que o SUS não poderia continuar como estava; não deveria atender a todos gratuitamente, portanto, deveria deixar de ser um SUS universal e também deveria adequar os procedimentos em saúde ao orçamento possível, sugerindo a seleção dos procedimentos a serem executados pela saúde. O Conselheiro expressou opinião de que o Governo poderia vir a apoiar a PEC só para Estados e municípios, retirando a vinculação dos recursos federais e reduzindo os procedimentos. Indagou se seria possível constitucionalmente quebrar a universalidade do SUS, eliminar a atenção integral, e se a PEC poderia abrir espaço para isso. Recordou, ainda, que o Ministro tem dito que o SUS precisava mudar e que ele iria anunciar um pacote de mudanças. Indagou, também, qual seria o espaço no Congresso para uma mudança dessa natureza: mudar o perfil do SUS, deixar de ser integral, acoplar a questão do orçamento, além da possibilidade do anúncio de surpresa de um pacote de medidas para o setor saúde. Conselheiro **Komora** referiu-se à fala da **Deputada Jandira Feghali** quanto às Santas Casas. Disse que essas entidades farão 500 anos de existência em 98. E que sempre atenderam às classes D e, recebendo subvenções das classes A e B. Disse, ainda, que construíram ao longo do tempo um grande patrimônio, sobretudo de recursos humanos e profissionais, como também de instalações e de equipamentos. Salientou que as Santas Casas “*não irão para o cadafalso, como se leva gado para o abatedouro*”. Disse, também, que, de fato, estava tentando alternativas. Disse mais que as Santas Casas faziam esses estudos a contragosto, por índole e pela presença de religiosos no meio e de pessoas que dedicaram a sua vida à questão dos

serviços de caridade junto às populações pobres. Disse que as Santas Casas sempre preferiram os convênios com o setor público do que com o setor privado, *“pois os primeiros viabilizam a execução dos nossos ideais mais elevados e o cumprimento de nossa missão constitucional”*. Ressaltou que, no entanto, de um tempo para cá, o discurso tem sido no sentido da exclusão das Santas Casas. Ressaltou que, embora o discurso do Presidente da República e do Ministro tem sido em favor das Santas Casas, a prática tem mostrado o oposto. *“Estamos sendo obrigados a incluir um custo de 5% a 10% de nossa planilha mensal, que é o financiamento daquilo que o Governo nos deve. Para isso, deixamos de cuidar de nossos equipamentos, deixamos de renovar o nosso pessoal. Quero dizer que estamos estudando alternativas para atender as classes C e D em um regime de seguro-saúde, que pretendemos ser algo muito barato. Essa é a clientela do SUS que, na prática, tem tido negado o seu atendimento. Não é uma opção a que as Santas Casas vêem com entusiasmo. É uma alternativa para não se jogar no lixo toda essa história, todo esse patrimônio. Deixamos de ser tratados como parceiros pelo Governo. Parceiro é aquele que a gente salva quando está em perigo. Parceiro é aquele que a gente aporta recursos necessários. E isso não tem sido feito já de há muito tempo”*. Comunicou que, se até dezembro de 97, as Santas Casas não forem tratadas como parceiros do SUS, o conjunto dessas entidades, *“não por rebeldia, mas por necessidade”*, haveria de começar a se afastar do SUS, *“porque essa parceria está sendo uma condenação à morte”*. Conselheiro **Mozart** referiu ao que está previsto na Constituição quanto ao financiamento do setor saúde e externou a sua solidariedade e apoio aos Deputados que lutavam pela aprovação da PEC 169. Apontou alguns problemas de ordem operacional na PEC 169, entre os quais os problemas referentes aos artigos que impede a transferência dos recursos para o FEF; que diz respeito aos recursos administrados pelo BC por conta da aplicação do Tesouro; e que estabelece a vinculação orçamentária de 10% de Estados e municípios. Disse que esses pontos poderiam dificultar o apoio do Executivo à PEC 169. Conselheiro **Saad** fez comentários a respeito da vinculação, citando exemplo que deu certo, o da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Disse que uma das causas do sucesso da FAPESP residia exatamente na questão da vinculação que a Constituição do Estado de São Paulo estabeleceu como dotação para a instituição. O Conselheiro ressaltou que isso foi extremamente fundamental para o desempenho da FAPESP. A Fundação sobreviveu graças à vinculação de 0,5% da arrecadação dos impostos do Estado de São Paulo, informou o Conselheiro, comparando a situação do CNPq a nível federal e que não dispunha de recursos vinculados. Disse que somente a vinculação não garantia o sucesso, mas que no caso da FAPESP ela foi fundamental para a sobrevivência de uma instituição que hoje é respeitada. Finalizou afirmando que a vinculação era um dado de apoio. Conselheiro **Oswaldo** disse que o movimento dos aposentados tem sido o segmento social que mais vinha denunciando o desvio de verbas da Seguridade Social. Afirmou que era uma tática do Governo dizer a público que não há recursos para a área social. Referiu-se aos artigos 195 e 198 da Constituição, para criticar o Governo *“que consegue fazer com que não se cumpra o que está estabelecido na Carta para as questões da Seguridade e da saúde, fazendo passar no Legislativo medidas claramente inconstitucionais”*. Lembrou a luta dos aposentados na defesa dos recursos da Seguridade Social e do cumprimento do que estabelece a Constituição. Sugeriu que o CNS, juntamente com outros segmentos e entidades populares e sindicais, fizesse um ato nacional, no Congresso Nacional, para debater com os parlamentares a PEC 169 visando à sua aprovação. Professor **Elias**, Coordenador da Comissão de Acompanhamento Orçamentário do CNS, fez um histórico das manifestações do Conselho relativas à questão do financiamento. Informou que o relatório do TCU citado pelo **Deputado Tuga Angerami** seria objeto de análise da Comissão de Acompanhamento Orçamentário do CNS e que estava à disposição, na íntegra, de todos os Conselheiros e demais interessados. Disse que havia um movimento do Governo para desvinculação de receitas, das que já estavam vinculadas e, sobretudo, de receitas da Seguridade Social, constitucionalmente vinculadas. **Deputado Eduardo Jorge**, respondendo ao Conselheiro **Jocélio**, disse que a PEC não tratava da questão da universalidade e que a questão do espaço no Congresso Nacional iria depender da correlação de forças, a nível nacional, para se saber se haveria ou não alteração no Capítulo da Saúde na Constituição, caso ela viesse a ser proposta pelo Executivo. Disse, ainda, que o momento era de negociação e de mobilização, conforme referiram-se o **Deputado Darcísio Perondi** e a **Deputada Jandira Feghali**, para garantir o SUS. Disse, também, ser necessária uma negociação com o Governo Federal, com o Ministério da Saúde e com os Ministérios da área econômica. Sugeriu ao CNS designar um membro para acompanhar as discussões que estavam ocorrendo em relação à questão do financiamento do setor saúde. Disse que, por mais mobilização, sem negociação não haveria condições de se aprovar nada no Congresso, devido à ampla maioria que o Governo dispunha. Disse, ainda, acreditar na possibilidade de diálogo para se manter o SUS e a Seguridade Social. Defendeu a CPMF, que, em sua opinião pessoal e não partidária, deveria ser permanente. Citou reportagem do *“Estado de São Paulo”* apontando impacto zero da CPMF na inflação. Disse que, no mundo todo, a área financeira deveria ser alvo de contribuições de imposto, visando ao bem-estar social. *“São 4 a 5 bilhões de reais que vão entrar e deveriam continuar entrando para a Seguridade Social”*, ressaltou referindo-se à

arrecadação da CPMF. **Deputado Darcísio Perondi** disse que a questão não se restringia apenas a investimentos financeiros, mas também deveria se falar em investimentos em recursos humanos. Falou de absurdos que estavam ocorrendo em secretarias municipais sob o ponto de vista de controle gerencial dos escassos recursos para a saúde, que acabavam sendo desperdiçados. Defendeu o investimento no que ele chamou de “*capital humano*” na área pública. Para ele, a questão gerencial era fundamental. Afirmou que não há clima para quebra da universalidade “e o Governo sabe disso,” salientou. Disse que o Governo não vai encaminhar nenhuma proposta nesse sentido e sim tentar resolver de outras formas a questão do financiamento do setor saúde. Disse mais que o FEF “*é uma grande pedra, uma muralha da China*” no caminho da aprovação da PEC 169. Acrescentou que o Governo tem seu orçamento “*extremamente ajustado, com dificuldades enormes*”. Falou, ainda, na necessidade de se proceder às reformas da previdência, fiscal e outras para viabilizar o incremento dos investimentos para aumentar a riqueza do país e, portanto, aumentar a arrecadação, sem penalizar a população. Disse que a crise orçamentária brasileira não era de hoje e sim crônica e que tinha que ser resolvida pelo Governo, Congresso e sociedade. Afirmou que a negociação era essencial para a aprovação da PEC 169. **Deputado Tuga Angerami** disse que para a análise do relatório do TCU seria fundamental a participação de um representante do CNS e indicou, por sua experiência e conhecimento do tema, o **Professor Elias**. Mostrou-se pessimista e com uma sensação de impotência com os rumos do sistema público de saúde, que, no seu entender, estava se deteriorando e sendo privatizado de diversas formas, entre as quais a reserva crescente de leitos para atendimento de convênios e atendimento particular. No entanto, esperava que houvesse abertura de diálogo por parte do Governo para negociar a aprovação da PEC 169. **Deputado Darcísio Perondi** disse não concordar com a visão pessimista de seu colega. E apontou o SUS como a maior revolução na administração pública brasileira. “*O SUS acelerou a descentralização, estimulou o controle social. Já temos mais de três mil Conselhos Municipais de Saúde espalhados pelo país. Estamos avançando, mas temos muito a percorrer. Vamos continuar*”, salientou. **Dr. Barjas Negri**, Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, parabenizou o CNS por ter incluído na pauta o debate a respeito da PEC 169 e sobre a reforma tributária e fiscal. Disse que o **Ministro Albuquerque** já declarou em várias ocasiões a necessidade de rediscussão da PEC 169 em torno dos percentuais nela contidos. Disse, também, que era necessário achar uma solução emergente para o problema do financiamento do setor saúde. Acrescentou que o prazo para o debate era curto, pois em maio o projeto da Lei de Diretrizes Orçamentárias tinha que estar pronto. Discordou do Conselheiro **Jocélio** ao afirmar que o Presidente da República não falou em flexibilizar o SUS para mexer na questão da universalidade. “*O Presidente disse que é necessário priorizar e executar programas visando em primeiro lugar às populações mais pobres. Isso acabou sendo interpretado como intenção de acabar com o SUS*”. Citou, entre esses programas, recursos para controle de endemias, medicamentos, programa do leite, programa dos agentes comunitários de saúde, “*que não devem sofrer qualquer descontinuidade*”, ressaltou. Concordou com o **Deputado Eduardo Jorge** quanto à necessidade de sensibilizar a área econômica, “*que tem problemas com a vinculação de recursos*”. Informou que o MS estava discutindo com a área econômica visando dimensionar os programas que tinham que ser executados e não poderiam ser interrompidos. Disse das dificuldades de se apurar com precisão os gastos de Estados e municípios com o setor saúde. Garantiu que houve um crescimento de investimentos do Governo Federal no setor. E concordou que houve um aumento de investimentos por parte dos municípios. Afirmou que era uma determinação do **Presidente Fernando Henrique** e um desejo do Ministro a definição de fontes que garantissem a regularidade de transferência de recursos aos Estados e municípios, pois não havia como fazer descentralização se não havia garantia de aporte regular de recursos. “*Não há prefeito ou governador que vá aceitar arcar se não houver garantia de receitas mínimas*”. Acrescentou que o Ministro colocou na pauta de discussão a questão do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados pela rede pública a segurados e conveniados de planos de saúde e a regulamentação dos planos e seguros privados de saúde. Com relação ao Fundo de Procedimentos de Alto Custo, revelou que a idéia era que esse Fundo tivesse recursos do setor privado, principalmente. Disse que os governadores deveriam ser parceiros na empreitada visando à aprovação da PEC 169 e solicitou o apoio dos secretários estaduais no sentido do convencimento dos governadores. Conselheira **Zilda** cumprimentou os Deputados e agradeceu o seu interesse pela questão da saúde. Disse que o momento era propício para discussões dos problemas do setor, visando solução permanente, pois o Presidente da República considerava 97 o Ano da Saúde. Observou que a parte de prevenção era sempre prejudicada em termos de recursos frente à prioridade dada ao pagamento dos hospitais. Disse que 80% dos internados não teriam necessidade de estar em hospitais se houvesse uma rede de prevenção e de assistência ambulatorial. Disse, ainda, que o país gastava muito mal os poucos recursos, pois tinha que “*apagar o fogo*” dos hospitais. Finalizou afirmando acreditar que eram boas as possibilidades de mobilização dos setores sociais para a aprovação da PEC 169. Conselheiro **Gilson Carvalho**, representando o CONASEMS, dirigindo-se ao Secretário **Barjas Negri**, disse que os percentuais de 30% e 10% estabelecidos pela PEC 169 eram números que surgiram de estudos de

