

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

Aos dois e três dias do mês de abril de um mil e novecentos e noventa e sete, foi realizada, na Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde a Sexagésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. Em presença do Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde, **Dr. Carlos César de Albuquerque**, a Senhora **Marylene Rocha de Souza**, Assessora de Relações Públicas e Cerimonial do Gabinete do Ministro, procedeu a abertura da Cerimônia de Posse do **Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**, no cargo de Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizado a Leitura do Termo de Posse pela Senhora Coordenadora Geral de Recursos Humanos, **Dra. Dirce Barbosa**, e a seguir, **Dr. Nelson** manifestou-se honrado por assumir o cargo e pelo apoio de alguns Conselheiros na indicação de seu nome, comprometendo-se a corresponder a confiança depositada em seu trabalho. Comentou sobre a complexidade na interface estado e sociedade e que o CNS deve prestar contas aos mesmos. Colocou que ao inteirar-se dos assuntos relativos ao CNS, elaborou um documento orientador dos papéis, competências, prioridades e métodos da Secretaria de Apoio ao CNS. O documento foi entregue ao Senhor Ministro e à todos os Conselheiros, tendo sido solicitado a apreciação do mesmo e contribuições de aprimoramento para discussão na próxima reunião. Enfatizou sobre: - o que o Conselho representa frente as diversas entidades; a interação com os diversos segmentos; o subsídio da Secretaria de Apoio nas diversas questões; a deliberação e o cumprimento da finalidade legal do CNS como grande formulador de estratégias e controlador da execução das políticas de saúde. Em sequência a cerimônia de posse, Senhor Ministro teceu comentários sobre: a satisfação de continuar no CNS; a importância e soberania do CNS; o CNS como modelo para os Conselhos Estaduais e Municipais; a conscientização do cidadão na importância de sua participação nos Conselhos, destacando que em breve seria lançada uma campanha de esclarecimento da população sobre os Conselhos de Saúde; a importância do CNS no processo de descentralização do SUS; a necessidade de trabalhar mais na ação do que no discurso e a certeza do apoio do Senhor Ministro ao CNS, desculpando-se por não poder estar mais presente nas reuniões, face aos compromissos do cargo. A seguir, elogiou **Dr. Nelson** pela competência, lealdade, boas intenções, ampla visão e conhecimentos na área da saúde. Posicionou-se com a certeza do sucesso na relação CNS e MS, de recuperação da imagem da saúde no país e da busca de soluções. Destacou que o CNS é: *"um órgão de debate, de discussão, mas também é um órgão de conciliação e de construção daquilo que é a aspiração de todos nós e sob a coordenação de Dr. Nelson nós poderemos avançar muito e rapidamente"*. O Senhor Ministro despediu-se encerrando a Cerimônia de Posse. A seguir **Dr. Nelson** colocou para apreciação do Plenário o nome da Conselheira **Rita de Cássia Barradas Barata** para coordenar a presente reunião, tendo como Suplente o Conselheiro **Carlyle Guerra de Macedo**. A proposta foi APROVADA. **ITEM 01 - LEITURA E APROVAÇÃO DA ATA** - Ficou deliberado que a ata da 63ª Reunião Ordinária seria apreciada e aprovada na próxima reunião. **INFORMES - 1.** Ofício nº 179/97, da ABEN - Ressalta a importância da Resolução 214, de 06/02/97 e reivindica participação na direção colegiada do **"Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional na Saúde"**. O Plenário deliberou no sentido de que fosse encaminhada cópia do documento à Coordenação de Recursos Humanos para o SUS. **2.** Ofício CES/SP, de 11/03/97, do Secretário Executivo do CES/SP - Encaminha manifestação da Comissão Técnica de Integração entre os Serviços de Saúde e Instituições de Ensino do CES, no sentido de retificar o Decreto Federal nº 1.303, de 08/11/94, incluindo no art. 7º os Cursos de Ciências Biológicas e Medicina Veterinária. Ficou decidido que tão logo o Senhor Ministro da Saúde assine a Resolução 218/97, seja o interessado comunicado a respeito. **3.** Fax de 18/03/97, da CUT e do Sindicato dos Enfermeiros de Alagoas - Apresenta denúncias contra a SES, que vem empreendendo medidas sem apreciação prévia do CES. Conselheiro **Dellape** apresentou proposta para que fosse indicada a Conselheira **Zilda** para apurar as denúncias. Proposta aprovada. **4.** Ofício nº 0103/SEMA/97, do Subsecretário Municipal de Saúde de São Gonçalo, RJ - Encaminha Ofício da União das Associações de Moradores de São Gonçalo, anexado de abaixo-assinado do **"Movimento em Defesa da Saúde e pela Implantação do SUS"**, para ser entregue, pelo CNS à Comissão de Saúde do Congresso Nacional. O Plenário aprovou encaminhamento à Comissão de Segurança e Família. **5.** Carta nº 001/DEXT, de 28/02/97, da Divisão de Extensão da Escola Superior de Guerra - Encaminha para divulgação a programação de dois ciclos de extensão para o ano de 1997: **"Os conflitos urbanos e rural no Brasil"** (12 a 23/05/97) e **"Os problemas da saúde pública no Brasil"** (06 a 17/10/97). Ficou decidido que seria distribuída cópia do documento aos Conselheiros que quisessem participar. **6.** Ofício CONASS nº 210, de 18/03/97, do Presidente do CONASS - Comunica a eleição da nova Diretoria e solicita a substituição dos representantes do CONASS no CNS. Dado ciência e distribuída cópia a todos os Conselheiros. **7.** Ofício nº 002/97, de 18/03/97, do Presidente do CES da PB - Encaminha ao Senhor Ministro da Saúde Ofício do Presidente do Sindicato dos Médicos da Paraíba, manifestando

preocupação com a decisão de reduzir a compra de vacinas contra a Hepatite-B. O Plenário deliberou que fosse encaminhada cópia a SAS e FUNASA. **8.** Carta de 21/03/97, da Associação de Diabetes Juvenil/SP - Manifesta contentamento em saber que no “**Plano de Metas**” está incluído um programa para atendimento ao diabético. Reivindica, também, a isenção de alíquotas de imposto sobre produtos para controle do diabetes. Foi decidido o encaminhamento de cópia à SAS. **9.** Ofício CFESS nº 159/97, do Conselho Federal de Serviço Social - Informa a Plenária do CNS sobre sua decisão de renúncia da vaga de suplência na representação dos profissionais de saúde. O Plenário deliberou que se aguardasse a reunião do Conselhinho para que fosse indicado o suplente. **10.** Carta de 10/03/97, do Senhor Edson Francisco Camargo - CENEP/PB; Senhora Edilândia Ferreira - STR/Pb e Senhora Maria da Luz Mendonça - Igreja/PB - Denunciam manipulação no processo de escolha da Dra. Bernardete como representante dos trabalhadores de saúde para o CMS. A mesma estaria indiciada por atentar contra moralização e por falsidade ideológica. Dado ciência ao Plenário, sem que houvesse manifestação a respeito. **11.** Ofício nº 97 de 03/97, do Presidente Titular da Pastoral da Criança - CNBB, no CNS - Comunica uma nova série de programas “**Viva a Vida**” com os seguintes temas: Dia Infantil, Dia do Trabalho, Campanha Adeus Pneumonia e Mortalidade Materna. Dado ciência ao Plenário. **12.** Fax de 31/03/97, do Diretor Geral do Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais, do Ministério das Relações Exteriores - Informa que a “Reunião Regional de Avaliação da Cúpula do Desenvolvimento” será realizada em SP, nos dias 6, 7, 8 e 9 de abril próximo e será inaugurada pelo Senhor Presidente da República. **Solicita indicação de representante.** Foram indicadas as Conselheiras **Rita de Cássia** e **Claúdia Maximino** para representar o CNS. **13.** Memo ASPAR/GM/MS, de 23/03/97, do Chefe da Assessoria de Assuntos Parlamentares - Encaminha cópia do discurso proferido pelo Deputado **Claudio Chaves**, na sessão do dia 12/03/97, que versa sobre a necessidade de implantação de novos cursos de Medicina no País. Dado ciência ao Plenário. **14.** Fax de 26/03/97, da Senhora Ada Rodrigues Viana - Conselheira Municipal e Representante das Associações Comunitária do Amazonas - Encaminha denúncia sobre várias toneladas de leite que teriam sido incineradas em Manaus e que o CMS nunca fora informado quanto à distribuição de leite para as crianças desnutridas. Houve deliberação no sentido de que fosse enviada cópia da denúncia à SAS, Comunidade Solidária e INAN. Em prosseguimento à sessão de Informes, a Conselheira **Rita de Cássia** leu seus pareceres relacionados com o **Informe 9**, da 63ª RO, dando parecer contrário ao “15ª Programa de Assistência à Saúde em Países em Desenvolvimento” por apresentar um custo elevado e não atender a necessidades de capacitação de profissionais de serviço e parecer favorável ao “Programa de Bolsas para Educação Médica”, por apresentar um conteúdo interessante à formação pedagógica dos professores de Medicina e por ser custeado pela Instituição promotora, devendo ser divulgado entre as escolas médicas brasileiras. Em continuidade à reunião, foi entregue aos Conselheiros a **Indicação nº 761, de 03/1997, do Senhor Deputado Arlindo Chinaglia**, que: “- Sugere ao Poder Executivo a proposição de Projeto de Lei que altera as atribuições e composição da Comissão de Especialistas em Ensino Médico do Ministério da Educação e do Desporto, proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos 10 anos, e dá outras providências”. Conselheira **Rita** informou que esse assunto veio ao CNS oriundo da Assessoria Parlamentar para apreciação e parecer. Conselheiro **Eurípedes** explicou tratar-se de um Projeto de Lei transformado em uma Indicação. Procedeu à leitura do projeto, destacando que a proposta de composição da comissão é semelhante à Comissão de Residência Médica e, fica vedada a criação de novos cursos médicos bem como a ampliação de vagas, por dez anos. Comentou sobre as discussões realizadas no CNS; sua preocupação na melhoria da qualidade profissional; a velocidade de crescimento do número de médicos/população e a implementação no MERCOSUL. Posicionou-se **FAVORÁVEL** ao projeto. Conselheiro **Newton** citou que sem sua opinião o projeto entra em choque com a realidade administrativa, considerando que nenhuma lei poderia modificar a estrutura de um Ministério por ser um direito assegurado ao Senhor Ministro da Educação. Destacou os relevantes trabalhos da Comissão de Ensino Médico - MEC frente ao ensino médico no país, manifestando-se constrangido frente à inconstitucionalidade da lei, quando modifica a estrutura de um Ministério. Conselheira **Clair** explicou que o projeto entrou no Congresso como Projeto de Lei e por ser inconstitucional foi transformado em Indicação. Após alguns esclarecimentos a respeito do significado das Comissões de Assessoramento de Especialistas do MEC, foi sugerido pelo Conselheiro **Eurípedes** que o tema volte ao Plenário após o Seminário de Recursos Humanos. A sugestão foi acatada pelo Plenário. **ITEM 02 - ANÁLISE DOS PARECERES SOBRE A AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE SOCIAL DE ABERTURA DE NOVOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE - Dr. Nelson Rodrigues dos Santos** relator do item, apresentou a seguinte correção de redação da ata da 63ª RO, **linha 884:** Substituir a expressão “*constituído um grupo*” por “*Instalada a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos de Saúde*”; e **linha 887:** Acrescentar após a palavra “*Saúde*”: “*Tendo como referência inicial o relatório do CNS sobre Necessidades Sociais de Cursos Superiores na Área da Saúde*”. Comentou também sobre a autonomia das Universidades na criação de novos cursos proferida pela Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB; a exclusão do

Ministério da Saúde na avaliação da necessidade social e a disposição do MEC em intervir na questão, articulando com o Conselho Nacional de Saúde, objetivando contornar este impasse; a possibilidade em regulamentar a nova LDB, através de uma proposta de Medida Provisória ou, em um outro Decreto dispondo que o Ministério da Saúde seja ouvido para criação de novos cursos de graduação na área de saúde. Foram levantados vários questionamentos pelo Plenário, a cerca de: suspender a emissão dos pareceres por parte do CNS; da impossibilidade do CNS ir contra uma disposição legal; autonomia das universidades; do significado de “ordenar Recursos Humanos”, citado na Constituição Federal; da abertura não criteriosa de vários cursos nas diversas Universidades; dar continuidade a análise apenas dos estabelecimentos isolados de ensino superior; da questão judiciária a ser levantada pelas universidades; do tempo que demandaria para o MEC regulamentar ou não o curso proposto; se o CNS continuasse procedendo a análise da necessidade social, poderia servir de subsídio ao reconhecimento ou não do curso por parte do MEC e, do CNS se manifestar em caso das Universidades apenas se o MEC solicitar. Conselheira **Zilda** propôs que o CNS continue a proceder a análise da necessidade social e aguarde a instalação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH/CNS. Conselheira **Rita**, Coordenadora da Reunião, leu o artigo 43 da Medida Provisória, de 14/03/97, citada pelo Conselheiro **Eurípedes**, a qual dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, com a seguinte redação: “Art. 43 - O art. 2ª da Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único: - Parágrafo único - A autorização para o funcionamento, o credenciamento e o credenciamento periódico de universidade ou estabelecimento isolado de ensino superior, e o reconhecimento de cursos e habilitações oferecidos por essas instituições, bem assim a autorização prévia dos cursos oferecidos por instituições de ensino superior não-universitária, serão tornados efetivos mediante ato do Poder Executivo, após parecer favorável do Conselho Nacional de Educação, podendo tais atribuições ser delegadas no todo ou em parte ao Ministro de Estado da Educação e do Desporto, ou aos Estados e ao Distrito Federal observando, neste último caso, o disposto no § 3º do art. 9º da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996”. (LDN da Educação Nacional). Conselheiro **Eurípedes** posicionou-se no sentido de que o Plenário respeite o Relatório sobre a análise social dos 596 processos de abertura de novos cursos, aprovado na reunião passada e, que se proceda a análise dos demais processos, desde que não estejam incluídos nos 529 restantes, de locais que não existe necessidade social, conforme o relatório. Conselheira **Zélia** propôs que se consulte o MEC no sentido do CNS continuar ou não a fazer a análise, evitando assim perda de tempo com a questão. Conselheiro **Carlos Ferreira** sugeriu uma Resolução do CNS que através do Senhor Ministro da Saúde fosse levada ao Excelentíssimo Senhor Presidente da República. Conselheira **Elizabeth** reforçou a proposta da Conselheira **Zilda**, face a Lei 8.080 e a posição contraditória da LDB/96. Conselheiro **Gilberto** mostrou-se favorável que a questão seja encaminhada e que se trabalhe para mudar a LDB. Conselheiro **Francisco** comentou sobre a necessidade de uma posição jurídica da questão. Conselheiro **Eurípedes** esclareceu que não está escrito na LDB que o CNS não poderia ser ouvido, colocando que deveria ser discutido como o CNS se posicionar. Informou sobre a realização de um Seminário sobre Recursos Humanos, onde a questão deverá ser aprofundada. Conselheira **Rita Barata** colocou em votação as seguintes propostas: **1.** Que o CNS continue a fazer a análise da necessidade social de abertura de novos cursos na área de saúde, até que se defina de que maneira será considerado a posição da saúde dentro da vigência da LDB; e **2.** Que se suspenda os trabalhos até que seja definido pela CIRH/CNS, qual posição a ser adotada. Após votação, foi **APROVADO** a **1ª PROPOSTA**. Passou-se a seguir ao **DEMONSTRATIVO DOS PROCESSOS SOB 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**; **2.** Fundação Educacional de Barretos - SP, curso de **Farmácia**; **1.3.** Instituto Superior de Psicologia e Educação do Espírito Santo, 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**, Conselheiro **Francisco Miguel**, CES/BA - **FAVORÁVEL**. **2.2.** Universidade Brás Cubas - Mogi das Cruzes - SP, curso de **Odontologia**. CES/SP emitiu parecer **CONTRÁRIO** à abertura do curso. O Conselheiro relator **Sylvio Romero**, procedeu a leitura de seu parecer concluindo que não existe necessidade social para criação de mais um curso de Odontologia na região. O Plenário após apreciação e discussão da matéria, posicionou-se aprovando o parecer do Conselheiro relator, portanto **CONTRÁRIO** a abertura do curso em pauta; **2.3.** Faculdade Santa Marcelina - SP, curso de **Enfermagem**. CES/SP emitiu parecer **FAVORÁVEL** à abertura do curso. Na 63ª Reunião Ordinária o Conselheiro relator **Sérgio Piola** posicionou-se **FAVORÁVEL** e o Conselheiro **Eurípedes** solicitou vistas ao processo. Conselheiro **Eurípedes** informou ter visitado a sede da Faculdade, ouviu entidades de classe e concluiu seu parecer: “-é de nosso parecer nada acrescentar ao parecer do Conselheiro Sérgio Piola”. Foi colocado em votação e o Plenário posicionou-se **FAVORÁVEL** à criação do curso em pauta; **2.4.** Universidade de Ponta Grossa - PR, curso de

184 **Educação Física**, Conselheiro **Carlos Ferreira**, CES/PR **FAVORÁVEL**; 2.5. Universidade de
 185 Tiradentes - SE, curso de **Odontologia**, Conselheiro **Gilberto Chaves**, CES/SE **FAVORÁVEL**; 2.6.
 186 Universidade de Tiradentes - SE, curso de **Psicologia**, Conselheiro **Antonio Sabino**, CES/SE
 187 **FAVORÁVEL**; 2.7. Universidade Castelo Branco - UCB/RJ, curso de **Educação Física**, Conselheiro
 188 **Artur Custódio**, CES/RJ com parecer provisório; 2.8. Universidade Castelo Branco - UCB/RJ, curso de
 189 **Fisioterapia**, Conselheiro **Francisco Miguel**, CES/RJ com parecer provisório. 3. **PROCESSO**
 190 **PENDENTE DA APRECIÇÃO DO PLENÁRIO/CNS - 3.1.** Associação Educacional de Rio Preto - SP,
 191 Faculdade de Farmácia e Nutrição de Rio Preto, curso de **Nutrição**, Conselheiro **Mário Scheffer**,
 192 CES/SP **FAVORÁVEL**. O Conselheiro relator procedeu a leitura de seu parecer, destacou a posição
 193 **CONTRÁRIA** do Conselho Regional de Nutricionistas, visto que, já existem 13 Escolas no Estado de
 194 São Paulo formando 1290 profissionais/ano. Informou ter consultado o Sindicato de Nutricionistas de
 195 São Paulo e Associação Paulista de Nutrição, os quais, não se manifestaram. Posicionou-se em seu
 196 parecer **CONTRÁRIO** à abertura do curso. O Plenário após apreciação, deliberou aprovando o parecer
 197 do Conselheiro relator, portanto **CONTRÁRIO** à criação do curso em pauta. Posteriormente **Dr. Nelson**
 198 distribuiu ao Plenário a Proposta Inicial para Criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
 199 de Saúde, com os seguintes objetivos: 1. Definir o significado e a realização do preceito legal de
 200 **ordenação da formação de recursos humanos de saúde** (Art. 6º da Lei 8.080/90), considerando
 201 entre outros fatores, as necessidades sociais de profissionais, de cursos, o mercado de trabalho e a
 202 qualidade da prestação de serviços; 2. Propor políticas específicas de recursos humanos de saúde
 203 quanto a sua formação, capacitações profissionais, gestão de recursos humanos e outros aspectos,
 204 considerando os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos de Saúde e
 205 de outros eventos e estudos dessa área; 3. Apresentar no prazo de 30 (trinta) dias ao Conselho Nacional
 206 de Saúde um plano bianual de trabalho para a devida apreciação e aprovação; e com a seguinte
 207 composição: **Membros Titulares** (cada titular deve ter um suplente) • Ministério da Saúde - 1; Conselho
 208 Nacional de Secretários de Saúde - CONASS - 1; • Conselho Nacional de Secretários Municipais de
 209 Saúde - CONASEMS - 1; • Ministério da Educação e do Desporto - MEC - 1; • Ministério do Trabalho -
 210 MT - 1; • Profissional Nível Superior - 2 (CT/APAS); • Profissional Nível Médio - 1; • Núcleos
 211 Universitários de Saúde Pública - 1; • Central Única dos Trabalhadores - CUT - 1; • Central Geral dos
 212 Trabalhadores - CGT - 1; **Total: 11. Consultores Permanentes:** • Benedictus Phyladelpho de Siqueira -
 213 UFMG; • Especialista da OPAS/OMS; • Especialista da CINAEM. **Coordenação:** Em rodízio definido
 214 pela Comissão. **ITEM 03 - APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DO GT/CONEP** - Conselheiro **Saad**,
 215 Coordenador do Grupo Executivo de Trabalho - GET, ora exercendo as atividades da Comissão
 216 Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, discorreu inicialmente sobre os trabalhos anteriores do GET,
 217 desde a sua constituição, em novembro/95, para que o assunto se tornasse mais compreensível aos
 218 novos Conselheiros presentes, os quais não acompanharam o processo de revisão da Resolução 01/88
 219 e elaboração da Resolução 196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas
 220 envolvendo seres humanos, aprovada pelo CNS, em 10/10/96. Em continuação, sinalizou que no mês
 221 em curso, estaria encerrando o prazo de 180 dias, estabelecido na referida Resolução, para a finalização
 222 das tarefas do GET, até então assumindo as atribuições da CONEP. Observou ainda que, naquela
 223 reunião deveria, ser apresentada proposta de estruturação da CONEP, assim como, outras ações do
 224 grupo, conforme estipulado no Plano de Trabalho contido na Resolução 201, de 07/11/96. Passou então
 225 a relatar, em linhas gerais, os procedimentos realizados referentes a cada item do Plano de Trabalho. 1.
 226 **Desenvolvimento das atribuições da CONEP:** a) recebimento e análise de sessenta projetos de
 227 pesquisa sobre áreas temáticas especiais (cap. VIII-4.c da Res. 196/96), com encaminhamento dos
 228 pareceres aos Comitês de Ética em Pesquisa das Instituições, seguindo o processo para a Vigilância
 229 Sanitária, no caso de pesquisa com novos produtos. Conselheiro **Saad** comentou que, por razões que
 230 deveriam ser analisadas posteriormente, havia, às vezes, uma demora na tramitação dos processos a
 231 nível de Ministério, e por falta de informação ou por má fé, se dizia que o retardo era causado pelo
 232 GET/CONEP porque exigia, sem necessidade, que os projetos de pesquisa viessem para a Comissão.
 233 Enfatizou que se estava cumprindo uma Resolução do Conselho a qual dava sessenta dias para análise
 234 de tais projetos, mas que, no entanto, estava ocorrendo numa média de vinte e cinco dias e, portanto, o
 235 atraso não era da responsabilidade da Comissão; b) análise e providências de três denúncias recebidas
 236 relativas a possíveis infrações éticas de projetos de pesquisa envolvendo grupo indígena, aidéticos e
 237 pesquisa com Ziprazidone. Quanto à denúncia sobre ensaio clínico em portadores de HIV, em São
 238 Paulo, apresentada ao CNS, pelo Conselheiro **Mário Scheffer**, o GET/CONEP designou um relator cujo
 239 parecer indicou que a denúncia era procedente; foi solicitada manifestação, com prazo de 15 dias, dos
 240 Centros de Pesquisa envolvidos, para depois serem tomadas as medidas necessárias. Conselheiro
 241 **Saad** informou que, naquele íterim, a Merck Sharp Dohme, patrocinadora do projeto, reuniu, em Miami,
 242 uma Comissão de Ética "ad hoc", mandando interromper o projeto, ao que o Conselheiro alegou uma
 243 possível relação de causa e efeito; c) assessoria a pesquisadores, instituições de pesquisa e indústria
 244 farmacêutica sobre esclarecimentos e cumprimento da Res. 196/96. Conselheiro **Saad** destacou ter sido