médias de repasses feitos e gastos anteriormente, tanto da previdência quanto da saúde. Afirmou que não eram números aleatórios. *“Tem-se divulgado uma idéia no Governo de que não se poderia repassar os 30% para a saúde porque o setor não teria capacidade de gastar. Isso é um discurso equivocado, que prejudica a nossa luta pela saúde pública”*. **Dr. Barjas Negri** contestou a colocação do Conselheiro **Gilson**, segundo a qual falava-se que o MS não teria capacidade de gastar, afirmando que ninguém da área da saúde disse que o MS não teria capacidade de gastar. Afirmou, ainda, que essa não era uma posição do Governo. E mostrou como a CPMF estava entrando e sendo aplicada corretamente. Garantiu que a equipe do **Ministro Albuquerque** tem capacidade técnico-gerencial para aplicar muito bem os recursos adicionais que vierem para a saúde através da PEC 169 ou outra alternativa que viesse a ser aprovada. Conselheiro **Newton** anunciou o próximo ponto de discussão - a reforma fiscal e tributária. Anunciou que o Conselheiro **Eurípedes** iria redigir uma proposta de Resolução sobre a PEC 169, que seria colocada para apreciação e deliberação do Plenário. Anunciou a presença do **Deputado Mussa Demis** e do **Dr. Fernando Rezende**, Presidente do IPEA, expositores e debatedores do próximo tema. **Deputado Mussa Demis**, relator da matéria, apresentou a proposta de reforma do sistema tributário. Informou que a proposta foi encaminhada em setembro de 1995 ao Congresso Nacional pelo Presidente da República, através da equipe econômica do Governo. Ressaltou que a proposta se inseria num conjunto de medidas que tinha como objetivo modernizar a economia e tornar efetivamente governável o país. Acrescentou que a proposta encaminhada foi objeto de análise na Comissão de Constituição e Justiça e dali encaminhada, juntamente com outras propostas de autoria de parlamentares, a uma Comissão Especial. Como relator da matéria, o Deputado percorreu os Estados *“na busca de um texto que, realmente, pudesse refletir o que de melhor se pudesse fazer no país hoje em termos de sistema tributário”*. Salientou que, depois de muito refletir, pesquisar e analisar, chegou à conclusão de que a melhor de todas as propostas, na conjuntura atual, era a que foi encaminhada ao Congresso pelo Poder Executivo. *“Nós nos debruçamos nessa análise sobre muitos outros textos; alguns modificavam apenas parcialmente o sistema tributário; outros provocavam no sistema uma verdadeira revolução, abandonando bases tributárias tradicionais e criando novas. O momento não nos permite embarcar em aventuras. Estamos vivendo um momento de transição, um momento ainda difícil para a economia brasileira. A pretensão nossa, ao adotar como referencial o texto proposto pelo Executivo, não foi senão a de adotar o que mais prudente nos parece. É possível até que propostas mais ousadas pudessem ter um resultado melhor do que nós esperamos alcançar com a alteração que se propõe através do texto encaminhado pelo Poder Executivo. Todavia, dificilmente nós poderíamos, nesta ocasião, enveredar por esse caminho, uma vez que nenhuma das propostas alternativas que nos foram apresentadas nos asseguraria a receita tributária que hoje temos no país”*. Em seguida, passou a enumerar os aspectos positivos da proposta governamental: **1)** vai permitir um combate muito mais efetivo à sonegação dos tributos atualmente existente; **2)** tornará mais justa a partilha das receitas entre os diversos entes federados, na medida em que prepara o sistema para a tributação no destino, ou seja, um sistema através do qual a receita arrecadada no Estado vai pertencer exclusivamente àquele em que o bem é consumido, diferentemente do que ocorre hoje, onde ainda uma parcela significativa dessa receita acaba por pertencer aos Estados mais poderosos, os chamados Estados produtores; **3)** vai permitir, também, a quebra do sigilo bancário e permitir que a Receita Federal tenha instrumentos mais ágeis para fiscalizar melhor a arrecadação de tributos. O Deputado reconheceu que a proposta governamental também apresentava defeitos. Disse que procurou retirá-los do texto original e citou, entre eles, alguns dispositivos que retiram recursos de Estados e municípios, enfraquecendo, no seu entender, a Federação, *“pois a União pode muito mais que os Estados e os municípios. A União pode emitir moeda; os Estados não podem; a União é que comanda efetivamente o orçamento ao liberar ou deixar de liberar os recursos”*. Disse, ainda, que procurou evitar que o Congresso tivesse seus poderes diminuídos com prerrogativas que hoje são suas - como por exemplo a modificação de tributos através de lei complementar, que exige um quorum bem mais qualificado que lei ordinária - e que o projeto de emenda constitucional pretendia transferir para o Poder Executivo. Explicou que a proposta do Governo consistia basicamente na troca de um imposto por outro. *“Ela consiste no desaparecimento do IPI pela instituição de um imposto já existente, já testado, já aprovado, que é o ICMS, o imposto que maior arrecadação produz no país e que já é arrecadado pelos Estados”*. Disse que ele teria, pela proposta acolhida, a mesma flexibilidade que tem o IPI no campo federal. Ressaltou que o maior inconveniente da proposta governamental consistia ao partilhar com Estados e municípios a arrecadação do IR retido na fonte sobre os rendimentos arrecadados de terceiros por serviços prestados a eles prestados e dos seus próprios servidores e que hoje não ocorria. *“Essa arrecadação, por sinal, já consta no FEF e que no texto encaminhado ao Congresso Nacional, se não o retirássemos, se tornaria regra permanente”*, disse o Deputado, acrescentando que introduziu, também, no texto algumas disposições que a ele pareceram importantes, para tornar mais justa especialmente a relação do fisco com os contribuintes. Incluiu dispositivo que impede a União de cobrar, de lançar empréstimo compulsório, se estiver inadimplente com empréstimos compulsórios anteriormente lançados. Disse que é uma forma de evitar a

489 institucionalização desse calote que tem acontecido ao longo dos últimos anos. “*Eu não me lembro de*
490 *nenhum empréstimo compulsório que tenha sido devolvido pela União*”. Incluiu também um artigo por
491 força do qual nenhum contribuinte poderá ser responsabilizado criminalmente antes de encerrado na
492 esfera administrativa própria o processo fiscal, a fim de evitar que duas instâncias analisem ao mesmo
493 tempo o mesmo processo. Acrescentou, ainda, um dispositivo que vai fazer com que o Congresso
494 Nacional fixe a alíquota máxima para o IPTU, evitando, dessa forma, o abuso que vem se realizando,
495 especialmente em relação às prefeituras das capitais. Entre as modificações que colocou no seu texto
496 substitutivo, o Deputado citou a destinação durante cinco anos do imposto federal novo que vier a ser
497 arrecadado sobre combustíveis e lubrificantes para a recuperação e a manutenção das rodovias
498 federais. Conselheiro **Newton** agradeceu em nome do CNS a exposição do Deputado e passou a
499 palavra ao Presidente do IPEA, **Dr. Fernando Rezende**, que assessorou o então Ministro do
500 Planejamento, **José Serra**, na elaboração da proposta governamental de reforma fiscal e tributária.
501 Rezende começou por explicitar a relação do tema com a questão do financiamento do setor saúde.
502 Disse que, em primeiro lugar, era necessário definir com clareza qual seria o montante de recursos que
503 a sociedade brasileira estaria efetivamente disposta a mobilizar para financiar um programa prioritário
504 como a questão da saúde, e em segundo, definir regras claras e automáticas de repasse e transferência
505 desses recursos para que o prestador de serviços pudesse ter uma garantia mínima de fluxo financeiro.
506 Disse que estava preocupado com algumas propostas que buscavam lidar com a questão emergencial
507 descolada, no seu entendimento, da discussão em torno da construção de um novo modelo para o setor
508 saúde. Afirmou ser urgente a modernização do sistema tributário e o seu ajuste à nova realidade que se
509 estava buscando no cenário mundial “*ao qual o Brasil não poderá, por razões óbvias, deixar de integrar-*
510 *se*”. Acrescentou que o país precisava caminhar no sentido de ajustar o sistema tributário às práticas de
511 seus parceiros num cenário mundial cada vez mais integrado. “*A harmonização das práticas*
512 *contributivas é uma exigência do processo de integração, sem a qual não vamos poder competir não*
513 *com os nossos parceiros europeus, mas com os nossos vizinhos sul-americanos*”, salientou. Enfatizou,
514 ainda, que se não houver possibilidade de competição, de expansão da produção, de expansão de
515 investimentos, não haverá arrecadação de impostos, orçamento público e, conseqüentemente, não
516 haverá recursos para sustentar o padrão de gasto que o país necessita para resolver seu grau de
517 problema social. Disse, ainda, que isso significava que as contribuições do tipo que hoje financiavam a
518 saúde, como é o caso da Cofins, teriam que ser necessariamente repensadas, “*pois contribuições sobre*
519 *faturamento penalizam de modo extremamente severo as empresas brasileiras frente aos nossos*
520 *parceiros internacionais*”, acrescentou. Exemplificou dizendo que o produto importado que entra no
521 Brasil não pagou em seu país de origem contribuições dessa natureza e competia aqui dentro em
522 condições vantajosas frente ao produto nacional. **Rezende** previu que, se mantidas as estruturas
523 tributárias atuais, estarão sendo criadas condições difíceis de sustentação da produção em alguns
524 setores importantes para geração de empregos, renda e para o crescimento do produto nacional.
525 Apontou, também, como objeto de revisão contribuições sobre a mão-de-obra, sobre os salários, para
526 propiciar aos trabalhadores melhores remunerações. Disse que seria necessário analisar em que medida
527 as reformas que estavam sendo contempladas no campo tributário poderiam criar uma nova situação de
528 ajuste do financiamento do setor saúde a uma nova estrutura que teria que ser concebida frente a essa
529 nova realidade. Afirmou ser nesse sentido que via que o projeto de reforma tributária teria um grande
530 mérito, o de iniciar um processo de progressiva substituição dessas bases de financiamento, que, no seu
531 entender, teriam que ser progressivamente abandonadas no futuro pelo consumo, “*a base de*
532 *financiamento hoje internacionalmente utilizada como principal fonte de financiamento de programas*
533 *governamentais*”. Ressaltou que fazendo com que os impostos incidissem majoritariamente sobre o
534 consumo, poderia se caminhar na linha de instituir uma estrutura de incidência que fosse mais adequada
535 ao perfil da distribuição da renda da população. Acrescentou que o poder aquisitivo manifestava-se
536 muito mais concretamente no ato de consumir do que no de receber. Explicou que se fizesse um
537 sistema tributário com alíquotas diferenciadas e crescentes em função da natureza das mercadorias e
538 serviços consumidos faria-se não só com que a estrutura de impostos acompanhasse mais rapidamente
539 o ritmo de expansão de renda, como faria-se com que ela fosse mais justa do ponto de vista de quem
540 financiava esses programas. Disse ser nesse sentido que o projeto de reforma tributária propunha juntar
541 as bases de incidência do IPI e do ICMS, e, em unificando essas bases, criar o processo de progressiva
542 absorção pelo consumo e absorver progressivamente outras contribuições. Explicou que unificar essas
543 bases significaria unificar a fiscalização, unificar os procedimentos da administração tributária, simplificar
544 a vida do contribuinte, “*e significa, acima de tudo, fechar brechas à sonegação fiscal*”. Afirmou, ainda,
545 que hoje não havia mais, no país, condições de aumento de impostos. “*Precisamos fazer com que um*
546 *universo maior de contribuintes pague o que deve, porque hoje tem-se uma carga tributária da ordem de*
547 *30% do produto nacional, a qual onera cada vez mais pesadamente alguns pouco contribuintes, que são*
548 *obrigados a pagar o imposto por não ter como deixar de fazê-lo, enquanto uma grande parcela de*
549 *pessoas sobrevivem à margem da sonegação e da evasão fiscal*”. Prosseguiu dizendo que na medida

em que se unificava as duas bases de incidência, teria-se que rediscutir a alíquota desses impostos. “A proposta viabiliza um progressivo aumento das bases próprias de financiamento dos Estados e municípios. E em rediscutindo alíquotas existe espaço para rediscutir o problema de como repartir essa base, esse ‘bolo’, entre o Governo Federal e os Governos estaduais. Ao mesmo tempo, ela viabiliza o que acho ser a tese fundamental de construir um novo modelo de financiamento para o setor saúde, que é de descentralizar a base de financiamento”, ressaltou. No entender do Presidente do IPEA, a Constituição de 88 criou uma assimetria extremamente prejudicial para ambas as partes. “É prejudicial para o Governo Federal porque tem que pagar uma conta que lhe é remetida e sobre a qual o processo de controle dessa conta num país com a dimensão continental do Brasil é extremamente complexo. Quem paga a conta não tem muito controle sobre o seu tamanho. Por outro lado, quem presta o serviço também não sabe se vai contar com o dinheiro para arcar com o custo do serviço na ponta”. Concluiu que essa assimetria precisava ser revertida. afirmou, ainda, que qualquer solução emergencial que aumentasse o grau de dependência financeira dos Estados e municípios em relação à União era uma solução equivocada, ou seja, caminharia em direção oposta àquilo que seria desejável do ponto de vista de mudanças estruturais. “É claro que descentralizar a base de financiamento significa permitir que Estados e municípios possam gerar fontes próprias com suas próprias bases de incidência recursos senão suficientes para arcar com todo o custo do serviço, pelo menos recursos majoritariamente importantes para arcar com o custo do serviço, o que não elimina a necessidade do Governo Federal preservar a função compensatória no que diz respeito a complementar recursos daquelas unidades da Federação que não tiverem bases de financiamento possíveis. A proposta de reforma tributária abre espaço para essa descentralização da base de financiamento”, informou. Falou que a proposta do Governo poderia gerar no futuro um modelo ideal, mas reconheceu que há um problema de transição que tinha a ver com a questão emergencial do setor saúde, que vinha sofrendo crise de financiamento há alguns anos e que precisava saber como vai sobreviver em 98, quando a CPMF deixar de ser arrecadada. Disse suspeitar que vai-se começar a discutir a prorrogação da CPMF. O problema, ponderou, seria não perder de vista a necessidade de ir mais fundo na questão, porque todas as soluções emergenciais significavam ‘empurrar o problema com a barriga’, o que não resolvia de fato a essência do problema. Apontou alternativas nessa emergência, para as quais seria necessário definir o grau de responsabilidade do Governo Federal e que houvesse clareza de uma automaticidade nos repasses de recursos para que quem tenha a responsabilidade de prestar o serviço tivesse clareza de quanto contaria em dinheiro para o mês que vem e até para o próximo ano, para que pudesse se programar. Além disso, seria necessário haver alguma regra que promovesse um melhor equilíbrio entre o financiamento federal e o aporte de recursos de Estados e municípios. **Rezende** disse que a solução de emergência não deveria criar obstáculos para que se pudesse efetivamente caminhar rumo a uma mudança estrutural mais permanente, “conforme pretende a proposta de reforma tributária em discussão no Congresso Nacional”. Disse, ainda, acreditar que o momento era favorável para um salto na direção de um novo modelo de financiamento para o setor saúde. Ressaltou que, nesse sentido, a proposta de reforma tributária “abre uma avenida que, até então, estava bloqueada”. Conselheiro **Newton** agradeceu o depoimento do **Dr. Fernando Rezende** e abriu o debate ao Plenário. Conselheiro **Jocélio** referiu-se ao combate à sonegação que a reforma viria a propiciar, nas palavras do **Deputado Mussa Demis**. afirmou, no entanto, que um dos aspectos mais lamentáveis, a seu ver, no país seria a desigualdade social e ressaltou que não ouviu o Deputado fazer referência, em nenhum momento de sua exposição, à possibilidade de se cobrar mais de quem ganha mais. Disse que essa providência seria fundamental para combater essa desigualdade social. Indagou ao Deputado como essa questão estava sendo encarada pelo Congresso no debate da reforma tributária. Prosseguiu afirmando que na questão social não se usava o mesmo discurso de modernidade quando se referia à necessidade de ampliar o poder de competitividade do Brasil. Disse mais que o país era um dos que menos investia na saúde, tendo um atendimento médico de baixa qualidade. Salientou porque não usar o mesmo discurso de modernidade para o campo social. Disse, ainda, que uma reforma tributária deveria estar norteada por um princípio. Acrescentou, referindo que o princípio de reduzir os encargos trabalhistas, de reduzir os ônus das classes produtoras para poder manter a competitividade, deveria estar voltado para um retorno em termos de qualidade de vida. Para ele, essa era a questão fundamental para o debate sobre uma política de reforma tributária. Disse ter a impressão que toda a discussão girava em torno da competitividade internacional. Indagou como ficava a questão da desigualdade social e perguntou ao **Deputado Mussa Demis** qual a sua opinião sobre a possibilidade de fazer com que os que ganhavam mais pagassem mais, de reverter a arrecadação do Governo em qualidade de vida e o sobre o papel da saúde como norteador da reforma tributária, inclusive como auxiliar no combate à sonegação. Disse que no SUS se trabalhava com a questão da descentralização acoplada ao controle social. afirmou que, dentro da máquina administrativa, o setor saúde era o que conseguia maior permeabilidade e oferecia maior transparência de seus gastos para o controle da sociedade. Indagou, ainda, ao **Deputado Demis** se o Congresso considerava na discussão da reforma tributária a desigualdade social como questão