este um trabalho exaustivo sobretudo para a **Dra. Corina**, Secretaria Executiva do GET, e **Dra. Geisha**, ambas Técnicas do CNS; **d)** realização de reuniões ordinárias no período de 31/10/96 a 26/03/97, inclusive no mês de janeiro; **e)** elaboração e discussão de minutas sobre normas de pesquisa com novos fármacos e medicamentos; **f)** elaboração e discussão de formulários para Bancos de Dados dos CEP's institucionais e folha de rosto de pesquisas; **g)** entrevistas a jornais e televisão sobre a Resolução 196/96 com convites ao Conselheiro Saad para ministrar na aula inaugural de cinco faculdades brasileiras, especificamente as de medicina, o tema "*Resolução 196/96*". **2)** Distribuição ampla da Resolução 196/96: através do Centro de Documentação do Ministério da Saúde - 2.300 cópias; pela Secretaria Geral do CNS - em torno de 2.000 exemplares; através do CENEPI/FNS/MS - 20.000 publicações do Informe Epidemiológico do SUS, Ano V - nº 2 (Suplemento 3); pelo CFM - 5.000 publicações do suplemento da Revista Bioética, Vol. 4, nº 2; e de outras publicações da Resolução, através da Fundação Oswaldo Cruz, do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e da Faculdade Integradas São Camilo (revista "*O Mundo da Saúde*"), e da Associação Brasileira dos Assessores Médicos da Indústria Farmacêutica - ABIMAIF. Foram enviadas correspondências para 7.300 instituições, orientando a formação dos Comitês de Ética em Pesquisa e o seu registro na CONEP através de preenchimento de formulário próprio; até 30/03/97, haviam cinquenta e três CEP's registrados, cujo relatório será publicado no próximo Boletim do CNS, tendo sido organizado Banco de Dados, na Secretaria Geral do CNS, com apoio da Divisão de Informática do MS. **3)** Solicitação, na mesma correspondência para a formação dos CEP's, de sugestões sobre as sete áreas temáticas especiais referidas no Cap. VIII, item 4.c da Resolução 196/96, como subsídios ao trabalho de elaboração das Normas e Diretrizes dessas áreas. **4)** Levantamento de 2.715 indicações bibliográficas nas áreas temáticas organizando-se, inicialmente, as referentes a novos produtos farmacêuticos e genética humana. **5)** Priorização das normas de pesquisa para a área temática de fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos, por constituir a maior demanda dos projetos apresentados ao GET/CONEP. **6)** Identificação das entidades e pessoal que poderiam contribuir na elaboração das normas referidas no item anterior, com formação de Câmara Técnica que se reuniu, com o GET/CONEP, em 25/03/97. Entre os convidados estiveram presentes representantes da ABIFARMA, ABIMAIF, ALANAC, AFAI, CFM, CFF, além do Prof. Artur Beltrame Ribeiro, Chefe da Nefrologia/EPM/UNIFESP, representando também a SBPC e a Academia Brasileira de Ciências. Deixaram de comparecer representantes da Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapêutica Experimental, da Sociedade Brasileira de Investigação Clínica, da SOBRAVIME, do IDEC e outros. **7)** Elaboração, prevista em sessenta dias, de proposta de normas na área temática de fármacos/medicamentos, para ser votada pelo CNS. Serão realizados contatos com a FUNAI, Comissão Interinstitucional de Saúde do Índio e com a Comissão Nacional de Biossegurança, para elaboração, em conjunto com GET/CONEP, de normas de pesquisa em grupos indígenas e na área de genética humana e de biossegurança, respectivamente, não havendo ainda planejamento para as outras áreas temáticas. **8)** Envio de correspondências às diversas instituições, especificamente às com CEP's registrados na CONEP, para que indicassem nomes a serem apresentados ao CNS, para estruturação da CONEP, conforme Cap. VIII itens 1, 2 e 3 da Resolução 196/96. Chegaram, até 01/04/97, vinte e uma indicações, não sendo suficientes para a formação da CONEP. Várias entidades fizeram contatos com o grupo, demonstrando as dificuldades de constituírem o CEP (eleição, etc.), devido aos meses de dezembro a fevereiro corresponderem a período de férias, o que retardou, também, a divulgação da Resolução. Conselheiro **Saad** encerrou seu relatório colocando-se à disposição para algum esclarecimento, sinalizando que, o processo de formação da CONEP iria fomentar a criação dos CEP's, pois, caso contrário, a instituição não poderia indicar nomes para a Comissão. Conselheira **Neide Barriguelli** levantou a questão da participação do usuário nos CEP's e CONEP, visto que, em São Paulo, estão colocando apenas um representante da categoria, quando, deveria ser um indivíduo envolvido com a pesquisa, objeto da mesma, levando a patologia em si, conforme havia sido decidido pelo CNS na aprovação da Resolução 196/96. Conselheiro **Saad** lembrou, que na última reunião do CNS, foi discutido amplamente o que seria "*usuário*" e demonstrou alguma dificuldade do GET/CONEP sobre aquela questão que, ao seu ver, deveria ser definida pelo CNS. Enfatizou a necessidade urgente dos CEP's serem constituídos para que haja também o andamento das pesquisas. Considerou que, o fato do CEP estar registrado não impediria ao CNS fazer modificações após definir "*usuário*". Sinalizou que, em geral, os CEP's não aprovados pelo grupo, foi devido àquela questão. Conselheira **Zilda** cumpriu o Conselheiro **Saad** enfatizando que os trabalhos da Comissão, na elaboração da Resolução 196/96, já havia trazido muitas honras ao Conselho, mesmo que não viessem atingir outros objetivos. Indagou se o tema "*Clonagem*" havia sido abordado pela Comissão. Conselheiro **Saad** respondeu que aquele assunto estaria na área de genética, cuja regulamentação ainda não foi discutida, porém, deveria atender à Resolução 196/96 no seu cap. III item 2. Informou que, o Ministério da Ciência e Tecnologia, reuniu o Comitê Nacional de Biossegurança, solicitando-lhe análise, da clonagem, frente a Lei de 05/11/95, que aborda a engenharia genética. O referido Comitê interpretou que, de acordo com a lei, deveria haver impedimento daquele processo, pois a mesma proíbe qualquer manipulação com células germinativas.

306 Conselheira **Claudia** reforçou a colocação da Conselheira **Neide**, por ser a esperada pelas entidades,
 307 necessitando pois, manifestação clara do CNS sobre a questão. Conselheiro **Saad** citou o Cap. VII.6 da
 308 Resolução 196/96 que diz “*No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades,*
 309 *deverá ser convidado um representante, como membro “ad hoc” do CEP, para participar da análise do*
 310 *projeto específico*”. Exemplificou que, numa pesquisa envolvendo diabetes, deveria ser convidado
 311 alguém da associação de diabetes. Conselheiro **Solon** propôs entrar na pauta da reunião seguinte,
 312 definição do que seja representante do usuário. Conselheiro **Omiton**, na condição de membro da
 313 Comissão, propôs a prorrogação do mandato da mesma, por mais sessenta dias, a fim de que
 314 pudessem ser recebidas mais indicações para a CONEP e que fosse também melhor discutido o
 315 aspecto dos usuários. Conselheira **Zilda** propôs estender os trabalhos do grupo por mais seis meses,
 316 para consolidação do que foi iniciado, sugerindo ainda que fosse garantido na CONEP, a permanência
 317 do Conselheiro **Saad**, **Dra. Corina** e **Padres Leocir e Márcio**. Conselheiro **Carlyle** destacou que, das
 318 Comissões do CNS, aquela tinha sido a que melhor cumpriu sua missão, não querendo, com isso,
 319 desprestigiar os trabalhos das demais. Manifestou-se favorável ao prazo de sessenta dias para
 320 constituir-se a CONEP, a qual, devido a sua importância, não deveria ficar em caráter provisório por
 321 longo tempo. Propôs também que, na mesma ocasião fosse discutida a definição de usuário,
 322 constituindo-se uma emenda para a Resolução 196/96. Conselheira **Lucimar** baseando-se em
 323 comentários e propostas que ouviu de pesquisadores, manifestou-se a favor de noventa dias para a
 324 formação da CONEP, tempo em que algumas questões seriam definidas. Conselheiro **Eurípedes**
 325 solicitou ao Conselheiro **Saad** avaliar os períodos propostos para conclusão dos trabalhos do grupo e a
 326 possibilidade de manter o núcleo fundamental do mesmo, na CONEP. Indagou sobre resultado da
 327 reunião com especialistas (Câmara Técnica). Conselheiro **Saad** explicou que a CONEP teria que ser
 328 formada pelo CNS, a partir das indicações dos CEP’s. Enfatizou que estes, além de examinarem
 329 projetos de pesquisas, teriam papel consultivo e educativo. Comentou que estava acontecendo uma
 330 nova educação ética no país, vencendo-se algumas barreiras devidas a pressões quanto a pontos de
 331 vistas diferentes com relação à Resolução 196/96 ou, porque, esta não teria sido lida com atenção.
 332 Quanto a prorrogação dos trabalhos do grupo, acreditava-se que os noventa dias seriam suficientes e
 333 que a CONEP, ao ser constituída, terá maior força em relação ao GET. Referindo-se à Câmara Técnica,
 334 de 25/04/97, o Conselheiro **Saad** comentou que os pontos de vistas não foram tão conflitantes; a
 335 maneira de serem encaminhados é que não estava adequada e que, às vezes, as pessoas queriam
 336 impor pontos que estavam previstos para outras discussões. Informou que houve mais reivindicações do
 337 que sugestões, havendo, como maior queixa, o envio de determinados projetos à CONEP. Comentou
 338 que uma das idéias era que, eventualmente, o Centro de Pesquisa, credenciado pela Secretaria de
 339 Vigilância Sanitária e, com CEP registrado na CONEP, enviaria a esta, em alguns casos, apenas o
 340 relatório da pesquisa. Ressaltou que, de acordo com a Resolução 196/96, deveriam vir para a aprovação
 341 pelo CNS, normas de credenciamento de centros de pesquisa, elaboradas pela SVS, porém, não houve
 342 tempo para que o Prof. **Carline** as encaminhasse. Conselheiro **Saad** informou já ter feito contato com a
 343 Dra. **Marta**, nova Secretária de Vigilância Sanitária, no sentido de que fosse firmado entrosamento
 344 daquela Secretaria com a CONEP. Teceu comentários sobre distorções, fruto da Resolução 1/88 já
 345 revogada, em que se confunde a análise ética de uma pesquisa, com outras situações pertinentes à
 346 SVS, havendo portanto, necessidade de disciplinar as responsabilidades de cada área. Conselheiro
 347 **Carlyle** concordou com o prazo de noventa dias (reunião de julho), para constituição da CONEP.
 348 Reforçou a colocação do Conselheiro **Saad** com relação ao assunto, lembrando que o CNS ao aprovar a
 349 Resolução 196/96, impôs uma série de restrições, entre elas, a de que este CNS não teria liberdade de
 350 apontar nomes livremente para a CONEP, mas, apenas a faculdade de elegê-los dentre os nomes
 351 propostos pelos CEP’s, sendo portanto, necessário um número razoável de indicações. Solicitou que o
 352 GET/CONEP encaminhasse aos Conselheiros, antecipadamente à reunião de julho, os currículos
 353 resumido das pessoas indicadas. Conselheira **Neide** destacou que quando a Resolução 196/96 foi
 354 aprovada, ficou estabelecido que se não viessem nomes representativos dos usuários, o CNS teria a
 355 autoridade de nomeá-los. Conselheiro **Artur** sugeriu que o GET trabalhasse na garantia de que as
 356 indicações trouxessem nomes de usuários. **Dra. Corina** pediu permissão para ler parte do Cap. VIII.1
 357 da Resolução 196/96, onde citava que a CONEP poderia contar com consultores e membros ad hoc,
 358 assegurando a representação dos usuários, entendendo que, se não houvesse indicação dos mesmos,
 359 por parte dos CEP’s, o CNS poderia assegurar tal representação. Conselheiro **Eurípedes** advertiu que a
 360 posição do Conselho não seria de garantir, mas de estimular a participação do usuário. Conselheira
 361 **Neide** fez a observação de que o usuário está sendo usado nos Conselhos para dar validade a ações de
 362 outras pessoas e para garantir os 50% estabelecido na legislação, porém, não existia respeito ao
 363 mesmo, sendo desgastante sempre que se requeria a sua participação. Conselheiro **Omiton** sinalizou a
 364 importância, da entidade em questão, na luta para entrar nas comissões. Conselheira **Ana Maria** propôs
 365 que fosse aprovado, já naquela reunião, a criação de um grupo para definir usuário e sua participação e
 366 apresentar na reunião de maio. Conselheiro **Carlyle** sugeriu que aquela definição poderia ser elaborada

367 pelo GET já atuante. Conselheiro **Saad** concordou com o Conselheiro **Omiton** e mencionou que o
368 GET/CONEP, estava com sobrecarga de trabalho. Conselheira **Rita Barata** expôs as propostas ao
369 Plenário, ficando deliberado: **1º)** O GET se responsabilizaria pela definição de usuário e sua
370 representação, trazendo para discussão, na reunião de maio; **2º)** Os trabalhos do GET seriam
371 prorrogados por noventa dias, definindo-se na Reunião Ordinária do CNS em julho, a composição da
372 CONEP. A seguir, Conselheiro **Saad** abordou sobre a **Ementa do Projeto de Lei nº 2.750/97**, que
373 dispõe sobre o ensino das disciplinas Medicina Forense e Medicina Legal nas Faculdades de Direito, de
374 autoria do Deputado Adhemar de Barros Filho. Sinalizou ter sido designado pelo Plenário como relator
375 do referido PL, o qual decretava que o ensino das disciplinas Medicina Forense e Medicina Legal nas
376 Faculdades de Direito, seria privativo de docentes portadores de diploma de Medicina. Procedeu a
377 leitura de seu relatório, onde fez várias considerações, destacando-se: **a)** as citadas disciplinas trazem o
378 nome de Medicina e não Direito Médico, entendendo-se que há forte enfoque médico no conteúdo
379 programático e no desenvolvimento das atividades específicas no campo, havendo necessidade de
380 docente especializado e de formação sólida; e, **b)** a grande evolução da medicina com inevitável
381 repercussão no campo forense e legal, evidenciava o médico como sendo o profissional mais apto a
382 atualizar e discutir os aspectos de tais disciplinas, por força de sua formação específica, apesar de ter
383 havido situações excepcionais em que outros profissionais pontificaram na área, com mérito.
384 Conselheiro **Saad** concluiu seu relatório dizendo que, embora não se pretendesse que a condição
385 apresentada fosse preenchida exclusivamente por médico, manifestava-se favorável, em tese, ao
386 Projeto de Lei do eminente Deputado Adhemar de Barros Filho. Informou ter solicitado a opinião do
387 Professor **Marco Segre**, Chefe do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica e Medicina Social e
388 do Trabalho, da Faculdade de Medicina - USP (Instituto Oscar Freire), tendo o mesmo concordado com
389 a sua posição sobre o assunto. Conselheiro **Solon** concordou com os argumentos do Conselheiro **Saad**,
390 tecendo comentários sobre os mesmos, discordando, no entanto, de sua conclusão a favor do PL,
391 achando incoerente com a afirmação de que não se pretendia que o ensino daquelas disciplinas fosse
392 exclusiva do médico. Citou que a Medicina Forense, na prática, não é só medicina; envolve aspectos de
393 enfermagem, nutrição, psicologia, farmacologia e outros, podendo surgir outros profissionais querendo
394 lecioná-la. Ressaltou que na Universidade teria que prevalecer o SABER e a COMPETÊNCIA. Concluiu
395 posicionando-se contrário à aprovação da ementa do PL 2.750/97, pois não via justificativa suficiente
396 para tal aprovação. Conselheiro **Saad** enfatizou ter sido favorável ao PL, concordando na justificativa
397 dada pelo Deputado Adhemar quanto a erros crassos de aprendizagem causados por insuficiência
398 científica. Fez comentários sobre experiências similares ocorridas com outras disciplinas e disse que
399 seria necessário rever o nome e o conteúdo programático das disciplinas em questão, colocando-se
400 profissional capacitado e adequado para o ensino das mesmas. Conselheiro **Carlyle** manifestou-se
401 favorável ao relatório do Conselheiro **Saad**, fazendo as seguintes observações: existência de legislação
402 que regula o exercício profissional e que, portanto, a Medicina Legal e Forense não poderiam ser
403 exercidas por advogados, os quais, não recebiam formação científica nesse sentido, mas, apenas
404 conhecimentos suficientes para o exercício de sua profissão; da mesma forma, o médico poderia
405 aprender bastante de lei, mas, isso não o autorizaria a defender no fórum, pois seria privativo do
406 advogado; e, discordou com a mudança do nome das disciplinas citadas, pois se trata realmente de
407 medicina e não direito médico ou outro. Conselheira **Zilda** posicionou-se favorável às colocações dos
408 Conselheiros **Saad** e **Carlyle**. Conselheiro **Sylvio Romero** ressaltou que a Faculdade de Direito deveria
409 seguir o conteúdo programático, sendo o médico convocado quando entrasse em assuntos exclusivos
410 de sua atividade (autopsia, laudos, necrópsia, etc). Sugeriu como outra opção, a ausência de atividades
411 específicas do médico no programa dessas disciplinas. Conselheiro **Paulo** demonstrou dificuldade em se
412 manifestar sem ter o conhecimento do conteúdo programático das disciplinas. Conselheira **Leda** teceu
413 comentários e críticas, propondo que fosse limitado o tempo das discussões, de acordo com a
414 relevância do assunto. Observou que se estava entrando em uma época onde o conhecimento humano
415 crescia de forma exponencial e, portanto, nenhuma área teria um profissional que fosse o “papa” no
416 assunto. Ressaltou que as Faculdades ou Escolas de Direito deveriam resolver a questão de acordo
417 com os currículos e critérios internos de seleção de seus docentes, não competindo ao Conselho, se
418 posicionar sobre a matéria. Conselheira **Clair** concordou com a posição de que se tenha mais
419 informações com relação ao conteúdo programático, pois as justificativas apresentadas não são
420 suficientes para se avaliar a situação. Conselheira **Rita** esclareceu que não estava em discussão o
421 exercício da Medicina Legal e Forense, mas, quem estaria autorizado a ensiná-las. Conselheiro **Rafael**
422 registrou sentir-se honrado em estar participando daquele Conselho como titular do CONASS.
423 Demonstrou respeito ao Conselheiro **Saad** embora discordasse do mesmo ser a favor do PL 2.750.
424 Manifestou-se contrário, fundamentando-se em dois princípios: **“1) o projeto fere o princípio da**
425 **autonomia da Universidade, devendo-se distinguir o exercício do magistério do exercício profissional; 2)**
426 **o SABER não pode ser privilégio de nenhuma categoria ou classe profissional, o que implica na**
427 **conclusão de que, todo profissional de nível superior que demonstrar habilitação suficiente para lecionar**