611 prioritária. Comentou que na área da saúde brigava-se para que as fontes de financiamento fossem
 612 respeitadas e que o setor não estava reivindicando mudanças nessas fontes. Conselheira **Zilda Arns**
 613 indagou se havia no Congresso Nacional alguma discussão em torno da possibilidade de se negociar
 614 com os países credores do Brasil a conversão de parte da dívida externa em programas nas áreas de
 615 saúde, educação, geração de empregos e renda, visando diminuir a exclusão social. Conselheiro **Mozart**
 616 mostrou-se preocupado como o setor saúde sairá da questão emergencial, já que a reforma tributária
 617 era sempre postergada. Indagou qual a força efetiva que o Executivo e suas bases partidárias estavam
 618 dando para que a reforma tributária tivesse, de fato, prioridade no elenco das reformas pretendidas e
 619 como a saúde sairia da questão emergencial. Conselheiro **Armando Raggio** disse que os secretários
 620 estaduais de saúde tinham a preocupação de contribuir para a transição e trabalhar de forma a
 621 recuperar a capacidade de os Estados financiarem o setor. *“Sempre somos indagados porque não*
 622 *colocamos na NOB o quanto Estados e municípios iriam gastar na saúde. Chegamos ao consenso de*
 623 *que se colocássemos o ideal ficaria muito longe da realidade e não conseguiríamos alcançar a meta de*
 624 *investimento. E se colocássemos um valor simbólico, ficaríamos sujeitos a viver com poucos recursos.”*
 625 Conselheiro **José Carlos** fez considerações sobre a melhor repartição dos impostos, ressaltando que
 626 Estados e municípios estão praticamente falidos. *“A grande reclamação é que o Governo Federal fica*
 627 *com maior parcela dos impostos. Com isso, Estados e municípios ficam sem condições de ampliar seus*
 628 *investimentos na área social”*. Referiu, ainda à descaracterização da CPMF por estar sendo utilizada
 629 para pagar dívidas que seriam de responsabilidade do Tesouro. Disse que se colocasse em prática os
 630 mecanismos de repasse de recursos já existentes, haveria um avanço significativo no sentido da solução
 631 da crise porque passa o setor saúde. Conselheira **Rita de Cássia** indagou sobre a opinião do **Dr.**
 632 **Fernando Rezende** quanto à questão da CPMF na perspectiva de a reforma tributária incorporá-la
 633 como fonte de arrecadação permanente para a saúde. Conselheiro **Oswaldo** contestou colocações do
 634 **Dr. Rezende**. Disse que o empresário brasileiro arrecadava pouco para o país e que o trabalhador tinha
 635 baixo poder de compra não por causa da carga tributária mas por causa do baixo salário, considerado
 636 um dos piores salários do mundo. Disse, ainda, achar que uma reforma tributária teria que se basear na
 637 busca de uma melhor distribuição de renda e na taxação maior sobre aqueles que detinham maior
 638 riqueza. Acrescentou que no Brasil quem sofre maior taxação era o assalariado. *“Enquanto os*
 639 *empresários têm uma série de privilégios em termos de imposto de renda, o assalariado é descontado*
 640 *na fonte”*. Enfatizou que o brasileiro não reclamava por recolher imposto, mas sim porque quase nada
 641 recebia em troca por sua contribuição. *“O cidadão não tem segurança, não tem transporte, não tem*
 642 *acesso à moradia, não tem acesso a melhoramentos mínimos em sua cidade”*. Disse que a reforma
 643 tributária deveria levar em conta a prioridade de alocação de recursos em saúde, educação, moradia,
 644 transporte e segurança. **Professor Elias** disse acreditar que a vinculação de recursos não estava sendo
 645 vista como questão doutrinária. Disse mais que se preocupava com as colocações do **Dr. Rezende**
 646 sobre duas contribuições que são hoje o sustentáculo básico da *Seguridade Social*, o faturamento e a
 647 mão-de-obra. Ressaltou que se elas saírem, *“vai-se ter que construir uma engenharia muito grande de*
 648 *substituição, pois 80%/85% da Seguridade Social estão sustentados nessas duas contribuições”*. Esse
 649 processo de substituição *“assusta muito, pois deixa de ser apenas um problema só da saúde e torna-se*
 650 *gravíssimo do ponto de vista da previdência e da assistência social”*. Disse que a transição para esse
 651 novo sistema teria que ser feita com muito cuidado, não podendo se dar de forma radical. Disse, ainda,
 652 que o fato de a PEC 169 ter vinculação de 30% do orçamento da Seguridade Social dá *“um certo alívio”*
 653 porque não importa se as fontes da Seguridade mudarem se houver essa vinculação. Conselheiro
 654 **Eurípedes** mostrou preocupação com a reforma tributária e os seus reflexos na área da saúde, *“dado*
 655 *que o Brasil é um dos primeiros países em concentração de renda a nível mundial”*. Disse que a política
 656 de saúde era a política social mais abrangente do Brasil e, portanto, a garantia da questão do
 657 financiamento dessa política era muito importante. Os cálculos dos gastos do setor variam muito, disse,
 658 mas admite-se que somados os gastos federal, dos Estados e dos municípios e os gastos do setor
 659 privado poderia se chegar a R\$ 35 bilhões por ano, acrescentou. Para o Conselheiro, a questão básica
 660 da reforma tributária era que quem ganha mais não pagava nada ou pagava muito pouco
 661 proporcionalmente ao que ganhava. *“Os assalariados são descontados na fonte e o capital é pouco*
 662 *penalizado”*. Mostrou-se preocupado com a idéia difundida de que os serviços de saúde eram gratuitos.
 663 *“Isso é um conceito colocado em particular pela mídia, e não vemos por parte do Governo qualquer*
 664 *preocupação em mudar esse conceito. Na verdade, os serviços não são gratuitos. No mínimo, todos*
 665 *deveriam pagar igualmente os tributos e, eventualmente, haver tributos progressivos”*. Indagou como iria
 666 se garantir em 97 o orçamento da saúde, com o fim da arrecadação da CPMF. **Dr. Fernando Rezende**
 667 disse reconhecer que no Brasil há um problema grave de sonegação e de iniquidade de quem pagava
 668 impostos. Acrescentou que quem pagava imposto era o consumidor ou o trabalhador. Disse mais que o
 669 problema social brasileiro não seria resolvido apenas por via de melhorar o sistema tributário ou
 670 aumentar os gastos em programas. Ressaltou que o problema social seria resolvido através da
 671 retomada do processo de crescimento, que viabilizará emprego, melhores salários, melhor distribuição

de renda. *"Podemos avançar um pouco mais fazendo que os mais ricos paguem mais. A melhor maneira de fazê-lo é tributar o consumo, pois este não se esconde; existem mil e uma maneiras de se esconder a renda. Se insistir que vai-se tributar o lucro em 50%, o empresário fecha e reabre seu empreendimento no Uruguai, no Paraguai. O MERCOSUL está aí mesmo. Assim como não adianta aumentar tributação sobre mão-de-obra, pois aumenta a informalidade e aí não se tem base para financiar a previdência, já que a arrecadação do setor não cresce"*. Disse ser possível a CPMF ser absorvida numa mudança tributária como a que estava prevista. Disse mais que a responsabilidade da União quanto ao financiamento da saúde precisava ser preservada e que fóruns como o CNS eram que deveriam decidir o grau dessa responsabilidade. Ressaltou ser um equívoco trabalhar numa proposta para emergência que não tivesse um mínimo de possibilidade de se ajustar progressivamente a uma realidade que vai se construir no futuro. Conselheiro **Newton** agradeceu a presença e os esclarecimentos prestados pelo **Dr. Rezende** e passou a palavra ao **Deputado Mussa Demis**. O Deputado passou, então, a responder às questões levantadas pelos Conselheiros. Ao Conselheiro **Jocélio** respondeu que havia matérias que deveriam ser tratadas através do texto constitucional e outras que deveriam ser tratadas fora desse contexto. Disse que no episódio das desigualdades sociais teria-se que recorrer à Constituição para corrigir deformidades nesse campo. Disse, também, que no âmbito tributário poderia se discutir a matéria, não necessariamente, entretanto, através de uma revisão do texto constitucional. Disse mais que apenas o imposto de renda poderia combater desigualdades sociais, por ser por excelência um imposto utilizado não apenas como instrumento de arrecadação, mas também era um poderoso instrumento de correção de desigualdades sociais, de justiça social, se viesse a ser corretamente aplicado. Salientou que o Congresso cometeu um retrocesso depois da promulgação da Constituição na legislação do imposto de renda em relação às desigualdades sociais, configurado na redução das alíquotas progressivas para pessoas físicas para apenas duas, porque passou-se a penalizar muito mais as pessoas de menor do que as de maior renda. No entanto, afirmou que isso era reversível através de legislação ordinária. A Conselheira **Zilda** e ao Conselheiro **José Carlos** disse que houve erros na formação da dívida externa, ocorrendo muito desperdício, como o representado pela Transamazônica e a construção de usinas nucleares. Mas que não havia como desconhecer a dívida e não pagá-la, *"pois se assim procedesse, o Brasil ficaria excluído do mercado mundial e sofreria retaliações"*. Disse ser difícil mas não impossível negociar com os credores propostas como a formulada pela Conselheira **Zilda** de conversão de percentuais da dívida em programas de cunho social. Ressaltou, no entanto, que não seria o Congresso o fórum responsável pela iniciativa de tais propostas e sim o Poder Executivo, através dos Ministérios das Relações Exteriores, Fazenda e Planejamento. Fez um histórico do processo previdenciário no Brasil para responder às considerações do Plenário sobre a crise da previdência social no país. Disse que o orçamento da União é todo comprometido : 44% da arrecadação dos dois maiores tributos eram repassados para Estados e municípios; 3% da arrecadação iam para o fundo constitucional do Norte/Nordeste/Centro-Oeste; 10% da arrecadação do IPI eram comprometidos com a exportação dos produtos industrializados; do que sobra do IPI, 16% iam para o FNDE e o restante era utilizado para pagar a dívida externa, o funcionalismo público e para pagar o custeio da máquina administrativa e para os investimentos. Para estes, informou o Deputado, sobravam cerca de 5% a 7% do orçamento. Reafirmou que o novo sistema tributário iria combater duramente a sonegação de impostos no país, através de uma rede de informações que envolveria União, Estados e municípios. Referindo-se às considerações do Conselheiro **Mozart**, concordou que a reforma tributária deveria ser votada com urgência, assim como as outras reformas estruturais. Explicou o atraso na votação dessas reformas apontando como causa as idas e vindas do Poder Executivo com relação às suas próprias propostas. Com relação às preocupações do Plenário relativas aos recursos para a área da saúde, afirmou que o orçamento da União era extremamente limitado. Ressaltou que se não fosse criada a alternativa da CPMF seria extremamente difícil atravessar a fase crítica porque passa o setor saúde. Propôs a permanência da CPMF como alternativa para suprir as necessidades de financiamento da saúde, pois não afetava a maioria da população e não onerava brutalmente quem a estava recolhendo. Ressaltou que hoje a situação de dificuldades do setor saúde estava colocada de forma definitiva e não poderia haver recuos. Garantiu que o Congresso terá a mesma sensibilidade que teve na votação da CPMF quando o assunto da crise de financiamento da saúde for discutido naquela Casa. Enfatizou que a saúde teria que dispor dos recursos necessários, e que o Congresso vai estar do lado do setor para superar a crise. **Professor Elias** ponderou que a CPMF não era a solução para o financiamento da saúde e afirmou que o CNS tem consciência de que tratava-se de uma solução emergencial. Acrescentou que, também, não era possível pensar em aumento da alíquota da CPMF, pois isso envolveria emenda constitucional e a atual previa no máximo 0,25%, que acabou ficando em 0,20%. Elogiou a abertura ao diálogo do **Deputado Mussa Demis** e disse esperar que ele fosse mantido, pois o CNS tem uma Comissão que estava acompanhando as discussões de temas referentes à saúde no âmbito do Congresso. O Deputado disse que procurou situar a CPMF como uma das formas de recursos específicos para o setor. Acrescentou estar receptivo à idéia da PEC 169 e colocou-se à disposição do

CNS para continuar discutindo o tema do financiamento da saúde. Conselheiro **Newton** agradeceu a presença do Deputado e os esclarecimentos prestados ao CNS. **ITEM 02 - INFORMES - 1.** Projeto de Lei 2.672/96 do Deputado Arlindo Chinaglia, que altera as atribuições e composição da Comissão de Especialistas em Ensino Médico do MEC, proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes nos próximos 10 anos e dá outras providências; foi indicado Conselheiro **Eurípedes** para analisar e emitir parecer. **2.** Ofício nº 5/65, de 28/02/97, contendo resposta do CES/RJ ao Ofício 074/CG/CNS/SE/MS, que apresenta denúncia relacionada a morosidade na divulgação no DOE, dos nomes dos novos membros do CES. Conselheiro **Jocélio** parabeniza a Secretaria Executiva do CNS pelo retorno da informação. **3.** Projeto de Lei nº 2.783 de 1997, do Deputado José de Abreu que dispõe sobre a regulamentação da profissão de Terapeuta Holístico e dá outras providências. O Plenário indicou a Conselheira **Lucimar** para proceder análise e dar parecer. **4.** Projeto de Lei nº 2.750, de 1997, do Deputado Adhemar de Barros Filho, que dispõe sobre o ensino de disciplinas Medicina Forense e Medicina Legal, nas Faculdades de Direito. Foi indicado o Conselheiro **Saad** como relator da matéria. **5.** Convite para participar do Curso Internacional Avanços no Conhecimento do Dengue e Dengue Hemorrágico, em Havana, 18 a 20 de agosto de 1997. Foi lido para conhecimento dos Conselheiros. **6.** Informação sobre a IIIª Conferência Municipal de Saúde de Manaus/MA (discussão de composição do futuro Conselho e Plano Emergencial de Saúde. Documento lido para conhecimento dos Conselheiros. **7.** Denúncia sobre a questão do desvio de verbas para o programa “*LEITE É SAÚDE*”. Lido para conhecimento do Plenário e o mesmo deliberou que o documento fosse encaminhado para a Coordenação de Auditoria. **8.** Críticas ao Ministério da Saúde pela aprovação da proposta de regulamentação de planos e seguros de saúde. Discurso do Deputado Osmânio Pereira - PSDB/MG, proferido na sessão do dia 29/01/97. O plenário decidiu que fosse distribuída cópia do documento para todos os Conselheiros. **9.** Assessoria de Assuntos Especiais - Divisão de Análise Técnica, enviou ao CNS, para conhecimento e divulgação aos interessados, informações referentes aos eventos: **1.** “*Health Care in Developing Countries Program*”, de 31 de maio a 27 de agosto de 1997, em Boston; **2.** Bolsas de Estudos para “*International Fellowship in Medical Educations*”, de 1997 a 1998, em Washington; **3.** II Maestria - Neurociência, em Yueva-Espanha, de 17 de março a 16 de maio de 1997 - Indicada a Conselheira **Rita de Cássia** para analisar e proceder à divulgação. **10.** Ofício nº 090/CG/CNS/GM/MS, de 03/03/97, encaminhado ao Senhor Ministro da Saúde, que diz respeito a posição contrária das diversas entidades representativas à forma de preenchimento das vagas de nível médio no CNS. A discussão do tema foi polêmica, sendo levantadas questões a cerca de: rodízio entre a representação dos profissionais de saúde; 25% na representação dos profissionais de saúde; paridade legal no CNS; legitimidade do fórum de escolha; abertura de precedentes para outros segmentos questionarem representatividade no CNS; competência do CNS na definição da questão e arbitrar em caso de impasse; aumento do número de assuntos no CNS e do estudo que vem sendo realizado pela comissão de reestruturação. **11.** A questão do MERCOSUL. O “*dossiê*” preparado pela SVS foi colocado à disposição dos Conselheiros. Terminada a apresentação dos Informes elencados na pauta, passou-se aos de ordem geral. Conselheiro **Eurípedes** informou que o Governador Mário Covas promulgou Lei que se refere a não exclusão no atendimento dos pacientes usuários de planos e seguros de saúde e que havia participado da Comissão que regulamenta os planos de saúde dando depoimento em nome da FENAM. para a regulamentação do assunto e defendeu o Projeto elaborado pelo CNS, com os seguintes adendos: livre escolha dos planos de saúde e que autorização ficasse sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. Conselheiro **Artur** disse ter solicitado na reunião passada, informação sobre blisters para hanseníase e ainda não recebera retorno. Apresentou demanda da Comissão Nacional de AIDS em relação a CEME (a CEME teria estoque de medicamentos até março/97 e estaria faltando nos estados do Ceará e Goiás) e falou sobre um estoque de DDI preso na Receita Federal de Guarulhos, mesmo com a documentação em dia. Conselheiro **Mario**, reiterou denúncia já registrada ao Plenário sobre o protocolo de pesquisa feito em HIV, com 980 pacientes em São Paulo. Os pacientes estariam sendo submetidos a tratamento monoterápico. Conselheiro **Newton** ressaltou, a propósito da denúncia que, em 1994, foi elaborado um protocolo conjuntamente com entidades nacionais e estrangeiras sobre pesquisa em humanos, onde o consentimento do paciente pode ser retirado a qualquer momento. Conselheiro **Saad** informou o Plenário sobre o andamento dos trabalhos do grupo que está realizando estudo com seres humanos e reportou-se à denúncia do Conselheiro **Mario** dizendo que os Centros estão sendo oficiados para que se manifestem, pois o parecer do relator do processo que envolve o assunto, foi de que interrompessem o **tratamento monoterápico**. Conselheira **Zilda** comunicou ao Plenário que a Pastoral da Criança, junto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância realizou pesquisa sobre afetividade, sexualidade e planejamento familiar e que, oportunamente, o material será distribuído aos Conselheiros. Conselheira **Margareth** comunicou que a Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher recebeu um convite para integrar a Comissão que define diretrizes e estratégias na área AIDS-Mulher e propôs que fosse indicado um representante. O Plenário indicou o Conselheiro **Mário** para representar o CNS nesse fórum. Conselheiro **Jocélio** sugeriu que houvesse deliberação sobre a