as disciplinas citadas no Projeto, deverá ter o direito de fazê-lo". Informou que tais princípios serviram de base na aprovação de um filósofo para professor de Ética em Medicina Legal, quando, juntamente com o Conselheiro **Saad**, participou do julgamento da questão. Conselheiro **Carlyle** acrescentou que mesmo o CNS se posicionando, o assunto deveria ser objeto de uma decisão da universidade e não de um instrumento legal. Conselheira **Rita**, enfatizou que a deliberação do CNS deveria ser sobre o PL tal como foi apresentado. Colocou, portanto, em votação, as duas posições com relação a Ementa do Projeto de Lei 2.750, sendo deliberado: 3 votos a favor do PL, 14 votos contrário ao PL e 04 abstenções. Conselheiro **Rafael** foi designado para fazer a argumentação sobre a negação do PL, para ser encaminhada junto ao parecer. Conselheiro **Solon** expressou não concordar com o envolvimento do Conselho naquela questão. Destacou ser uma temática extremamente especializada, não típica daquele fórum de 50% de usuários e 50% de governo, provedores, etc. Conselheira **Ana Maria** contrapôs ao Conselheiro **Solon** explicando que a categoria de usuários teria condições de participar de qualquer discussão e, em caso de dúvidas, a assessoria seria consultada. Conselheiro **Solon** justificou que, na sua colocação, as outras representações não estariam também explicitamente qualificadas para a discussão daquele assunto, não tendo pois intenção de desqualificar o usuário. Conselheira **Lucimar** informou que o MS recebia, da Presidência da República solicitações de pareceres relacionados a alguns Projetos de Lei e, portanto, o MS enviaria um parecer final sobre o PL 2.750, após ouvido o parecer do CNS e pareceres técnicos da Consultoria Jurídica. Enfocou o respeito que o MS sempre teve pelo CNS, consultando a opinião daquele colegiado. Conselheiro **Carlyle** enfatizou que a decisão do CNS seria independente da posição do MS, devendo ser encaminhada pela Secretaria Executiva, sem nenhuma modificação. Salientou que aquele Conselho teria a faculdade de rechartar temas não considerados relevantes e que, qualquer Conselheiro, poderia, conforme o Regimento Interno, chamar a atenção quando reconhecer que o tema não seria para ser discutido naquele colegiado. **ITEM 04 - PROJETO REFORCUS** - Transferido para a próxima reunião. **ITEM 05 - APLICAÇÃO DIFERENCIADA DO AUMENTO DE 25% NA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS** - Transferido para a próxima reunião. **ITEM 06 - PARECER SOBRE A MOÇÃO DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** - Transferido para a próxima reunião. **ITEM 07 - RELATÓRIO DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** - O Coordenador Geral da 10ª Conferência, **Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**, apresentou o relatório que foi distribuído a todos os presentes. Informou que os Conselheiros estavam recebendo em primeira mão, apesar de faltar ainda a apresentação e a descrição da metodologia, e que poderiam ser recebidas sugestões até o próximo mês, quando seria então publicada. Explicou que o relatório foi dividido em seis grandes capítulos, a partir do temário previamente aprovado neste CNS e do recolhimento das discussões dos 50 grupos de discussão. Quantitativamente os capítulos 2 e 6 tiveram maior peso, indicando que os 1400 delegados refletiram mais intensamente o "fazer acontecer" o SUS, o que não ocorreu na 8ª nem na 9ª Conferência, o que poderia ser já um reflexo da NOB 96 e da gestão semi-plena. Acrescentou ter sido usada uma linguagem extremamente acessível para pessoas de qualquer grau de instrução, inclusive com todas as siglas por extenso. Ressaltou que predominaram nos temas a excelência dos assuntos, principalmente os avanços gerenciais. Uma menor parte traduziu alguns particularismos e irrealismos das colocações, por ingenuidade ou desinformação, mas estas recomendações também refletiriam a realidade do trabalho. Quanto à forma do relatório, enfatizou o trabalho de identificação de duplicações, a correta indicação de leis e artigos, todas estas informações tendo sido checadadas pela equipe de redação, existindo ainda material adicional para outra publicação. Referiu-se ao destaque para a organização e gestão do SUS, o que seria o novo naquele relatório, feito com o intuito de que seja um instrumento técnico-administrativo útil na construção do SUS, seja para os Conselhos Estaduais e Municipais, seja para instituições privadas ou outras instâncias. Ressaltou a importância do esforço para que o relatório chegue às mãos dos diversos atores e seja efetivamente motivada a sua leitura. Finalizou dizendo que como a comissão organizadora era constituída em sua maioria por conselheiros, estes poderiam ainda fazer sugestões ao relatório. A Conselheira **Stela** comentou que verificou que faltariam observações com relação a doenças crônicas, perguntando se poderia ser pedido vistas aos documentos, tendo sido respondida pelo **Dr. Nelson** que o fizesse através da Comissão Organizadora. A Conselheira **Zilda** sugeriu que se esperasse a observação dos Conselheiros para possíveis reparos antes da publicação. Foi esclarecido pelo **Dr. Nelson** que por isto é que foi divulgada e que se aguardaria até a próxima reunião. A **Dra. Maria Luiza**, da Comissão de Redação, esclareceu que trabalhou-se basicamente com o relatório da plenária final, com mais de 1000 emendas apresentadas. A Comissão de Relatoria procurou juntar os assuntos, esta já sendo a 29ª versão do relatório, e tem todas as emendas que foram entregues e todos os relatórios, mas que alguns assuntos das mesas principais e complementares não apareceram como sugestão ao relatório final. Ressaltou que dentre as conclusões ficaram uma série de atribuições para o Conselho Nacional de Saúde, como a reorganização e recomposição do CNS e a criação de comissão para analisar as 29 propostas sobre recursos para o SUS; sugeriu a participação de tributaristas na comissão que irá avaliar a pertinência dessas sugestões. A Conselheira **Stela** parabenizou a Comissão de Relatoria e disse que

no seu entender o papel do Conselho seria o de verificar se teria havido algum ponto aprovado na Conferência que não estivesse no relatório e que considera importante a formação de comissão de conselheiros para avaliar a possibilidade de implementação das sugestões da 10ª Conferência. Ressaltou que não caberia ao Conselho a aprovação ponto a ponto do relatório, por serem a Conferência e o Conselho foruns diferentes, enfatizando a autonomia daquela. O **Dr. Nelson** concluiu que a discussão do relatório teria continuidade na próxima reunião e entregou um exemplar ao Senhor Ministro. **ITEM 08 - AÇÕES E METAS PRIORITÁRIAS - ANO DA SAÚDE.** Apresentação: Ministro **Carlos César de Albuquerque** - Antes da exposição do Ministro, o Coordenador-Geral do CNS, **Nelson Rodrigues dos Santos**, entregou oficialmente ao Ministro, em nome da Comissão Organizadora da 10ª Conferência Nacional de Saúde, o relatório final do encontro. O Ministro salientou que o documento sobre as ações e metas prioritárias foi apresentado e aprovado em reunião no Palácio do Planalto, com a presença do Presidente da República, 19 Governadores e oito Ministros de Estado. O Ministro informou que, durante a reunião, o Ministro da Fazenda, **Pedro Malan**, manifestou-se favorável à proposta de definição de fontes permanentes para o financiamento do setor saúde. Acrescentou que os Governadores aprovaram todas as proposições feitas no documento. Relatou a apresentação feita na Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados e ressaltou que a repercussão “foi muito boa” e que “praticamente não houve nenhuma crítica” ao documento. Falou sobre a preocupação de parlamentares sobre o problema do financiamento da saúde. Informou ao Plenário do CNS que o documento sobre as ações e metas prioritárias não era fechado e que continha “*atitudes gerenciais que o Ministério da Saúde deverá tomar, e existem ações que nós arrolamos como aquelas que, dentro da política nacional de saúde, dentro da legislação vigente, nos pareceram, em primeiro lugar, as mais importantes para uma real implantação do SUS; em segundo lugar, aquelas que nos pareceram mais viáveis a curto prazo; e, em terceiro lugar, aquelas que estão relacionadas com alguns aspectos de prevalência ou aspectos epidemiológicos mais importantes do país*”. Disse que a opção foi “*não abrir exageradamente o leque, pois isso nos impediria de atingir qualquer objetivo*”. Disse, ainda, que tinha consciência que muitos planos já haviam sido feitos anteriormente. Ressaltou que o plano que estava apresentando não se constituía em um plano propriamente dito, “*mas tratava-se do estabelecimento de metas e ações prioritárias*”. Disse mais que o importante era conseguir executar o que estava previsto no documento. Reafirmou que ao CNS caberia o exercício de suas funções de crítica e de sugestões e que a sua gestão estava disposta a discutir o que, eventualmente, o CNS viesse a propor e que não estivesse contemplado no documento, quanto à sua visão como administrador do que era possível e oportuno. Salientou que a proposta “*não era o de uma revolução sangrenta, mas uma proposta de revolução branca, que muda conceitos de gestão, procurando modernizar a gestão do Ministério da Saúde e do SUS, de uma maneira geral*”. Ressaltou, ainda, que não propunha, praticamente, nenhuma alteração legal. “*Achamos que não é preciso mudar o artigo 196 da Constituição Federal, como muitos defendem. Não é preciso tirar a universalização, a equidade, a integralidade, para que se possa exercer e melhorar a qualidade e a dignidade da assistência à saúde como um todo. Nós somos convictos de que isso são meras estratégias que têm um tempo de existência, e que, provavelmente, vencidos alguns patamares ou vencidas algumas etapas, elas podem ser modificadas ou devem até ser modificadas*”. Disse que assumiu o Ministério num momento em que todo o trabalho anterior, toda a evolução e a implantação do SUS, permitiram que optasse por conduzir uma nova etapa, com as características que estava propondo. “*Portanto, se nós nos abstermos de olhar a universalização, por exemplo, sob o enfoque radical quer de uma socialização total, quer de uma privatização total da saúde, não há nenhum impedimento na Constituição de que se possa implementar e fazer avançar o Sistema Único de Saúde*”. Com relação a essa questão, disse que procurou “*encontrar um caminho equilibrado, um caminho ponderado, e, basicamente, um caminho viável, um caminho que não levasse a mais desgaste em discussões, discursos e polêmicas*”. Ressaltou que considerava o SUS um sistema excelente, que vinha apresentando bons resultados. “*Portanto, não há porquê mudar a filosofia, a política de implementação do SUS. Acho que existem dificuldades em relação à implantação e às estratégias; dificuldades próprias de um sistema que, ao ser implantado, se constitui num processo. O SUS não pode ser considerado um modelo pronto. Ele é uma excelente e avançada concepção. À medida que vai sendo implantado, ele necessita de reajustes, especialmente se olharmos o país com as dimensões que ele tem, com as diferenças culturais, com as diferenças de renda per capita, com as diferenças de perfil epidemiológico, com as diferenças, inclusive, de composição ou predominância racial nas diversas regiões do país, dando maior ou menor predisposição para determinadas moléstias*”. Acrescentou que um dos problemas que dificultou, e que precisou ser abordado para ser resolvido com clareza, era um certo engessamento do SUS em relação à sua aplicabilidade no país como um todo. Referiu à excelência da Norma Operacional Básica (NOB), ressaltando que o instrumento precisava ser definido em termos de quais seriam as suas cláusulas préteas. “*É preciso que algumas minúcias da NOB sejam flexibilizadas para poderem se adaptar às características próprias dos Estados*”. Disse que se a NOB for considerada única para todo o país vai se transformar em fator de dificuldade para implantação mais rápida do Sistema