794 data da realização da plenária dos Conselhos de Saúde. Propôs para o dia 16/04/97, por estar previsto,
795 nessa data, um ato em defesa do SUS. Proposta aprovada. **Dra. Lúcia** procedeu à leitura do Ofício
796 enviado pelo Conselheiro *Gilson Cantarino*, comunicando da impossibilidade de participar da reunião
797 bem como o seu substituto Dr. *Eduardo Mota*, mas a mesma seria acompanhada por sua assessoria
798 técnica. Conselheiro **Newton** deu ciência ao Plenário do teor do Ofício Circular do CONASS/ nº 12, de
799 06/03/97, enviado pelo Presidente do CONASS, Dr. *Armando Raggio*, agradecendo a atenção recebida
800 quando de sua passagem pelo CNS. Conselheiro **Olímpio** manifestou-se sobre a questão da
801 Hemodiálise. Segundo denúncia, alguns Centros de Hemodiálise estariam sendo vendidos para
802 Multinações. Esse assunto veio ao conhecimento do CNS no ano passado, tendo sido, à época,
803 formada uma comissão para estudar o problema. Além do próprio Conselheiro, participaram dessa
804 Comissão Dr. *Keiji*, Conselheira *Neide Barriguelli* e Dr. *Ubiratan*. A conclusão que a Comissão chegou foi
805 de que havia uma negociação em termos de parceria, através de “*franchise*”, mas que este processo
806 sofrera descontinuidade. Como integrante da Comissão, presente nesse momento, colocou para
807 apreciação do plenário a seguinte proposta: que fosse recomendado ao MS solicitar ao Dr. *Rui Barata*,
808 autor das últimas denúncias, que indique o nome de alguma empresa que tenha sido vendida para que,
809 então, se proceda uma auditoria médica e contábil e que fosse submetido à apreciação do plenário o seu
810 nome mais o da Conselheira *Neide Barriguelli* para relatarmos a matéria. Em votação, foi aprovada a
811 proposta. Conselheiro **Gilson Cantarino** fez uso da palavra para colocar questões relacionadas com a
812 ordenação dos documentos que chegam ao Conselho Nacional de Saúde. Em relação ao problema de
813 Balsas, entendeu que o mesmo apresentava um desdobramento. Por isso, precisava tirar uma
814 recomendação da assembléia, pois no bojo dessas denúncias o CMS aponta irregularidades que
815 estariam sendo cometidas pela nova administração. Como tais irregularidades competiriam à
816 Coordenação de Auditoria do MS apurá-las, solicitou que o plenário deliberasse para que às referentes a
817 fraudes malversação de recursos, fossem analisados pela SAS e pela Auditoria do MS, não ficando
818 assim, atreladas às de competências do CNS, senão poderia ocorrer atraso na apuração e na conclusão
819 dos resultados. Proposta aprovada. Ponderou, também, que as denúncias de responsabilidade do CNS,
820 estaria demandando uma consulta jurídica para emissão de parecer final. Conselheiro **Newton**, a
821 respeito da necessidade de um referencial jurídico colocado pelo Conselheiro *Gilson*, disse que já
822 conversara com o Dr. *Nelson* para que requisitasse, com a máxima urgência, para o CNS, um assessor
823 jurídico, lembrando, inclusive, o nome do Dr. *Hélio Dias*. Conselheira **Ana Maria**, comunicou que,
824 provavelmente, não estará presente na próxima reunião e como o seu suplente é surdo, para participar
825 da mesma precisará de um intérprete, podendo o plenário contratar um ou admitir que traga o seu
826 particular. Os Conselheiros aprovaram a vinda do seu intérprete particular. Conselheiro **Eurípedes** se
827 referiu a Resolução/CNS/Nº 212 e pediu para que ficasse registrados que, segundo o seu ponto de vista,
828 ela não corresponde ao espírito da discussão que ensejou sua proposta: Em razão da complexidade da
829 matéria, a mesma ficou para ser tratada na próxima reunião. Conselheira **Zilda** procedeu à
830 apresentação de seu parecer sobre o assunto do **Informe nº 15**, da 62ª RO “*Programa de Atuação de*
831 *Optometristas*”. Considerando oito aspectos assim relacionados, pronunciou-se favorável sobre a
832 matéria: **1.** convênio de cooperação técnico-científico que celebraram e cumpriram entre si a Prefeitura
833 Municipal de Manacapuru e a Medical Ministry Internacional, para a prevenção e tratamento de doenças
834 oftalmológicas, em especial, a catarata; **2.** a pobreza em que vivem as famílias e a grande demanda
835 reprimida de usuários nessa área; **3.** responsabilidade profissional demonstrada pela gestora do SUS,
836 pela FUNASA e pela Prefeitura Municipal; **4.** a ajuda humanitária; **5.** o pleno conhecimento e aprovação
837 por parte das autoridades e da população; **6.** ter, a equipe de Oftalmologistas da Missão Médica do
838 Canadá, atendido 7.301 pacientes (óculos de leituras fornecidos: 1.599; óculos de receita fornecidos:
839 2.642; cirurgias menores: 144; cirurgias maiores: 198; próteses colocadas: 14; pessoas assintomáticas
840 atendidas: 2.704); **7.** a denúncia levada a efeito junto ao Conselho Federal de Oftalmologia, ao que tudo
841 indicou, careceu de informações verossímeis sobre os objetivos e experiências do grupo missionário da
842 Universidade de Ontário; **8.** a prática consolidada de profissionais de todas as áreas médicas de virem
843 ao Brasil para trocar experiências, implementar novas técnicas, principalmente, em alta tecnologia.
844 Concluiu seu parecer, com a seguinte recomendação: “*Que o Conselho Brasileiro de Oftalmologia e*
845 *respectivas entidades de classe procurem divulgar mais as experiências humanitárias brasileiras bem*
846 *sucedidas, na área de Oftalmologia, principalmente aquelas que se estenderam às massas excluídas da*
847 *nossa sociedade; que seja incentivada a troca de experiências nessa área também com outros países;*
848 *que procurem motivar os profissionais a partilhar e a criar modelos mais humanitários, capazes de*
849 *promover a satisfação profissional e desenvolver o sentimento humanitário de corresponsabilidade na*
850 *diminuição das causas da exclusão social pela limitação imposta pela doença, e participar, dessa forma,*
851 *da melhoria da qualidade de vida para todos*”. Após a leitura do parecer, o plenário passou à discussão
852 do assunto. Conselheiro **Eurípedes** levantou a questão da legislação, sem se referir ao aspecto
853 humanitário da missão. Segundo seu entendimento, procedimentos cirúrgicos dessa natureza, que são
854 feitos no Brasil, precisam de autorização do CFM. Conselheiro **Jocélio** propõe que tal recomendação

seja voltada para outras entidades que não só a de posição contrária. Conselheira **Ana Maria** parabenizou a Conselheira **Zilda** por ter trazido essa discussão tão importante para o plenário. No seu ponto de vista, o Brasil precisa desse tipo de parceria, principalmente, em lugares carentes como no Nordeste. Conselheiro **Newton**, Coordenador da mesa, também se manifestou a respeito, dizendo que concordava com o posicionamento do Conselheiro **Eurípedes** no que tange ao aspecto da legislação. A propósito da discussão, apresentou proposta para que se traga pronunciamento oficial do CFM, relacionado com o exercício da prática médica no território brasileiro, por médicos estrangeiros, a título beneficente. Conselheira **Margareth** fez alusão ao momento vivido na década de 80, quando esse tipo de serviço cresceu, devido a ausência do Estado e aproveitou para fazer uma indagação “*Como o Estado está pensando em dar continuidade aos ensinamentos recebidos dessas experiências?*”. Feitas ponderações a respeito da denúncia apresentada, a Coordenadora Geral Substituta do CNS, pôs em votação a recomendação, que foi aprovada, com a ressalva de que não só o CFO faça a divulgação das ações humanitárias, mas também, outras entidades de classe e que a discussão do assunto, do ponto de vista legal e ético, voltasse ao plenário. Como envolve a atuação de médicos estrangeiros, o Conselheiro **Jocélio** sugeriu que fosse solicitada à representação do Itamaraty manifestação a respeito.

ITEM 03 - APRESENTAÇÃO DO PEDIDO DE VISTAS DO RELATÓRIO DO GT CRIADO PARA PROCEDER A ANÁLISE DOS 596 PROCESSOS DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS ENVIADOS PELO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO - MEC - Conselheiro **Newton Leite**, relator do item, posicionou-se favorável ao fato do CNS continuar se pronunciando quanto a necessidade social de abertura de novos cursos na área de saúde. Explicou que o pedido de vistas foi feito por orientação do Senhor Secretário de Ensino Superior - SESU/MEC, considerando a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, publicada em 20/12/96, que estabelece as diretrizes e bases da educação no país. Comentou que no artigo 53 onde as universidades com sua autonomia podem, dentre outros, criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de educação superior previsto nesta Lei, ficou claro ao Conselho Nacional de Educação de que a opinião sobre a necessidade social estaria extinta. Citou que foi realizado contato com os Senhores Ministros da Educação e da Saúde, onde ambos concluíram que deveria haver uma forma para que a saúde continuasse a opinar sobre a questão, e em conversa entre o Senhor Chefe de Gabinete/MEC, **Dr. Edson Machado** e o futuro Coordenador Geral do CNS, **Dr. Nelson Rodrigues**, surgiu uma decisão, onde haveria de ser constituído um grupo que proponha um estudo de como este documento poderia ser feito, regulamentando a LDB, através de uma proposta de Medida Provisória ou de um outro Decreto, onde continue a dar condições ao CNS de opinar sobre a necessidade social de abertura de novos cursos na área de saúde. Informou que foi solicitado ao Senhor Presidente do Conselho Nacional de Educação - CNE, que considerasse o Relatório sobre a Necessidade Social de Abertura de Novos Cursos no país, elaborado pelo grupo designado pelo CNS, e que este documento serviria de diretriz e de sugestão, até que fosse regulamentada esta questão, ficando acertado que o Relatório iria para apreciação do CNE como subsídio. Relativo aos processos em tramitação que já possuem parecer **FAVORÁVEL** dos Conselhos Estaduais de Saúde posicionou-se favorável que o CNS encaminhe a SESU esses pareceres, para que não haja prejuízos às entidades. Quanto as Universidades, que já possuem a aprovação de seus colegiados de ensino para criação de novos cursos, a necessidade social seria examinada pelo Conselho Nacional de Educação. Citou que em 1994 foi criada uma comissão interministerial da qual participava o **Dr. Rodolfo Pinto da Luz** e **Dr. Edson Machado**, e que a mesma seria reinstalada brevemente, em conjunto com membros do CNS, indicados pelo Senhor Ministro da Saúde. Esta comissão elaboraria um documento a ser apreciado pelo CNE e CNS e teria caráter permanente, integrando as discussões no nível dos dois Conselhos. Sugeriu que os critérios para análise da necessidade social de abertura de novos cursos, adotados pelo CNS, sejam revistos, que seja pensado mais em qualidade de ensino, considerando que as entidades estão formando profissionais para um mercado mais amplo, fora do distrito geo-educacional. Conselheiro **Amorim** solicitou esclarecimentos do ponto de vista legal da questão. Conselheiro **Eurípedes** levantou questionamentos sobre: os médicos cubanos trabalhando em Roraima e em outros estados; os médicos do Caribe num processo de reconhecimento do curso no MEC; a situação da Faculdade de Medicina em Roraima versus qualidade de ensino e a qualificação de docentes. Quanto a LDB comentou que ficou vinculado a autorização de reconhecimento dos cursos ao processo de avaliação. Citou o amparo Constitucional dado à saúde para opinar na questão de ordenação de Recursos Humanos, posicionou-se favorável à constituição da comissão interministerial e a regulamentação legal da questão, colocando-se à disposição para contribuir com a comissão interministerial. Conselheiro **Piola** concordou com a necessidade de revisão dos critérios de análise adotados pelo CNS considerando a evolução tecnológica e a mudança do modelo assistencial, destacando a qualidade do ensino. Questionou qual encaminhamento a dar aos processos em tramitação especificamente ao processo do qual ele é relator - Faculdade Santa Marcelina - SP, curso de Enfermagem. Conselheira **Albaneide**, como coordenadora da comissão que elaborou o Relatório prestou esclarecimentos quanto a metodologia do trabalho, abrangendo não só os critérios

adotados pelo CNS, mas também a relação crescimento populacional/crescimento do profissional na região. Comentou sobre a falta de discussão da nova LDB, já em fase de publicação na época. Enfatizou que a necessidade social deve ser avaliada profundamente, bem como a questão do fechamento de cursos de final de semana ou de baixa qualidade de ensino. Posicionou-se favorável a criação da comissão interministerial, a avaliação jurídica da situação e a definição do papel do CNS frente a situação, ressaltando, a possibilidade das mantenedoras requererem a abertura do curso judicialmente. Conselheira **Deusina** comentou sobre a necessidade de maior caracterização dos instrumentos utilizados na análise da necessidade social e devolveu o processo da Universidade Tiradentes, curso de Psicologia, por não sentir-se instrumentalizada para opinar sobre a questão, tendo o Plenário indicado o Conselheiro **Antonio Sabino** para proceder a análise. Levantou questionamentos sobre a paridade no CNS e sobre o termo “*necessidade social*”, se atende as expectativas da saúde. Conselheiro **Saad** reforçou a necessidade de buscar entendimentos, discutir critérios e chegar a decisões. Lembrou que existiria um Projeto de Lei do Senador Almir Gabriel, que procurava disciplinar a análise da demanda social, e que seria válido retomá-lo como auxílio nas discussões. Conselheiro **Paulo** colocou sobre o custo para sociedade com abertura de novos cursos da área de saúde em locais onde não existe necessidade social. Exemplificou que no Paraná existem 06 cursos de Farmácia e está sendo solicitado mais 15 novos cursos, concluindo que não teria como a sociedade controlar. Conselheiro **Ernani Mota** solicitou esclarecimentos quanto ao parecer de vistas dos 596 processos. Destacou a importância da apreciação de um Curso de Odontologia do Centro de Ensino Superior no Estado do Pará, por considerar a região carente deste profissional e informou que o mesmo já possui parecer favorável do Conselho Estadual de Saúde. **Dra. Lúcia** esclareceu sobre a existência de vários pareceres dos Conselhos Estaduais de Saúde referentes aos cursos que estão no grupo dos 596 processos. Conselheiro **Newton** respondeu aos questionamentos, colocando: **1)** ter consultado a Assessoria Jurídica do MEC, onde lhes foi informado que na LDB, artigo 53, quando cita: “*obedecendo as normas gerais da união*”, caberia um Decreto de Lei regulamentando; **2)** que o Conselho Nacional de Educação analisa vários aspectos, com profissionais de larga experiência e através das Delegacias Estaduais do MEC as entidades são fiscalizadas; **3)** que apesar de haver controvérsia jurídica os processos apreciados pelo CNS seriam aceitos e julgados pelo CNE; e **4)** que por instrução do Senhor Secretário da SESU o processo de discussão e decisão seria ágil, de forma a não prejudicar as instituições proponentes. Propôs ao Plenário que analise os processos que possuam parecer favorável dos Conselhos Estaduais de Saúde em caráter de exceção, até que se conclua as discussões mais amplas. Conselheiro **Eurípedes** propôs que o Relatório do Grupo de Trabalho designado para proceder análise dos 596 processos, fosse colocado em votação. **Dra. Lúcia** colocou as duas propostas em votação, que após discussões e esclarecimentos, o Plenário posicionou-se FAVORÁVEL. **ITEM 04 - ANÁLISE DOS PARECERES SOBRE AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE SOCIAL DE NOVOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE - Dra. Lúcia Maria Costa Figueiredo**, apresentou o seguinte demonstrativo dos processos sobre análise dos Conselheiros: **1. PROCESSOS PENDENTES DO PRONUNCIAMENTO DOS RESPECTIVOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE - 1.1.** Fundação Cultural de Araxá - MG, Curso de Educação Física; **1.2.** Fundação Educacional de Barretos - SP, Curso de Farmácia; **1.3.** Instituto Superior de Psicologia - Es, Curso de Psicologia; **1.4.** Universidade de Taubaté - SP, Curso de Fisioterapia; **1.5.** Fundação Educacional de Patos de Minas - MG, Curso de Farmácia. **2. PROCESSOS PENDENTES DA CONCLUSÃO DA ANÁLISE DOS CONSELHEIROS - 2.1.** Instituto de Ciências da Saúde - UFBA, Curso de Fonoaudiologia, CES/BA - **FAVORÁVEL**; **2.2.** Associação Educacional de Rio Preto - SP - Faculdade de Farmácia e Nutrição de Rio Preto, Curso de Nutrição, CES/SP - **FAVORÁVEL**; **2.3.** Universidade Brás Cubas - Mogi das Cruzes - SP, Curso de Odontologia, CES/SP - **CONTRÁRIO**; **2.4.** Universidade de Ponta Grossa - PR, Curso de Educação Física, CES/PR - **FAVORÁVEL**; **2.5.** Universidade Tiradentes - Aracaju - SE, Curso de Odontologia, CES/SE - **FAVORÁVEL**; **2.6.** Universidade Tiradentes - Aracaju - SE, Curso de Psicologia, CES/SE - **FAVORÁVEL**; **2.7.** Universidade Castelo Branco - UCB/RJ em Campos Goytacazes, Curso de Educação Física, CES/RJ com parecer provisório; **2.8.** Universidade Castelo Branco - UCB/RJ em Campos Goytacazes, Curso de Fisioterapia, com parecer provisório do CES/RJ. **3. PROCESSOS PENDENTES DA APRECIÇÃO DO PLENÁRIO/CNS - 3.1.** Fundação Educacional de Caratinga - MG, Curso de **Educação Física**, CES/MG - **FAVORÁVEL**. O Conselheiro relator **Oswaldo Lourenço** procedeu a leitura de seu parecer posicionando-se FAVORÁVEL. O Plenário após apreciação deliberou FAVORÁVEL à abertura do curso em pauta; **3.2.** Universidade Paranaense - UNIPAR/PR - UMUARAMA, Curso de **Educação Física**, CES/PR - **FAVORÁVEL**. O Conselheiro relator **Olímpio Tavora** apresentou seu parecer FAVORÁVEL a abertura do curso, o Plenário apreciou e posicionou-se FAVORÁVEL, com uma declaração de voto contrário do Conselheiro **Gilson Cantarino**; **3.3.** Universidade Católica de Santos - SP, Curso de **Fisioterapia**, CES/SP - **FAVORÁVEL**. A Conselheira **Zilda Arns** relatora do pedido de vistas, procedeu a leitura de seu parecer FAVORÁVEL à abertura do curso. O Plenário após discussões sobre a criação de mais um curso de Fisioterapia na Baixada Santista,

977 posicionou-se FAVORÁVEL.. **3.4.** Faculdade Santa Marcelina - SP, Curso de **Enfermagem**, CES/SP -
978 **FAVORÁVEL**. O Conselheiro relator **Sérgio Piola** apresentou verbalmente o seu parecer posicionando-
979 se FAVORÁVEL à abertura do curso. Foi questionado pelo Plenário quanto: à necessidade social de
980 mais um curso de Enfermagem em São Paulo; posição CONTRÁRIA do Conselho Federal de
981 Enfermagem; número de vagas; necessidade de Enfermeiros no país; perfil profissional e auto-regulação
982 do mercado. Conselheira **Neide** informou ter participado das discussões a nível do Estado e destacou a
983 visão de atenção à família enfocada no projeto. Após discussões o Conselheiro **Eurípedes** solicitou
984 vistas ao processo. **ITEM 05 - PEDIDO DE PARECER AO CNS AO PROJETO DE LEI Nº 2264/96 DO**
985 **DEPUTADO PAULO ROCHA QUE INSTITUI RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM** - A Conselheira
986 relatora **Lucimar Rodrigues Coser**, procedeu a leitura de seu parecer destacando: o Ministério da
987 Saúde no processo de mudança na construção de um Novo Modelo de Atenção à Saúde; o Enfermeiro
988 como integrante da equipe, responsável pela assistência à saúde da população, deve portanto
989 acompanhar a evolução técnico-científica; o acesso a informações pode conferir a este profissional
990 ampla visão das necessidades do setor saúde; que o levantamento realizado pelo Conselho Federal de
991 Enfermagem - COFEN, cita vários cursos de Especialização no país em nível de pós-graduação,
992 consolidados como Residência em Enfermagem como nos estados de Pernambuco, Bahia e Rio de
993 Janeiro; que o Curso de Saúde Pública da FIOCRUZ-RJ funciona como Residência para os Médicos e
994 como Especialização para os Enfermeiros, portanto a equiparação dos direitos à pós-graduação de
995 ambos, já é uma realidade, e que o Projeto de Lei do Deputado Paulo Rocha veio ao encontro das
996 necessidades da categoria. Sugeriu duas ressalvas ao projeto: **1.** no artigo 4º que se refere a carga
997 horária da residência, propôs que duração mínima seja de um ano, com carga horária de 1.900 horas; **2.**
998 no artigo 8º, em relação ao benefício alojamento, acrescentar que este deve ser usufruído, apenas, por
999 aqueles que não residem no domicílio onde se realiza o curso. Quando colocado em discussão foi
1000 proposto que mantivesse o artigo 8º na íntegra do projeto, ou seja: *“As instituições de saúde*
1001 *responsáveis por programa de Residência em Enfermagem são obrigadas, além do pagamento da bolsa*
1002 *de estudo, a assegurar alimentação e alojamento aos residentes”*. O Plenário após votação APROVOU o
1003 parecer da Conselheira **Lucimar** com alteração proposta. **ITEM 06 - APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DA**
1004 **NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DAS PROPOSTAS DE**
1005 **RESOLUÇÕES** - Conselheiro **Jocélio** recordou que havia uma demanda do SUS ainda não resolvida a
1006 respeito de questões relativas à saúde do trabalhador. Disse que o assunto era tratado de forma
1007 fragmentada pelos Ministérios da Previdência, Saúde e do Trabalho. *“A idéia deste Conselho Nacional*
1008 *de Saúde, há muito tempo atrás, era criar uma Norma Operacional que regulamentasse melhor as*
1009 *questões da saúde do trabalhador. Solicitou, então, a um grupo de estudo integrado pelos três*
1010 *Ministérios e uma representação da sociedade a elaboração dessa Norma. O Conselho passou, então, a*
1011 *discutir seguidamente o assunto. Embora tivesse sido um processo de consulta muito positivo, o CNS*
1012 *pediu mais tempo para deliberar. Houve uma série de pedidos de vistas ao processo. A idéia acabou*
1013 *esmorecendo”*, lembrou o Conselheiro. Prosseguiu o relato dizendo que o tema voltou à pauta da
1014 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST, após a sua recomposição e consequente
1015 retomada de seus trabalhos. A CIST realizou novas consultas e negociações sobre o tema e
1016 encaminhou as propostas ao Plenário. Conselheiro **Jocélio** recordou, ainda, que a Conselheira **Zilda**
1017 **Arns** propôs adequar o assunto à NOB 96, no que foi atendida pela CIST. *“Quando a questão retornou*
1018 *ao Plenário, o Conselheiro Dellape pediu vistas. Aí o assunto ‘morreu’ novamente”*, segundo relatou o
1019 Conselheiro **Jocélio**, lembrando novo impasse nas discussões quando a questão voltou à pauta. *“O*
1020 *Conselheiro Carlyle disse que o assunto não poderia ser votado, pois havia muitos aspectos da*
1021 *proposta que necessitavam de maiores esclarecimentos. Para resolver o impasse, resolvi fazer um novo*
1022 *pedido de vistas”*, disse o Conselheiro **Jocélio**. Em seguida, passou a expor a proposta da Norma
1023 Operacional de Saúde do Trabalhador - NOST. Disse que, conforme a proposta, a NOST tinha como
1024 linha geral os princípios e diretrizes contidos na Lei Orgânica de Saúde, nas deliberações da 2ª
1025 Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizadas,
1026 respectivamente, em 1994 e 1996 e que apontaram a instituição de regulação específica em saúde do
1027 trabalhador. O Conselheiro acrescentou que a NOST constituísse em uma norma de detalhamento da
1028 NOB 96, conforme a solicitação do Plenário. Disse, ainda, que a proposta estabelecia normas e
1029 procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações em saúde do trabalhador pelas Secretarias de
1030 Saúde de Estados e Municípios, conforme a condição de gestão em que estivessem habilitados,
1031 garantindo a atenção à saúde do trabalhador, tais como: atendimento ao acidentado do trabalho, ações
1032 de vigilância dos ambientes e processos de trabalho, notificação dos agravos de saúde relacionados ao
1033 trabalho, organização da informação, mecanismos de referência e contra-referência, capacitação de
1034 recursos humanos. Disse que o processo de construção da NOST foi coordenado pelas áreas técnicas
1035 do Ministério da Saúde e contou com a participação de representantes das áreas técnicas de saúde do
1036 trabalhador dos Municípios e Estados, das Centrais Sindicais, do CONASS, do CONASEMS e de
1037 técnicos de universidades. Disse mais que o assunto foi discutido, também, em fóruns promovidos por

Estados e municípios, nos quais a demanda e os conflitos eram maiores. Observou que a NOST chegou a um ponto possível de consenso. Disse, ainda, que havia divergências em torno da competência de se realizar vigilância sanitária no ambiente de trabalho. *“Para alguns setores o Ministério da Saúde não teria que se incumbir dessa tarefa, que seria função do Ministério do Trabalho, através das Delegacias Regionais do Trabalho. Na Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, essa posição teve em torno de cinco por cento dos votos; na verdade foram os técnicos das DRTs presentes que defenderam essa posição. Noventa e cinco por cento dos presentes ao encontro decidiram que o assunto tinha que estar na área do SUS, porque quem fazia a cura teria que fazer a prevenção; quem tratava do acidentado teria que prevenir o acidente, senão não se completaria o ciclo de promoção da saúde”*. O Conselheiro prosseguiu a sua exposição afirmando que a NOST dava maiores condições ao SUS de operacionalizar os programas de saúde do trabalhador do que teria atualmente. Disse que o seu parecer era favorável à aprovação da proposta e à sua imediata publicação através de portaria do MS. Conselheiro **Newton** abriu o debate em torno da matéria. Conselheira **Margareth** passou, então, a apresentar sugestões da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher - CISMU para serem incorporadas à NOST. Disse que havia acompanhado o processo de discussão na CIST e que levou o assunto à CISMU, que discutiu-o e elaborou a sua contribuição. Ressaltou que as sugestões da CISMU não alteravam a essência da NOST e que se resumiam a inclusões no texto da Norma, visando o seu aperfeiçoamento. Observou que a saúde do trabalhador era um tema que vinha se constituindo em um campo de interesse para pesquisas e para atuação política de centrais sindicais e partidos políticos e mais especificamente em um campo de interesse das mulheres. Nesse sentido, vinha sendo conhecido como uma área de trabalho com a saúde da mulher trabalhadora tanto da zona rural quanto da urbana. A partir dessa colocação, a Conselheira justificou a solicitação da CISMU em inserir no texto da NOST o que chamou de *‘linguagem de gênero’*, ou seja, inserir no corpo da Norma os termos *‘trabalhador/trabalhadora’*. *“Isso é uma prática que vem se estabelecendo em várias áreas como uma estratégia política de evidenciar uma realidade de que homens e mulheres são diferentes, estão inseridos de maneiras diferentes na sociedade e têm problemas específicos”*. Passou, a seguir, a expor as sugestões da CISMU à NOST: no artigo 1º, item 3, modificar o texto para *“direito à informação sobre os riscos à saúde a que os trabalhadores e trabalhadoras estão submetidos(as), sobretudo resultados de pesquisas que são realizadas e que dizem respeito direto à prevenção e promoção da qualidade de vida”*. Ainda nesse item, seria acrescentando: *“aos profissionais de saúde que atendem o(a) trabalhador(a) independentemente de sua especialidade ou local em que atuem cabem fornecer laudos, pareceres e outros encaminhamentos sempre que necessário para benefício do(a) paciente dentro dos preceitos éticos quanto aos dados de diagnóstico, prognóstico e tempo previsto no tratamento. Quando requerido pelo(a) paciente deve o profissional de saúde por à sua disposição tudo o que se refira ao atendimento: cópia dos exames e prontuário médico”*. Ainda no artigo 1º, item 6 a CISMU propôs uma reformulação: *“utilização de critério epidemiológico, alocação de recursos no planejamento e avaliação das ações, no estabelecimento de prioridades na alocação de recursos”*, acrescentando-se: *“levando em consideração as diferenças de gênero”*. No item 7: *“configuração da saúde do trabalhador como um conjunto de ações de vigilância e assistência visando a promoção, proteção, recuperação, reabilitação da saúde dos(as) trabalhadores(as) submetidos(as) a riscos e agravos advindos das condições da organização social e sexual do trabalho”*. Conselheira **Margareth** explicou que *‘sexual’* era uma expressão das áreas de acompanhamento onde se trabalhava com uma visão diferenciada. *“Parte-se do pressuposto que essa sociedade não se organiza só em classes sociais, mas na verdade ela se organiza de forma diferenciada a partir da possibilidade de ter a sociedade organizada em dois sexos. E isso traz diferenças”*. O Plenário decidiu substituir o trecho *“advindos das condições da organização social e sexual do trabalho”* por *“considerando as questões de gênero”*, por considerar esses termos mais adequados e amplos, não dando margem a polêmicas. A CISMU propôs mais um artigo com a seguinte redação: *“atenção especial deve ser dada ao impacto das condições da organização social e sexual do trabalho sobre a vida psíquica, sensual e reprodutiva dos trabalhadores(as), especialmente observados os casos de gravidez, contracepção, abortamentos e assédio sexual”*. Conselheira **Zilda Arns** observou que o artigo não seria bem entendido pelas bases. Propôs substituir o termo *‘sexual’* por *‘gênero’*. O Plenário acatou a proposta. Conselheira **Margareth** prosseguiu referindo-se à gestão plena da atenção básica e propôs incorporar após o item a.2 o que segundo ela seria um detalhamento: *“para o estabelecimento do nexo de causalidade com os transtornos de saúde deve o médico considerar: a) a perspectiva de gênero; b) a história clínica e ocupacional virtualmente decisiva em qualquer diagnóstico e/ou investigação de nexo causal; o estudo do posto de trabalho; o estudo da organização social considerando a perspectiva de gênero; os dados epidemiológicos; a literatura atualizada; a ocorrência de quadro clínico ou sub-clínico em trabalhadores(as) expostos(as) a condições agressivas; a identificação de riscos psico-físicos, químicos, biológicos, mecânicos estressantes e outros; os depoimentos e as experiências dos(as) trabalhadores(as); os conhecimentos e as práticas de outras disciplinas e de seus profissionais, sejam ou não da área da saúde. Propôs, ainda, após o item b.2 a inclusão do seguinte, que constituiria o item*