Único de Saúde. Garantiu que o CNS será chamado a opinar quanto à flexibilização de aspectos da NOB, “o que não irá ferir a filosofia, os propósitos, a própria ideologia do SUS”. Ainda com relação à implantação do SUS, apontou como fator de dificuldade a falta de credibilidade do setor saúde como um todo. Enfatizou que a falta de credibilidade atingia não apenas o setor público, como também o setor privado da saúde. Apontou o mal uso da tecnologia e da mídia como fatores que levariam à falta de credibilidade do setor. Disse que no que se referia ao financiamento existia uma total falta de confiança nos três níveis de Governo. Disse, ainda, que para vencer esse problema era necessário um compromisso claro e permanente de financiamento do sistema. Apontou a falta de definição clara e transparente das atribuições e responsabilidades, além do financiamento, dos três níveis de gestão como outro fator de dificuldade para a implantação do SUS. Disse que foi a partir dessas idéias e de um trabalho integrativo entre técnicos do Ministério que se estabeleceram as metas e ações prioritárias. Passou, então, a apresentar essas metas e ações, com o auxílio de transparências. Começou por definir a missão do Ministério da Saúde, apontando os compromissos do Ministério. Disse que a expectativa era que, através dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e dos próprios Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, os Estados e os municípios viessem a definir democraticamente o seu papel. Disse, ainda, que a missão do Ministério da Saúde era promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício pleno da cidadania. Acrescentou que o propósito maior de gestão do Ministério da Saúde era promover a saúde da população. Disse mais que não se podia pensar em promover uma política de saúde sem que essa passasse por uma integração construtiva entre os órgãos federais. Salientou que existem de oito a 10 Ministérios que possuíam um total de verbas avaliado em R\$ 2,5 bilhões alocados para ações de saúde. Revelou que não havia nenhuma definição de uma política integrada para aplicação dessas verbas e muito menos prioridades, apesar de que a nível do Gabinete Civil da Presidência da República existia a Câmara de Políticas Sociais, cujo objetivo era buscar integração. Disse, ainda, que, a partir dessa constatação, o assunto foi levado à Câmara de Políticas Sociais e que, com aprovação do Presidente da República, o Ministério da Saúde atuará, a partir do segundo semestre, em conjunto com esses Ministérios. Informou que esse trabalho já começou com os Ministérios da Educação e do Desporto, do Meio Ambiente, do Planejamento e do Estado Maior das Forças Armadas. “A idéia é estabelecermos em conjunto a política e as prioridades de aplicação desses recursos, para a obtenção de melhores resultados”. Ressaltou que havia que se reconhecer que a iniciativa privada, através dos seguros e planos de saúde, atendia um quantitativo significativo de pessoas, que esse setor não era normatizado adequadamente e que não se conheciam os valores que transitavam por esse sistema complementar ao SUS. Salientou, ainda, que o Ministério da Saúde existia para melhorar a qualidade de vida, através da promoção da saúde. A partir dessa colocação, disse que sua equipe procurou definir os desafios maiores a serem vencidos. Elencou quatro desafios mais prementes de serem enfrentados: **1)** acelerar a descentralização e reestruturar o Ministério da Saúde. Disse que essa reestruturação significava uma reestruturação organizacional e funcional do Ministério, para evitar os ralos e os desperdícios existentes. Afirmou que existiam estruturas sobreponíveis nos diversos organismos do Ministério da Saúde. Explicou que isso resultou da junção do INAMPS com o antigo Ministério da Saúde, o que levou à criação e à manutenção de estruturas de execução “*extremamente fortes*”. Disse que chegou o momento de, sem desativação de programas, sem criação de maiores dificuldades ao sistema, se buscar estabelecer a dimensão do Ministério da Saúde no que se referia à sua atuação. Revelou que as funções do Ministério já estavam definidas em número de cinco: **1)** definição de macro-políticas de saúde; **2)** buscar trabalhar com projetos ou programas de origem regional ou estadual - os Estados deveriam dizer o que precisavam fazer, desde o saneamento básico até os aspectos de medicina quaternária, como transplantes, estabelecendo, também, as suas metas; **3)** auxiliar Estados e municípios a buscarem nos outros Ministérios recursos aplicáveis aos planos de saúde estaduais ou regionais; **4)** trabalhar com resultados; e **5)** controlar os gastos e aplicação dos recursos. Disse acreditar que, cumpridas essas funções, se conseguiria descentralizar, municipalizar, agilizar o Ministério da Saúde e “*diminuir o paquiderme instalado em torno do Ministério*”. **2)** estabelecer um modelo estável de financiamento. Disse que o Ministério da Saúde não podia mais continuar convivendo com um sistema que remontava às antigas Santas Casas de Misericórdias que viviam de **pires na mão** pedindo dinheiro, como se o problema de financiamento da saúde fosse um problema do Ministério da Saúde. Afirmou que esse era um problema de Governo e este teria que dizer quanto queria gastar, tendo, também, que explicar à população se gastava mais ou se gastava menos. Acrescentou que essa colocação valia para os três níveis de Governo. Salientou que se podia cobrar do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a boa gestão dos recursos. Informou que o Ministério da Saúde estava trabalhando com o Ministério da Fazenda, que aceitou essa premissa também apoiada pelo Presidente da República. Disse, ainda, que sua equipe estava trabalhando em torno da Proposta de Emenda Constitucional 169 (PEC), para definir a composição de um orçamento