b.3: “agir incentivando a promoção do acesso ao trabalho de portadores de afecções e deficiências desde que este não as agrave ou ponha em risco a sua vida”. Propôs o acréscimo de um parágrafo único no artigo 5º, em ‘disposições finais’: “considerando-se no país a insuficiência de conhecimento sobre a situação de saúde dos(as) trabalhadores(as) e a crônica escassez de recursos de financiamento para o desenvolvimento de estudos e pesquisas específicos, recomenda-se a criação de mecanismos para o apoio a pesquisas dentro dessa temática”. O Plenário aprovou as propostas constantes da NOST, incluídas as advindas da CISMU, com uma explicação introdutória sobre o termo ‘gênero’ e a sua importância para o campo da saúde do trabalhador. A redação da nota explicativa foi delegada pelo Plenário à CIST. Conselheiro **Jocélio** passou, então, a expor as demais questões relativas à saúde do trabalhador encaminhadas pela CIST. Relatou a denúncia encaminhada ao CNS por um grupo de profissionais do Ministério da Saúde contaminados por inseticidas, particularmente os guardas da SUCAM do Pará que atuam no combate às endemias. Disse que era inaceitável que o MS, que deveria promover a saúde do trabalhador, tivesse o seu próprio trabalhador contaminado. Acrescentou que o grupo delegou à CIST a formulação de propostas em torno do problema e o seu encaminhamento ao Plenário do CNS. Disse que a CIST reuniu-se com representantes dos órgãos pertinentes ao assunto, inclusive do movimento sindical, e elaborou um conjunto de propostas. Passou a ler as propostas, que já tinham sido distribuídas aos Conselheiros na reunião de fevereiro. Após discussões e esclarecimentos, o Plenário aprovou as propostas, com exceção dos itens 9 e 10.

ITEM 07 - EXPLANAÇÃO DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOBRE A QUESTÃO DOS ANTIBIÓTICOS E ANTICONCEPCIONAIS QUE APRESENTAM PROBLEMAS REFERENTES A SUA EFICÁCIA - Dr. Elisaldo Carlini, Secretário de Vigilância Sanitária, agradeceu o convite, recordando os dois anos que foi Conselheiro. Historiou a seguir, as questões que envolvem as Associações de Antibióticos - **1º)** Portarias não cumpridas, quais sejam: Portaria SVS/MS nº 02/80, que proibia o registro de associações medicamentosas a não ser sob condições específicas; e, Portaria DIMED nº 01/02/82, que proibia, a partir de abril/82, a produção de associações de antibióticos e quimioterápicos com outras substâncias, com algumas exceções, dando um prazo de um ano para as indústrias apresentarem justificativas científicas que comprovassem a eficácia e a segurança das referidas associações; **2º)** Criação, pela Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS, do Grupo Técnico de Estudos sobre Medicamentos Antibióticos - GEMA, em dezembro/93; **3º)** Relatório do GEMA, encaminhado à SVS, em 30/10/95, sugerindo retirar do mercado mais de uma centena de associações de antibióticos com outra substância, na sua maioria, balsâmicas. O grupo havia concluído que tais associações eram inócuas, sem efeito terapêutico adequado, dando-lhes o nome específico de “Associações de Antibióticos Injustificáveis”; **4º)** A SVS enviou, em novembro/95, o relatório para ser examinado pela Comissão de Assessoramento Técnico em Assuntos de Medicamentos e Correlatos - CRAME/SVS, constituída por representantes das maiores sociedades científicas do país incluindo a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos - SOBRAVIME e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC; **5º)** O assunto foi incluído na pauta da reunião da CRAME, realizada em 11/12/95; **6º)** Na reunião da Comissão, em fevereiro/96, a SOBRAVIME propôs, e foi aprovado, que em março/96, seria feita uma reunião com as indústrias envolvidas na questão, dando-lhes um prazo de 15 dias para retirarem voluntariamente seus produtos ou modificarem suas fórmulas; **7º)** A relação das “Associações de Antibióticos Injustificáveis” foi divulgada na imprensa, antes da reunião de março prevista pela CRAME, trazendo consequências seríssimas. Foi publicada com o título “Medicamentos Nocivos, que Matam e Inócuos”, sendo incluídos, por erro de informática, quatro produtos que já tinham sido modificados a fórmula há um certo tempo, envolvendo um laboratório nacional que vinha lutando para manter o nome da Indústria Farmacêutica Nacional, num patamar de excelência; **8º)** Ocorreu reunião da CRAME com a indústria, em clima de extrema tensão, na qual a indústria protestou energicamente por ter se sentido traída, desinformada e desprezada pelos jornais e, com algumas exceções, não aceitaram retirar seus produtos nem modificarem a fórmula dos mesmos; **9º)** Publicação em 19/04/96, pela SVS, da Portaria com o relatório do CREMA e a lista completa dos medicamentos, concedendo o prazo de 15 (quinze) dias para que os laboratórios apresentassem estudos científicos que contestassem as conclusões do GEMA; **10º)** Foram impetrados por parte da indústria farmacêutica, 17 (dezessete) Mandatos de Segurança contra a SVS, impedindo-a de abrir qualquer outra ação de reestudo com outros tipos de medicamentos. **Dr. Carlini** informou que há no Brasil 93 (noventa e três) produtos a base de balsâmicos não associados a antibióticos, e que estão no mercado sem que a SVS tenha força para retirá-los, pois há trabalhos internacionais que afirmam a ineficiência terapêutica desses produtos, conforme relatório do GEMA, enquanto outros trabalhos afirmam o contrário. Demonstrou ser este um problema complexo e confuso, descrevendo outras ações da SVS com relação ao gangliosídeo cerebral e ao lúndano (antiparasitário). Procedeu a leitura da ata da CRAME assinada por seus membros em 11/04/96, resultante da reunião, após divulgação da lista de medicamentos, com informações fornecidas pelo IDEC e SOBRAVIME. Citou que a Comissão considerou a atitude das duas entidades injustificável, pois já havia sido aprovado e enviado à SVS um cronograma para a retirada dos produtos. Diante do ocorrido, a CRAME decidiu fazer

reanálise de sua composição e, como já havia se criado uma Comissão só de correlatos, extinguiu-se a CRAME, constituindo em seu lugar, a Comissão de Assessoramento para Assuntos de Medicamentos - CAAM, sendo excluídos de sua composição, o IDEC e a SOBRAVIME. As duas entidades solicitaram posteriormente, sua reinclusão, numa reunião da CAAM com o Ministro. **Dr. Carlini** enfatizou que, se isso acontecesse, possivelmente a Comissão não mais se reuniria. **QUESTÃO DOS ANOVULATÓRIOS (ANTICONCEPCIONAIS)** - **Dr. Carlini** relatou que desde 1994 começaram a surgir denúncias sobre dois anovulatórios distribuídos pela CEME, registrando os seguintes problemas: **1º**) Número de reações adversas acima do esperado (por ex. sangramento); **2º**) gravidez não evitada. A SVS solicitou análise do caso e, em abril de 1996, o INCQS liberou o 1º laudo revelando que o produto era insatisfatório não no aspecto técnico mas, na rotulagem (sem data de validade) e no descumprimento do Decreto 793 (dos genéricos), o qual por estar sub júdice, não poderia ser aplicado. A SVS solicitou nova análise ao INCQS e a um laboratório da UFMG e, após longo tempo, recebeu laudos iguais dos dois laboratórios, revelando discrepâncias resultantes de má mistura do produto pelas máquinas. A SVS, juntamente com a CEME, promoveu em quarenta e oito horas, uma reunião com os laboratórios fabricantes ficando acordado que a CEME suspenderia a distribuição dos anovulatórios e recolheria o que já foi entregue; o laboratório assumiu o compromisso de repor todo o estoque, no menor espaço de tempo, assim que se refizesse a falha na técnica de mistura. A seguir, a SVS e a CEME inspecionaram os laboratórios, sendo os mesmos aprovados. Conselheiro **Omiton**, mencionou ser do setor de laboratório industrial farmacêutico, possuindo produtos na relação dos antibióticos injustificáveis, citados anteriormente. Enfatizou que o assunto é delicado, merecendo ser bem esclarecido. Informou que o IDEC remeteu, em abril/96, carta a um grupo de empresas, afirmando não terem elas cumprido os termos da Portaria DIMED nº 01/02/82 e que tinha poderes para ajuizar medidas suspendendo ou retirando do mercado produtos que pudessem acarretar riscos à saúde/segurança dos consumidores. Explicou que as empresas, nas datas estabelecidas pela Portaria, apresentaram à DIMED/SVS, justificativas técnicas-científicas para a manutenção dos produtos no mercado, não havendo, porém, nenhuma manifestação daquele órgão. Contudo, os registros dos produtos vinham sendo revalidados de acordo com a lei, a cada cinco anos. Informou ainda que, o **Dr. José Ruben de Alcântara**, Presidente da SOBRAVIME, em entrevista ao Jornal da Bandeirantes, declarou que as “Associações de Antibióticos Injustificáveis”, segundo suas estimativas, haviam causado 60 (sessenta) óbitos e 5000 (cinco mil) internações. Conselheiro **Omiton** trouxe o vídeo dessa entrevista, o qual só foi possível mostrar, durante a explanação do item 11. Ressaltou que as indústrias não tem registro de nenhum caso, dos ali mencionados pelo **Dr. Ruben** e, por terem a sua imagem prejudicada em denúncias infundadas, viram-se compelidas a entrarem na justiça contra o IDEC/SOBRAVIME pois, se assim não procedessem, estariam, de fato, aceitando tais denúncias como verdadeiras. Distribuiu ao Plenário, circular do Sindicato da Indústria Farmacêutica de São Paulo, posicionando-se a respeito da questão, ressaltando que a indústria objetiva apresentar os seus produtos com a máxima qualidade, dentro dos parâmetros de segurança e de eficácia terapêutica. Concluiu, reconhecendo o grande esforço do **Dr. Carlini** e sua equipe na Vigilância Sanitária mas, que ela ainda está longe da dimensão do mercado brasileiro e da expressão da nossa população em termos de mundo, MERCOSUL, etc. Conselheira **Margareth** esclareceu que aquela discussão estava sendo reconduzida ao CNS a partir de uma moção produzida durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde, sendo ela a relatora do processo, se posicionando a favor da reinclusão do IDEC e da SOBRAVIME na CRAME (atualmente CAAM). Ressaltou que o Conselho teria sobre si, a incumbência de se apropriar das demais moções e tentar encaminhá-las. Questionou ao **Dr. Carlini** sobre a posição de sigilo de informações pois, no caso dos antibióticos e anticoncepcionais, no momento em que ganhou acesso à opinião pública, à algumas lideranças e à imprensa, o processo que vinha se conduzindo por longo tempo no MS, foi agilizado. Outros Conselheiros também se posicionaram sobre a questão do sigilo. **Dr. Carlini** comentou que o sigilo depende das circunstâncias de cada caso, exemplificando a posição tomada no caso do botulismo ocorrido na semana anterior. Sugeriu ser discutido do ponto de vista de saúde pública, se a eventual reação adversa de um medicamento é pior ou não que a interrupção brusca do mesmo. Conselheiro **Eurípedes** retomou o assunto do Decreto 793, sobre genéricos, dizendo de sua importância e repercussão econômica pois, os gastos com medicamentos no Brasil estavam em torno de dez bilhões de reais. Lamentou sobre possíveis equívocos da divulgação sobre a SOBRAVIME e o IDEC, não querendo fazer julgamento sobre as estratégias que as mesmas usaram no processo. Ressaltou serem instituições representativas da Sociedade Civil, com destacada respeitabilidade, devendo ser preservado o objetivo pelo qual elas foram criadas. Posicionou-se favorável ao retorno das duas entidades para a CRAME (atualmente, CAAM) pois, a vigilância dos produtos não deveria ficar subordinada exclusivamente a instituições que têm interesse imediato na questão. Quanto aos prejudicados no processo da divulgação prévia, dos antibióticos com associações injustificáveis, afirmou que a justiça garantirá reparação. Propôs que fosse designada uma Comissão, constituída por 2 a 3 membros, para negociar a operacionalização de sua proposta junto à SVS e à CRAME. Foi sugerido no momento, os seguintes nomes: *Margareth, Waldir*

Mesquita e Omilton. Conselheira **Margareth** informou que aquela questão seria rediscutida no item 11, sugerindo que as propostas ficassem para serem votadas naquela ocasião, após manifestação do IDEC e da SOBRAVIME. Conselheiro **Mozart** considerou que o **Dr. Carlini** era coerente com o seu passado de trabalho na área de medicamentos inclusive, quando foi presidente da SOBRAVIME. Comentou que há um descompasso entre o segmento industrial e a estrutura de controle e fiscalização do governo. Manifestou sua posição com relação às associações de antibióticos e aos anovulatórios considerando que, medida administrativa protelatória, não é concebível na administração pública. Solicitou apoio do Conselho ao **Dr. Carlini**, sobre a continuidade das análises específicas efetuadas e que as decisões sejam do interesse do país, de acordo com a sua realidade econômica e cultural. Questionou que medidas foram tomadas pelo Ministério da Saúde sobre relatório, aprovado pelo Plenário, elaborado por ele e os Conselheiros **Omilton** e **Saad** (Comissão designada pelo CNS), referente a denúncias contra a CEME. Conselheira **Margareth**, retornando ao problema dos anovulatórios, sugeriu se constituir uma comissão para averiguar e verificar formas urgentes de se resolver o impasse da situação. Conselheiro **Omilton** informou que a empresa já havia retirado da CEME, o lote, objeto da suspeita, para a sua devida substituição. Observou que somente com a análise isolada dos componentes do anovulatório, foi que se detectou a falha do mesmo. Discordou sobre a desigualdade de ações tomadas contra erros cometidos na empresa pública e na privada (maior pressão). Citou, como exemplo, o caso da vacina contra meningite produzida pela FIOCRUZ onde, nenhuma medida foi tomada após identificação do problema pelo FDA. Ressaltou que as exigências de qualidade deveria ser a mesma para ambas as empresas. Propôs, a seguir, que fosse realizada naquele Conselho, uma Oficina de Trabalho sobre a política dos genéricos no Brasil, pois existiam registrados no país, mais de 2.000 produtos genéricos, de empresas nacionais e multinacionais. Conselheira **Zilda** manifestou sua preocupação com o pequeno quadro de funcionários da SVS para dar vazão à grande demanda e responsabilidades que cabe àquela Secretaria. **Dr. Carlini** teceu alguns comentários sobre as seguintes colocações dos Conselheiros: Com relação à política dos genéricos, fará tudo para implantá-la no país e já tem dado prioridade a pedidos de registros de medicamentos pelo nome genérico; quanto ao IDEC e à SOBRAVIME, sempre teve respeito por elas e, o que aconteceu, tratou-se mais de um problema de comportamento humano do que político, sendo rompido o respeito ético que havia na CRAME mas, acreditava na possibilidade daquelas entidades recomponem a Comissão depois de passada a fase crítica. Comentou que foi ridicularizado com a publicação no Correio Braziliense, "*Síndrome Carini*", de autoria do embaixador do Brasil na Argentina, na tentativa de que ele, como Secretário de Vigilância Sanitária, fosse desestabilizado, por estar enfrentando o poder do "*lobby*" argentino querendo invadir o Brasil com medicamentos, sem seguir as nossas leis. Com relação à interdição de produtos, que trazem reações graves e inesperadas, **Dr. Carlini** demonstrou os problemas enfrentados pela ausência de um sistema de controle de qualidade que lhe fornecesse laudos com certa urgência. Descreveu, como exemplo, o que ocorreu diante de informações contraditórias relativas às vacinas contra Sarampo, uma semana antes da Campanha Nacional de Vacinação, em setembro de 1996. Relatou, a seguir, alguns trabalhos realizados na sua administração, tais como: inspeção de todos os laboratórios farmacêuticos do Brasil resultando no fechamento, com certa resistência, de mais de 200 deles, melhorando a qualidade de nossos produtos; andamento rápido dos registros de medicamentos; Programa Nacional das Unidades de Hemoterapia, onde cerca de 25% foram interditadas estando no processo de readequação; e, Estruturação de um Sistema Nacional de Registro de Reações Adversas, em fase da implantação. **Dr. Carlini** informou ter retirado do mercado cerca de 400 (quatrocentos) medicamentos, estando também na tentativa de retirar os hepatoprotetores, por serem inócuos. Comentou que haviam muitas atividades a serem realizadas, citando vários programas que se encontravam em estudo. Conselheiro **Omilton** solicitou ser registrado em ata, que o **Dr. Carlini** foi uma referência de grande destaque na SVS, tendo mudado conceitos e princípios, conseguindo fazer milagres. Elogiou sua transparência nas ações, difícil de ser encontrada nas lideranças em geral. **Dr. Carlini** manifestou seus agradecimentos e comunicou que a sua permanência como Secretário de Vigilância Sanitária, era incerta. Salientou ter ocupado o cargo por 27 meses, distinguindo-se dos antecedentes que ficaram, em média, 3 a 4 meses. Pronunciou, a seguir, um apelo aos Conselheiros, para que a SVS não sofresse mais descontinuidade, pois se estava na vigência de um processo intenso de globalização que atingiria o Brasil, tendo-se que responder ao compromisso internacional que o país fez. Informou que existe na SVS, cerca de dez mil pedidos de registro de medicamentos e está se aguardando a entrada de cerca de cinquenta a setenta mil. Enfatizou que o Brasil não poderá mais prescindir de um Sistema Nacional de Farmacovigilância, de detecção de reações adversas a medicamentos e de uma SVS como se encontra hoje pois, de um orçamento de sessenta a setenta milhões, só foram repassados dez milhões em 1996 quando, havia pronunciamento do ex-Ministro da Saúde que os recursos do MERCOSUL seriam destinados à SVS para equiparem os laboratórios nacionais, adequando-os ao controle de qualidade. **Dr. Carlini** fez um último apelo aos Conselheiros quanto a necessidade de publicação da Portaria 188/96, elaborada pela SVS, que estabelecia mecanismos de controle do uso indevido dos anoréticos (reduzidores de apetite), criando

notificação de receita B, cujo controle numérico seria fornecido pela SVS, evitando falsificações de talonário e outras irregularidades. Conselheiro **Eurípedes** propôs a aprovação de uma moção ou recomendação àquela Portaria. Conselheiro **Newton** agradeceu a honra da presença do **Dr. Carlini** dizendo que todos sabiam de sua competência e desenvolvimento de seu trabalho no MS. Parabenizou-o em seu nome e em nome do Conselho. **ITEM 08 - QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS - Prof. Elias**, apresentou o relatório da Comissão de Acompanhamento Orçamentário, esclarecendo inicialmente que não foi possível redigir o relatório e portanto a apresentação se fará pelo cotejamento do **Material de Apoio a Apresentação do Relatório**, constituído de: **1.** Execução Orçamentária e Financeira - janeiro 1997; **2.** Execução Orçamentária e Financeira - janeiro a dezembro 1996; **3.** Fluxo de Caixa - MS - Posição 03/03/97; **4.** Fluxo de Caixa - MS - Posição 28/02/97; **5.** Estudo Comparativo dos Orçamentos 95-96-97 (sem correção - preços correntes); **6.** Estudo Comparativo dos Orçamentos 95-96-97 (com correção para 1/7/97); **7.** Análise dos Orçamentos Federais para a Saúde 95-96-97 (autor Dr. Gilson Carvalho). A Comissão discutiu a PEC-169 e o seu substitutivo, considerando que na essência o mesmo atende às Resoluções do CNS quanto ao financiamento estável, permanente e adequado ao Setor Saúde. Ressalta-se que existem cuidados a serem observados tanto no que respeita ao montante do Orçamento da Seguridade Social quanto à definição de Despesa com Manutenção e Desenvolvimento do SUS a ser melhor precisados. A Comissão discutiu também a Reforma Tributária alertando para o fato que a mesma pode vir a alterar significativamente as fontes específicas da Seguridade Social, a exemplo do que ocorreu com o SIMPLES (nova sistemática de recolhimento das pequenas e micro empresas). Com relação aos orçamentos 96 e 97 do Ministério da Saúde, o não cumprimento da Resolução do CNS nº 200 e a não publicação do Quadro de Detalhamento das Despesas - QDD/97 prejudicam a análise que poderá ser melhor elaborada para a próxima reunião. Por ora, o que se constata é um bom desempenho das receitas e um fluxo razoável de recursos para o MS. Até 31/03/97 deverão ser repassados aproximadamente 5 bilhões de reais. Caso isso não ocorra, anuncia-se a repetição das mesma sistemática dos anos anteriores, o que é de todo indesejável. A Comissão elaborou planilhas comparativas do Orçamento Executado com o Projeto de Lei para 97. A partir destas planilhas o **Dr. Gilson Carvalho** elaborou trabalho em que identifica situação estacionária a partir de 1995 quando se consideram os orçamentos corrigidos pela inflação-média do período. Este trabalho encontra-se junto ao Material de Apoio que a Comissão sugeriu fosse considerado anexo à ata. O plenário acatou tal sugestão. O plenário aprovou a inclusão de novos membros à Comissão de Acompanhamento Orçamentário, Conselheira **Albaneide** (suplente do Conselheiro Gilberto Chaves), Conselheira **Clair Castilho** (suplente da Conselheira Margareth) além dos já anteriormente aprovados **Dr. Dário** pelo CONASS e Conselheira **Elizabete Vieira Matheus da Silva** pela CUT, ficando a recomposição final da Comissão para a próxima Reunião Ordinária. O plenário aprovou ainda, o relatório apresentado e a Resolução nº 219 com o seguinte teor: "O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:** • a necessidade do financiamento permanente, estável e adequado do Setor Saúde estabelecido a partir de patamares mínimos; • que no ADCT-CF/88 e na legislação infra-institucional esses patamares mínimos, de 30% do Orçamento da Seguridade Social, estiveram previstos e em vigor até 31/12/95, através de LDO anuais e da Lei do Plano Plurianual - PPA (91-95); • a necessidade de dispositivo constitucional no corpo permanente da Constituição Federal que assegure, patamares mínimos de financiamento estável do Setor Saúde com compartilhamento das responsabilidades pelas 3 (três) esferas de Governo (Municipal, Estadual e Federal); • que se encontra em tramitação no Congresso Nacional desde 1993 a PEC-169 na forma de substitutivo aprovado pela Comissão Especial da Câmara em 1995; • que a PEC-169 e seu substitutivo atendem, na essência, as Resoluções, Deliberações e Manifestações do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde sobre o tema. **RESOLVE:** **1.** Aprovar como prioridade o encaminhamento de ações que viabilizem, ainda em 1997, a garantia constitucional de financiamento permanente e estável para o Setor Saúde com compartilhamento de responsabilidade pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. **2.** Participar e promover atividades que agilizem a tramitação da PEC-169 e seu substitutivo, prioritariamente, bem como a discussão de outras iniciativas do Poder Legislativo e do Poder Executivo que visem o estabelecimento de bases para o financiamento permanente, estável e adequado à Seguridade Social e particularmente ao Setor Saúde. **3.** Recomendar aos gestores do SUS nas 3 (três) esferas de Governo e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde que tomem iniciativas e construam articulações visando a garantia constitucional de financiamento do Setor Saúde. **4.** Determinar à Coordenação Geral do Conselho e à Comissão de Acompanhamento Orçamentário, em articulação com a Área Técnica do Ministério da Saúde que elaborem documentos com subsídios que fundamentem a necessidade de financiamento e explicitem o significado da PEC-169 e demais propostas existentes. **5.** Recomendar ao Ministro que determine à Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde que apresente ao CNS proposta de Campanha Publicitária sobre o SUS,

explicitando a necessidade de financiamento estável, com rigoroso controle social, e melhoria da competência nos processos gerenciais. 6. Propor que o CNS esteja representado, pelo CONASEMS, na Comissão coordenada pelo Ministro-Chefe da Casa Civil da Presidência da República, encarregada de discutir alternativas para o financiamento estável do Setor Saúde". **ITEM 09 - APRESENTAÇÃO DAS MOÇÕES DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** - Transferido para a próxima reunião. **ITEM 10 - ANÁLISE DA MANIFESTAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO COMO TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE** - Conselheiro **Gilson Cantarino**, relatar o item, registrou sua preocupação em prejudicar a matéria ao relator na ausência do Conselheiro **Paulo César**, que também participou das discussões junto ao Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Colocou que a matéria foi encaminhada ao CNS pelo CFESS em 04/12/96 objetivando o reconhecimento da categoria de Assistente Social como integrante do grupo de profissionais de saúde, face a problemas funcionais de ordem trabalhista e ao não reconhecimento da questão pelos Ministérios da Educação e da Administração e Reforma do Estado. O Conselheiro fez um relato histórico do processo de evolução do Serviço Social junto a Saúde, desde a prestação de serviços voluntários, filantrópicos; programas de bem-estar; Caixas de Aposentadorias e Pensões; Institutos de Aposentadorias e Pensões; o conceito de Seguridade Social, onde está incluído Previdência, Saúde e Assistência Social; a Lei Orgânica da Previdência Social que oficializa na instituição o Serviço Social (1960); o Plano Básico do Serviço Social no INPS (1972); a Lei nº 6.439, de 01/09/77, que instituiu o "Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS", com o objetivo de integrar as atividades de Previdência Social, Assistência Médica e Assistência Social, onde, nesta integração foram criados dois novos órgãos: INAMPS e IAPAS; a Coordenadoria de Administração do Serviço Social na Direção Geral do INAMPS (1988); a política de saúde assegurando os direitos relativos a saúde, à previdência e a assistência social; o Serviço Social como integrante de equipes multidisciplinares comprometidas com o SUS, até as Resoluções do CNS nºs 17/91 e 38/93 que tratam da matéria. Conselheiro **Gilson** concluiu que: "O profissional de Serviço Social está apto a atuar como elemento multiplicador e de controle de qualidade das novas e oportunas tecnologias e nas questões relativas à adscrição de clientela, promoção e prevenção de saúde. O conceito de saúde não é abstrato e envolve questões como relacionamento e inter-relações sem os problemas de saúde física e mental, ressaltando o homem como ser social e sujeito das relações sociais". Opinou pelo deferimento do pleito em tela, sugerindo ao Plenário para ratificar a Resolução nº 38/93 e encaminhar a mesma ao Conselho Nacional de Educação e ao Ministério da Administração e Reforma do Estado, para que acolham esta deliberação. A seguir apresentou a proposta da nova Resolução, reconhecendo os Assistentes Sociais como Profissionais de Saúde de nível superior. Colocado em votação, o Plenário posicionou-se FAVORÁVEL à Resolução. **ITEM 11 - RELATO SOBRE A MOÇÃO DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA APROVADA NA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E A SITUAÇÃO ATUAL DAS QUESTÕES DAS ASSOCIAÇÕES INJUSTIFICÁVEIS DE ANTIBIÓTICOS E ANTIMOCROBIANOS** - **Dra. Lynn Silver**, representante do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC e pesquisadora da FIOCRUZ, agradeceu a oportunidade, discorrendo a seguir sobre a definição, os objetivos e as atividades do IDEC assim como, sua participação em diversos fóruns, constituindo a maior organização de defesa do consumidor da América Latina, integrando o Comitê Executivo dos Consumos Internacional. Informou que o IDEC vem trabalhando com uma rede de apoio em várias universidades brasileiras e construindo uma rede de laboratórios de reconhecida qualidade e competência prestando apoio às entidades de defesa do consumidor nas análises de produtos do ponto de vista de segurança para a Saúde Pública. Distribuiu para os Conselheiros cópia dos estatutos do IDEC e a revista "Consumidor S.A.", nº 16 de fevereiro de 1997, que continha o artigo "Antibióticos na Justiça", relatando histórico da questão dos antibióticos. Em seguida expôs os pontos que pretendia abordar naquele momento, quais sejam: **1º)** Moção da 10ª CNS intitulado "Uma Vigilância Sanitária a Serviço do Cidadão", destacando a questão da transparência de informações, a necessidade de um debate público sobre qualquer processo de reforma estrutural da Vigilância Sanitária, funcionamento do Controle Social da mesma (incluindo a questão da exclusão do IDEC e SOBRAVIME, da CRAME), o aumento de financiamento governamental para essa área, e a formulação da rede de laboratórios oficiais no país; **2º)** Questão das Associações dos Antibióticos, pivô do aparente conflito daquele Instituto com a Vigilância Sanitária; e **3º)** Mecanismos de verificação de conflitos de interesses nos espaços de regulamentação de produtos e serviços de relevância para a Saúde Pública. Em continuação, **Dra. Lynn** descreveu sobre a Comissão de Assessoramento Técnico em Assuntos de Medicamentos e Correlatos - CRAME, criada pela Portaria 129/93, integrada pelos seguintes entes: Central de Medicamentos - CEME, Conselho Federal de Medicina - CFM, Conselho Federal de Farmácia - CFF, Associação Médica Brasileira - AMB, Academia Nacional de Medicina, Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapia Experimental, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Associação Brasileira de Farmacêuticos, IDEC e SOBRAVIME. Citou que em 1995, ela passou a representar a SOBRAVIME (anteriormente presidida pelo **Dr. Carlini**) e, posteriormente, o IDEC, assumindo a sua representação anterior, o **Dr. José Ruben**. Informou que as duas entidades,