611 para o pós-CPMF, vinculado e estável. 3) fiscalizar os gastos e trabalhar com análise de resultados; e 4)
612 promover uma ação integrada nos três níveis de Governo. Disse que, definidos esses desafios a serem
613 vencidos, a proposta de ação estava estabelecida sobre três linhas básicas: 1) ênfase na prevenção e
614 no atendimento básico; 2) melhoria da qualidade dos serviços de saúde; e 3) mutirão social pela saúde.
615 Informou que, em termos de descentralização, se pretendia que, até o fim de 1998, 3.300 municípios
616 estivessem na gestão plena da atenção básica; 700 municípios, na gestão plena do sistema; e no
617 mínimo 10 Estados e o Distrito Federal em gestão descentralizada. Disse, ainda, que outro aspecto da
618 descentralização seria verificar quais os municípios estariam em condições de, isoladamente, assumir a
619 municipalização e quais necessitariam de se associar em consórcios para racionalizar a aplicação e o
620 uso dos recursos. Mais um aspecto da descentralização seria a transferência de hospitais e
621 ambulatorios hoje gerenciados pelo Ministério da Saúde, visando a diminuição de gastos e tornar mais
622 eficaz e eficiente a fiscalização dos serviços prestados. Anunciou, também, a intenção de descentralizar
623 ações da CEME, do INAN e da FUNASA, seguindo ritmos e condições regionais. Garantiu que essa
624 descentralização não se daria por decreto ou por medida provisória. Informou que o Rio Grande do Sul
625 já estava em condições de assumir de imediato as ações da FUNASA. Revelou que, em termos de
626 recursos estáveis para os três níveis de Governo, se poderia chegar a um orçamento em torno de R\$ 31
627 bilhões em 1998, o que equivaleria a um gasto per capita de R\$ 191/ano. Disse que o Governo estava
628 buscando avaliar o valor real que a sociedade gasta com saúde, para poder compará-lo sem descrédito
629 aos números internacionais. Acrescentou que essa providência facilitaria na negociação para obtenção
630 de mais recursos para a área da saúde. Disse mais que havia necessidade de se garantir os recursos
631 através de vinculação orçamentária, para que se pudesse recebê-los automaticamente todos os meses
632 e repassá-los aos fundos estaduais e municipais de saúde e, eventualmente, a algum prestador de
633 serviços que ainda ficasse, no futuro, vinculado a um pagamento central. Salientou não acreditar no
634 avanço da descentralização e de outras áreas de atuação do Ministério da Saúde se não se garantir um
635 mínimo de confiabilidade aos três níveis de Governo e aos prestadores de serviços. Afirmou que a
636 solução definitiva para o problema do financiamento da saúde estava na reforma fiscal e tributária e
637 revelou que a intenção do Governo era manter a vinculação prevista na PEC por apenas quatro anos,
638 como margem de garantia de recursos para o setor até a aprovação dessa reforma. Referiu à
639 regulamentação dos seguros e planos de saúde privados e ao ressarcimento ao SUS pelos serviços
640 prestados a segurados e conveniados como metas do Governo. Destacou a discussão em torno de
641 como o SUS seria ressarcido pelos procedimentos de alto custo prestados ao setor privado. Destacou,
642 também, o aspecto de controle. Disse que de nada adiantaria descentralizar as ações de saúde se, até
643 com antecedência, não se puder contar com sistemas de controle adequados. Informou que a idéia era
644 integrar as auditorias médica e contábil no Sistema Nacional de Auditoria. Informou, ainda, que o
645 sistema de AIH's estava sendo reavaliado dentro da perspectiva de aperfeiçoamento do controle.
646 Anunciou a implantação de contratos de gestão para que Estados e municípios tenham
647 responsabilidades definidas na execução de programas de saúde. Em seguida, listou algumas linhas de
648 ação contidas no plano de metas e ações definido pelo Governo, destacando a desospitalização, através
649 do incremento de ações preventivas, e o mutirão social pela saúde, por meio de uma mobilização da
650 sociedade como um todo visando a promoção da saúde. Relatou que, em abril, o Ministério da Saúde
651 começou a realizar auditoria prévia nas licitações e que não mais seriam feitas auditorias *a posteriori*.
652 *"Isso nos dará uma enorme segurança de como, onde e de que maneira os recursos estarão sendo*
653 *gastos"*, enfatizou. Finalizou dizendo que o plano tinha o sentido de promover a saúde da população e o
654 que se esperava era que, com a sua implementação, a missão do Ministério da Saúde fosse, num futuro
655 próximo, ajudar o povo brasileiro a manter níveis satisfatórios de qualidade de vida. *"Acho que esta é, de*
656 *fato, a missão que o Ministério da Saúde deve ter. Ele deve estimular a que o cidadão possa, saiba e*
657 *tenha condições de cuidar da sua saúde e que isso seja feito de maneira mais consciente, de maneira*
658 *mais descentralizada possível"*. Conselheira **Cláudia** solicitou ao Ministro a inclusão da questão do
659 deficiente entre as metas do Ministério da Saúde. Conselheiro **Eurípedes** solicitou esclarecimentos
660 sobre a discussão em torno da questão da regulamentação dos planos e seguros-saúde, o
661 financiamento do setor saúde, a problemática dos recursos humanos para a saúde, sobre o Fundo de
662 Financiamento de Procedimentos de Alto Custo, que estaria sendo estudado pelo Ministério da Saúde e
663 sobre a questão da intersectorialidade. Conselheira **Elizabeth** levantou questões acerca do financiamento
664 da saúde, referindo à PEC. Expressou sua preocupação com relação aos consórcios municipais, que
665 estariam sendo utilizados para a privatização dos serviços de saúde. Reforçou a intervenção do
666 Conselheiro **Eurípedes** quanto à questão dos recursos humanos para a saúde, defendendo a
667 necessidade de definição de uma política de RH para o setor. Mostrou-se preocupada, também, com a
668 transferência de hospitais federais para Estados e municípios. Denunciou que havia casos de Estados
669 que estariam transferindo hospitais públicos para a iniciativa privada. O Ministro respondeu que achava
670 necessário aprofundar o conhecimento das características dos planos de saúde. Disse que era
671 necessário definir quais os procedimentos mínimos que os planos de saúde estariam obrigados a

672 oferecer e que o SUS não podia continuar sem ser ressarcido por aqueles serviços prestados aos planos
673 de saúde. Disse, ainda, que era necessário, também, estudar melhor como financiar os procedimentos
674 de alto custo. Defendeu a criação de um Fundo para isso. Disse que o orçamento do Ministério da
675 Saúde para 97 era de R\$ 20,3 bilhões, dos quais cerca de R\$ 3 bilhões seriam para ressarcimento de
676 dívidas, o que reduzia o orçamento aplicável para em torno de R\$ 17/18 bilhões. Disse, ainda, que se
677 pretendia chegar a mais de R\$ 30 bilhões para o próximo ano. Sobre as ações intersetoriais, informou
678 que o Ministério da Saúde estava começando a articulá-las com os Ministérios da Educação, do
679 Planejamento e do Meio Ambiente. Defendeu a vinculação de recursos como solução para o
680 financiamento do setor saúde e comprometeu-se a se empenhar pela sua aprovação através da PEC e a
681 lutar pela manutenção do orçamento para este ano. Apoiou o controle social em consórcios municipais e
682 rechaçou a sua utilização para a privatização de serviços de saúde e a transferência de hospitais
683 públicos para o setor privado, que estaria sendo promovida por Estados. Conselheira **Zilda** disse serem
684 necessários o fortalecimento dos Conselhos de Saúde para o controle social e a capacitação dos
685 Conselheiros para que pudessem desempenhar suas atribuições com competência. Defendeu ações de
686 informação, educação e comunicação em saúde junto às comunidades e colocou a estrutura de
687 comunicação da Pastoral da Criança da CNBB à disposição do Ministério da Saúde. Nesse momento, o
688 Ministro retirou-se do Plenário e designou a Conselheira **Lucimar**, do Ministério da Saúde, para
689 responder às questões seguintes. Conselheira **Albaneide** disse que iria encaminhar suas questões por
690 escrito ao Ministro. Destacou que aprovava a descentralização, que, no entanto, deveria ser estudada
691 profundamente, pois era necessário estabelecer regras claras para sua efetivação, diante das diferenças
692 regionais. Conselheiro **Bierrenbach** chamou a atenção para a participação da iniciativa privada no setor
693 saúde, ressaltando que a contribuição da área se dava de forma desigual nos diversos programas de
694 saúde e que, portanto, o Ministério da Saúde deveria estar atento a esse fato para não se frustrar em
695 suas pretensões de parceria com o empresariado do setor saúde. Discorreu sobre a questão da
696 regulamentação dos planos e seguros-saúde, destacando que o problema deveria ser encarado com
697 consciência profissional sem menosprezo às questões de mercado. Disse que como o setor privado era
698 considerado como complementar, era necessário que o Estado dissesse claramente o que iria fazer com
699 os segurados, para que as empresas pudessem dar sequência a essa complementaridade. Conselheira
700 **Lucimar** disse que a preocupação da Conselheira **Albaneide** com a questão da descentralização tinha
701 razão de ser. Acrescentou que o plano apresentado pelo Ministro era enxuto, com uma linguagem
702 voltada para o público em geral, mas que por trás desse plano havia um outro mais completo dirigido aos
703 técnicos do Ministério da Saúde, contemplando outros programas e que ia mais fundo em questões
704 como a descentralização e auditoria. Explicou o processo de como esse plano mais amplo estava sendo
705 estruturado e garantiu que a atual gestão do Ministério da Saúde estava atenta ao que seria essencial
706 para a promoção da saúde da população, procurando tranquilizar o Plenário quanto a dúvidas relativas à
707 apresentação das metas e ações pelo Ministro. Informou que o Gabinete do Ministro iria encaminhar ao
708 CNS o plano detalhado das ações e metas assim que estivesse fechado. Quanto à iniciativa privada,
709 disse que este setor deveria ser um promotor de equidade no sistema de saúde. E que na avaliação da
710 contribuição do setor privado tinha que se medir o quanto ele promovia equidade, fazendo o seu
711 trabalho, e quanto o setor público poderia aplicar nesse sentido. Informou que o Ministério da Saúde
712 estava discutindo o papel do setor privado no sistema de saúde. Conselheiro **Oswaldo** lamentou a
713 ausência do Ministro na discussão, apesar de considerar competente a intervenção da Conselheira
714 **Lucimar**. Sugeriu que as opiniões do Plenário fossem encaminhadas, posteriormente, ao Ministro. Disse
715 que as metas do Ministério da Saúde esqueceram, mais uma vez, do idoso. Ressaltou que a população
716 idosa aumentava cada vez mais no Brasil e que por isso estava a merecer uma atenção especial do
717 sistema de saúde. Disse mais que o idoso não queria ser segregado em centros de convivência, como
718 dava a entender o plano do Ministério da Saúde. Acrescentou temer que as metas e ações apresentadas
719 pelo Ministro não saiam do papel, *“diante da política econômica neo-liberal adotada pelo Governo”*.
720 Conselheira **Clair** questionou as metas do ponto de vista conceitual. Indagou se as metas não ferem o
721 princípio da integralidade ao separarem a prevenção das atividades curativas. Disse que era vaga a
722 afirmação do Ministro de a promoção da saúde ser a missão do Ministério, *“porque, na verdade, a*
723 *missão do Ministério, pela Constituição, era garantir o direito à saúde em todas as situações do processo*
724 *saúde-doença e não apenas na fase de promoção, que, teoricamente, seria quando ainda não ocorreu a*
725 *doença”*. Disse, ainda, que na questão da universalidade não ficava claro, em nenhum momento do
726 documento, que o SUS seria a porta de entrada do sistema. Não havia, também, acrescentou, uma
727 referência clara ao papel dos níveis secundário e terciário. *“Na descentralização e reestruturação, não*
728 *há, em nenhum momento, a referência o SUS em relação às suas diretrizes básicas”*. Solicitou
729 esclarecimento a respeito dessas questões. Expressou preocupação com a possibilidade de o Governo
730 se eximir de suas responsabilidades ao propor o mutirão social pela saúde. Ressaltou que,
731 conceitualmente, se as ações e metas forem implantadas o SUS correria perigo. Conselheiro **Eurípedes**
732 sugeriu que o Ministério da Saúde procurasse viabilizar junto ao Ministério da Justiça a obtenção das