juntamente com o CFM e CFF, constatarem uma situação caótica onde estavam sendo aprovados produtos num espaço de uma ou duas horas, sem uma análise científica mais aprofundada pois, embora contando com a participação de cientistas de estimável nível, o processo de organização do trabalho era inadequado. Ressaltou que um processo de medicamento trazia várias teses de doutorado, impossível de serem analisadas em tão pouco tempo. Tomou conhecimento de vários casos de registros de medicamentos que, através de consultas a fontes de informações internacionais, verificou-se terem sido retirados do mercado em outros países, por identificação de graves problemas, informação esta completamente ausente dos processos brasileiros. Observou também a falta de prioridade para medicamentos de relevância na saúde pública ou de verdadeiros avanços terapêuticos, sendo os produtos analisados por prioridades estabelecidas pela indústria. Mencionou ser a favor de um sistema eficiente que atenda rapidamente aos pleitos da indústria desde que seja protegida a saúde pública na análise desses medicamentos. Concluiu que havia uma série de preocupações estruturais além da questão do não tratamento de assuntos de política de medicamentos, a não ser a aprovação de registros de novos medicamentos. Comentou que, o trabalho do **Dr. Carlini** na SOBRAVIME, foi priorizado na avaliação de enorme número de produtos inadequados presentes no mercado brasileiro, como os hepatoprotetores, anti-diarréicos, etc. e que, em 1995 e 1996, estes trabalhos ficaram eventualmente paralisados, tendo sido apresentado apenas, em outubro de 1995, o parecer do Grupo de Estudo de Medicamentos Antibióticos - GEMA, constituído de infectologistas, já comentado no item 7. Acrescentou que, ao mesmo tempo, a SOBRAVIME apresentou um parecer complementar sobre anti-infecciosos ginecológicos, sugerindo a retirada do mercado, de quase cinquenta associações ginecológicas irracionais. **Dra. Lynn** afirmou que os dois pareceres foram aprovados pela CRAME, em dezembro de 1995, e que o IDEC solicitou, por meses em vão, informações dos relatórios, especificamente, quanto aos antibióticos, embora eles já haviam sido regulamentados por aquele ministério através das portarias de 1980 e 1982, descritas no item 7. Informou que, através de numerosas correspondências e interpelações, foi cobrado, ao MS, o cumprimento da Portaria de 1982, sem nenhuma resposta. Solicitou várias vezes, juntamente a outras entidades, audiência com o Secretário de Vigilância Sanitária mas, nunca foram atendidos. Pronunciou em seguida que, a direção do IDEC frente aos seus estatutos, à Constituição Brasileira, ao Código de Defesa do Consumidor e às normas da própria CRAME, decidiu que deveria informar ao público, quanto ao assunto, publicando em sua revista de abril de 1996, o resumo do parecer sobre os antibióticos, dizendo que aguardava as providências do MS. Ressaltou que foi publicada a seguir, uma Portaria da Vigilância Sanitária solicitando que as empresas se defendessem ou justificassem cientificamente seus produtos porém, não foi cancelado pela SVS, nenhum registro dos produtos que não apresentaram as exigências da portaria. Informou que o IDEC e a SOBRAVIME tinham sido processadas por quinze empresas farmacêuticas embora alguns processos já julgados, foram ganhos pelas duas entidades. Comentou que, em junho de 1996, foi publicada uma portaria reformulando a CRAME, passando a ser CAAM, retirando, coincidentemente, o IDEC e a SOBRAVIME, sem comunicação oficial às mesmas, com a acusação de que as referidas entidades tinham faltado com a ética. **Dra. Lynn** argumentou que, no seu entender, a ética é ser firme no compromisso da proteção da saúde pública, no cumprimento da legislação vigente, na manutenção dos estatutos e não ficar calado frente à omissão. Defendeu a posição de absoluta transparência nas questões de saúde pública. Ressaltou que a Constituição Brasileira estabelecia que todos tinham o direito de receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou coletivo, que seriam prestados na forma da lei, sob pena de responsabilidades, com ressalva àquelas informações que são prescindíveis à segurança do Estado ou da Nação. Destacou que o Código de Defesa do Consumidor também estabelecia a obrigação do governo de informar o público sempre que houvesse um problema de Saúde Pública, de risco para o usuário. Enfatizou posição de um dos pontos da moção da 10ª CNS, considerando que deveria ser restabelecido e reconstruído a cultura da Vigilância Sanitária que historicamente é de sigilo, e transformar seu funcionamento, devendo pois ser públicos e transparentes: laudos de laboratórios oficiais, resultado de inspeções, atas e pareceres de comissões assessoras, dados epidemiológicos, processos em andamento, pareceres, etc. Seriam exceções por exemplo, detalhes de processos de produção para produtos patenteados e casos individuais que podem identificar o paciente. Voltando à questão dos antibióticos, **Dra. Lynn** informou que, em novembro de 1996, houve uma resolução do CFM que condenou a prescrição dos medicamentos constantes da lista. Pronunciou que, por falta de respostas do MS às solicitações feitas, o IDEC, a SOBRAVIME e o CFF, entraram, em janeiro de 1997, com uma ação pública, na Justiça Federal, contra o MS, solicitando o cumprimento das portarias citadas anteriormente. Sugeriu aos Conselheiros para discussão futura, uma questão de Política Interna do MS sobre conflitos de interesses que possam existir no âmbito de regulamentação de produtos, tanto para funcionários como para membros de Comitês, enfim, todos envolvidos nesse assessoramento, a exemplo do que fazem outros países, contribuindo para evitar julgamentos inadequados. Manifestou preocupação para uma regulamentação de medicamentos e demais produtos sujeitos à Vigilância Sanitária, que fosse transparente, eficiente e pautada na saúde pública. Encerrou sua explanação

dizendo que o Controle Social é um princípio estabelecido na Constituição e que o CNS é a efetivação desse princípio, sendo o espaço real para o debate, quando a sociedade detecta omissão ou desrespeito às leis vigentes. Decorridos os agradecimentos, a **Dra. Lynn** justificou a ausência do presidente do Conselho Federal de Farmácia. **Dr. Newton** passou a palavra para o presidente da SOBRAVIME, **Dr. José Ruben de Alcântara Bonfim** que iniciou sua explanação, destacando a presença de um dos membros da diretoria executiva, o **Dr. Geraldo Lucchesi**, segundo vice-presidente. Informou rapidamente sobre a constituição da SOBRAVIME a qual vem promovendo o uso racional de medicamentos, havendo pois necessidade de mudanças profundas desde a regulamentação do mercado farmacêutico, passando pela análise cuidadosa do que a população brasileira deveria consumir, implicando também na educação dos profissionais para a prescrição e dispensação adequada de medicamentos e, fundamentalmente, a educação do consumidor. Mencionou que, em setembro de 1996, a diretoria executiva, manifestou-se em seu boletim, com o editorial “*IDEC e SOBRAVIME: Réus de Querela Judicial*”. Leu a seguir, parte do referido editorial, destacando: **a)** consequências judiciais sobre medidas relacionadas às associações de antibióticos injustificáveis, as quais não existem no primeiro mundo ou em países subdesenvolvidos que tem uma Política Nacional de Medicamentos - PNM, consoante às recomendações da OMS; **b)** documento enviado ao MS pelo Comitê Consultivo da Ação Internacional para a Saúde - América Latina e o Caribe - AIS-LAC, interessado na reintegração do IDEC e SOBRAVIME na Comissão de Assessoramento na Área de Medicamentos - CAAM, justificando a importância das mesmas; **c)** moção aprovada pela 10ª CNS, em setembro de 1996, (já mencionada anteriormente), remetida ao Conselho Nacional de Saúde. **Dr. José Ruben** procedeu ainda a leitura do editorial do Boletim SOBRAVIME nº 23 (out-dez/96), intitulado “*IDEC, SOBRAVIME e CFF, Querem o Cumprimento da Lei*”. Nele continha entre outros: ação civil pública contra a Secretaria de Vigilância Sanitária do MS, ajuizada na Justiça Federal (5ª Vara), em 20 de janeiro de 1997, pelas três entidades citadas, envolvendo o assunto das associações de antibióticos, determinando o cumprimento das Portarias nº 2/80, nº 1/82, nºs 54 e 64/96 daquela Secretaria; relatos da literatura científica brasileira desaconselhando tais associações; e, comentários da Resolução CNS nº 02 de 11/06/89, sobre cancelamento de registro dos antidistônicos, sugerindo à DIMED/SVS, levantamento das demais associações medicamentosas. Conselheiro **Newton** agradeceu às duas entidades representadas, dizendo que o CNS se caracteriza por seu fórum aberto às discussões e debates dos assuntos nacionais pertinentes a saúde. Conselheiro **Omlton** retomou as considerações apresentadas no item 7 com relação ao IDEC e SOBRAVIME, mostrando o vídeo da entrevista do **Dr. Ruben** ao Jornal Bandeirantes. Concluiu propondo à SOBRAVIME uma parceria para coibir o abuso que vinha ocorrendo na importação de medicamento de péssima qualidade, assim como, na prescrição de fórmulas preparadas por farmácias de manipulação, onde se usavam matérias primas de origem desconhecida e que, na mesma dosagem, chegavam a custar o triplo do preço de um produto industrial cujos cuidados na fabricação não poderiam ser comparados. **Dra. Lynn Silver** voltou a fazer comentários sobre a Portaria de 1982, dizendo que o desafio seria modificar a situação atual e resolver os problemas do mercado, requerendo o trabalho conjunto dos fabricantes, da Vigilância Sanitária, e da Sociedade Civil. Com relação aos óbitos e internações citadas na entrevista, justificou que os dados foram obtidos através das autorizações de internações hospitalares - AIH e envolvia os medicamentos em geral e não especificamente os da lista em questão. Conselheiro **Newton** procedeu a leitura dos encaminhamentos propostos após às discussões destes itens e do item 7 a saber: **1º)** Resolução com relação a Moção “*Exigências para uma Vigilância Sanitária a Serviço do Cidadão*”, aprovada na 10ª CNS e, outros pontos relacionadas à SVS. Esta resolução gerou várias ponderações e explicações fornecidas pelo Conselheiro **Mozart**, sendo aprovadas por outros Conselheiros, acrescentando algumas colocações. Conselheiro **Omlton** pediu vistas da referida resolução ao que a Conselheira **Margareth** propôs ser conversado durante o mês, o substitutivo da resolução, já elaborada pelo Conselheiro **Mozart** e, na próxima reunião se apresentaria uma nova proposta de resolução. **2º)** Resolução propondo a reinclusão do IDEC e da SOBRAVIME na Comissão de Assessoramento para Assuntos de Medicamentos - CAAM conforme consta também na Moção da 10ª CNS. Após algumas modificações, foi aprovada pelo Plenário, com uma abstenção. Com relação a Comissão proposta pelo Conselheiro **Eurípedes**, na discussão do item 7, para negociar a operacionalização da referida resolução junto à SVS e a CAAM, o Plenário decidiu não aprovar porém, apenas ser levado ao Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde, através da Coordenação, disponibilidade dos Conselheiros caso houvesse necessidade de uma intermediação. **3º)** Recomendação para publicação rápida da Portaria 188/96 da SVS, que dispõe da classificação e do controle das substâncias anorexígenas. Foi aprovada pelo Plenário, com duas abstenções. A seguir, Conselheiro **Newton** passou a ler Moção manifestando satisfação pela presença e pronunciamento do Ministro da Saúde e recomendando a convocação de uma Reunião Extraordinária do CNS para discutir o impacto das propostas apresentadas. Colocada em discussão, foi aprovada pelo Plenário, com algumas modificações. **ITEM 12 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA PRÓXIMA REUNIÃO** - Como ponto de pauta foram deliberados pelo Plenário os seguintes temas: **1.** Reforma do Estado e suas

1526 Consequências na Área de Saúde; **2.** Novas Formas de Gestão de Unidades Assistenciais; **3.** Projeto
1527 REFORSUS; **4.** Parecer sobre a Moção da 10ª Conferência Nacional de Saúde; **5.** Questões
1528 Orçamentárias; **6.** Informe - Leitura e Aprovação da Ata e Pauta Anterior; **7.** Relatório Preliminar da
1529 Comissão Designada pelo Plenário para Análise de Questões Ligadas aos Centros de Diálise no País; **8.**
1530 Pareceres sobre Avaliação da Necessidade Social de Novos Cursos de Graduação na Área da Saúde; **9.**
1531 Relatório do GET e Escolha dos Membros que Comporão a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa;
1532 **10.** Relato das Comissões; **11.** Aprovação da Pauta da Próxima Reunião. Nada mais havendo a
1533 apresentar, Conselheiro **Newton** deu por encerrada a presente reunião. Estiveram presentes os
1534 Conselheiros: **Ana Maria Lima Barbosa, Antonio Sabino Santos, Armando Martinho Bardou**
1535 **Raggio, Artur Custódio Moreira de Souza, Augusto Alves de Amorim, Amadeu Antonio Bonato,**
1536 **Carlos Eduardo Ferreira, Deusina Lopes da Cruz, Eurípedes Balsanufu Carvalho, Ernani**
1537 **Guilherme Fernandes da Motta, Gilberto Chaves, Jocelino Francisco de Menezes, Jocélio**
1538 **Henrique Drummond, José Lião de Almeida, Margareth Martha Arilha Silva, Mário César Scheffer,**
1539 **Mozart de Abreu e Lima, Neide Regina Cousin Barriguelli, Newton de Araújo Leite, Omilton**
1540 **Visconde, Oswaldo Lourenço, Paulo César Augusto de Souza, Paulo Roberto Skroch Andretta,**
1541 **Rita de Cássia Barradas Barata, Sylvio Romero Figueiredo Costa, Solon Magalhães Viana,**
1542 **William Saad Hossne, Zélia Maria dos Santos, Zilda Arns Neumann.**