planilhas dos planos de saúde e dos planos de auto-gestão das estatais, para subsidiar o CNS na discussão da regulamentação dos planos e seguros-saúde. Conselheira **Lucimar** disse que iria encaminhar todas as indagações e sugestões do Plenário ao Ministro e garantiu ao Conselheiro **Oswaldo** que o idoso não ficaria excluído das metas e ações prioritárias para a saúde. O Plenário aproveitou a oportunidade para aprovar os nomes dos Conselheiros que comporão a comissão que vai tratar com o Ministério da Educação a questão da atribuição do CNS de autorizar a abertura de novos cursos na área de saúde, acatando sugestão do Conselheiro **Eurípedes**. **ITEM 09 - QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS** - O Prof. **Elias Jorge** apresentou o Relatório da Reunião do dia 1º/04/97, da Comissão de Acompanhamento Orçamentário. **Presentes:** Professor Elias, Dr. Gilson Carvalho, Dra. Elizabete, Dr. Olímpio, Dra. Albaneide, Dr. Omilton e Dr. Sérgio Piola. **Pauta: I - Informes: 1) Atividades - 2) Documentos. II - Orçamento/96 - Dados finais; III - Horizonte Orçamentário/97; IV - PEC 169 - Perspectivas/98; V - Relatório do TCU - Análise Preliminar; VI - Sugestões e encaminhamentos ao Plenário. I - Informes - 1) Atividades** - Foram realizadas, dentre outras, as seguintes atividades, constantes do Plano de Trabalho para 1997: **1.1** - Participação no Encontro Estadual sobre Municipalização da Saúde na Bahia, Salvador-BA - 19 a 22/02/97. **1.2** - Reunião com Secretário de Estado da Saúde da Bahia sobre a PEC 169 em 22/02/97. **1.3** - Participação do V Fórum Nacional de Gerontologia em Fortaleza-CE - 03/03/97. **1.4** - Reunião com Presidente do CONASS, Armando Raggio sobre PEC 169, em 05/03/97. **1.5** - Reunião com Comitê Pró - PEC 169 em 05/03/97, Brasília-DF e em 06/03/97, Rio de Janeiro-RJ. **1.6** - Reunião com Procuradoria sobre POPS em Brasília-DF em 11/03/97. **1.7** - Participação na Oficina do CONASS, em Curitiba-PR de 12 a 14/03/97, Comunicação Coordenada sobre POPS e PEC 169. **1.8** - Reunião com Secretários Estaduais de Saúde e com o Presidente do CONASS, Rafael Guerra sobre PEC 169 em 14/03/97, Curitiba-PR. **1.9** - Reunião com Fórum Popular de Saúde do Paraná em Curitiba-PR, 13/03/97. **1.10** - Mini-curso de Introdução ao Acompanhamento do Processo Orçamentário para conselheiros Estaduais, Municipais, Parlamentares e Técnicos, em Florianópolis-SC, 18 a 21/03/97. **1.11** - Reunião na Federação de Aposentados e Pensionistas de Minas Gerais em Belo Horizonte-MG, 31/03/97. **1.12** - Coleta, Recepção e Análise Preliminar de Documentos. **I.2 - Documentos** Disponíveis para Consulta, Recebidos e/ou Analisados pela Comissão. **2.1** - Relatório do TCU sobre Recursos da Seguridade Social (45 páginas). **2.2** - Livro Branco da Previdência Social (versão simplificada - 73 páginas). **2.3** - "Agências Executivas - Estratégias de Reforma Administrativa..." (45 páginas). **2.4** - "Demonstrativo da Execução Orçamentária da Despesa" (SIVIDES - 28 páginas) Jan a Dez/96. **2.5** - "Demonstrativo de Transferências Negociadas a Estados e Municípios" - Jan a Dez/96 (21 páginas). **2.6** - Análise da Arrecadação das Receitas Federais - Dez/96 (13 páginas). **2.7** - Resultado do Tesouro Nacional - Dez/96 (22 páginas). **2.8** - Portaria STN - Divulgação no DOU da Execução Orçamentária do Governo Federal - Jan a Dez/96 (48 páginas). **2.9** - Portaria STN nº 91 de 07/03/97, divulgação no DOU da Execução Orçamentária do Governo Federal - Jan/97 (46 páginas). **2.10** - Resultado do Tesouro Nacional - Jan/97 (19 páginas). **2.11** - Resultado do Tesouro Nacional - Fev/97 (19 páginas). **2.12** - Análise da Arrecadação de Receitas Federais - Jan/97 (14 páginas). **2.13** - Análise da Arrecadação das Receitas Federais - Fev/97 (14 páginas). **2.14** - Relatórios do SIVIRE - Jan/95 a Jan/97 (07 páginas). **2.15** - Relatório da SIVIRE - Jan./95 A Fev/97 (07 páginas). **2.16** - Proposta de Min-curso de Acompanhamento Orçamentário (2 páginas). **2.17** - Trabalho do Dr. Gilson Carvalho sobre a PEC 169 (08 páginas). **2.18** -Decreto nº 2.183 de 21/03/97 - Contingenciamento Orçamentário 97 (06 páginas). **2.19** - Análise dos Cortes Orçamentários 96 e Reflexos em 1997 - ASPLAN/FUNASA (08 páginas). **2.20** - Execução Orçamentária e Financeira-MS - março/97 (Aberto) Fluxo de Caixa até 31/03/97 e Análise do Contingenciamento Orçamentário (03 páginas). **2.21** - Proposta de Emenda à Constituição nº 175 de 1995 (Reforma Tributária 16 páginas). **2.22** - Matéria da Folha de São Paulo de 17/03/97 Conta de Juros supera Saúde e Educação (03 páginas). **2.23** - Ofício do Conselho Municipal de Saúde de Natal-RN - Comissão Permanente de Orçamento (01 página). **II - Orçamento 96 - Dados Finais** - Com base na Portaria STN publicada no DOU, no Resultado do Tesouro Nacional - dez/96, na Análise das Receitas Federais de dez/96, no SIVIRE de jan/94 a dez/96 e na Execução orçamentária e Financeira do MS em 31/12/96. **1** - Orçamento da União Executado em 1996: **1.1** - Com Rolagem da Dívida - **299 Bilhões**; **1.2** - Sem Rolagem da Dívida - **181 Bilhões**; **1.3** - Despesa com Pessoal Civil e Militar, Ativos e Inativos - **41 Bilhões**; **1.4** - Juros Dívidas Interna e Externa - **19,5 Bilhões**; **1.5** - Amortização da Dívida Interna e Externa - **7,9 Bilhões**; **1.6** - Crescimento da Dívida - **30 Bilhões**; **1.7** - Ministério da Saúde - Geral - **14,3 Bilhões**; **1.8** - Ministério da Saúde - Custeio - **9,5 Bilhões**; **1.9** - Receita Tributária - **54 Bilhões**; **1.10** - Receita de Contribuições - **79 Bilhões**; **1.11** - FEF - Arrecadação - **25,3 Bilhões**; **1.12** - FEF - Execução - **24,6 Bilhões**; **1.13** - FEF - Saldo - **0,7 Bilhões**. **2 - Observações: 2.1** - Para cada centavo com o Custeio da Saúde foram gastos dois centavos com Juros e mais um centavo com Amortização da Dívida. **2.2** - Considerando uma taxa, internacionalmente aceita, de 6% Ao Ano (dobro do Crescimento da PIB-Brasil em 1996) os 19,5 Bilhões de Reais pagos como juros corresponderiam a uma Dívida de 325 Bilhões de Reais que **não existe**. Aprofundando-se a reflexão, a questão dos precatórios pode vir a ser uma mera operação de trombadinhas. Essa taxa

abusiva de juros é seguramente a maior ameaça à estabilidade da moeda. **2.3** - A Receita de Contribuições (basicamente da Seguridade Social) de 79 Bilhões é quase 50% maior que a Receita Tributária de 54 Bilhões de Reais. **2.4** - A participação da Despesa com Pessoal na Receita Corrente Líquida foi de 47,5%. Portanto, mesmo que houvesse um reajuste geral de 25% (1/4 de 48% é 12%) ainda assim, não seria ultrapassado o limite legal, de 60% da Receita Corrente Líquida, com Despesa para Pessoal. **2.5** - O Congresso Nacional autorizou na Lei Orçamentária Anual de 1996 o uso do FEF (Fundo de estabilização Fiscal) para cobrir despesas de saúde, em substituição a CPMF. Portanto os 700 milhões de saldo do FEF em 31/12/96 poderiam ter sido utilizados para Restos a Pagar do orçamento/96, do Ministério da Saúde. Optou-se por cancelar 2 Bilhões da Dotação Orçamentária penalizando o Orçamento 1977. **2.6** - O SIVIRE registra um crescimento firme e inabalável da Receita Arrecadada pela Secretaria da Receita Federal-SRF e pelo INSS de janeiro de 1992 a dezembro de 1996, crescimento real em dólar (conversão diária). **Esta tendência permanece em 1997.** **2.7** - A SRF registra também um **crescimento real, descontado o IGP-DI**, da Receita de Impostos e ainda maior da Receita de Contribuições desde janeiro de 1994 a dezembro de 1996. **Esta tendência permanece em 1997.** **2.8** - Entretanto, não adianta crescer a Receita se a Despesa crescer mais rápido e intensamente. Nenhuma despesa tem se mostrado tão insaciável quanto os Encargos Financeiros da União EFU. Não se estanca hemorragia com vampiro na carótida e sanguessuga na aorta. **III - Horizonte Orçamentário 97:** Com base na Publicação do QDD-97, na Análise das Receitas Federais: - Fevereiro de 97, no Resultado do Tesouro Nacional - Fevereiro de 97, no SIVIRE de Janeiro de 95 a Fevereiro de 97, no Fluxo de Caixa do Ministério em 31/03/97 e na Execução Orçamentária e Financeira - março de 1997 (ABERTO) no Decreto nº 2.183 de 21/03/97 e no Estudo de Contingenciamento Orçamentário - 1997. **1 - Orçamento do Ministério da Saúde 97:** **1.1** - Lei Orçamentária Anual-MS - **20,4 Bilhões;** **1.1.1** - Pessoal - **4,6 Bilhões;** **1.1.2** - Dívida - **1,9 Bilhões;** **1.1.3** - Custeio e Investimento - **13,9 Bilhões;** **1.2** - Duodécimo (mensalidade) - **1,7 Bilhões;** **1.3** - Até 31/03/97 (Fluxo de Caixa) - **3,9 Bilhões;** **1.4** - Descompasso Mensal - **400 Milhões;** **1.5** - Redução em Custeio e Investimento - **1,2 Bilhão;** **1.6** - Limite no Decreto nº 2.183 - **11,9 Bilhões;** **1.6.1** - Programação da Liberação Financeira - **8,8 Bilhões;** **1.6.2** - Tomou Doril (carece esclarecimento) - **3,1 Bilhões.** **2 - Observações:** **2.1** - A Arrecadação da CPMF tem superado as expectativas. Até 28/02/97 foram arrecadados 517 milhões e repassados ao Ministério da Saúde 438 milhões. Não se sabe se a defasagem decorre de 1 semana de atraso na arrecadação ou da retenção de 20% para o FEF. **2.2** - A Receita até 28/02/97 tem superado as previsões iniciais. Contabilizada pelo SIVIRE registra 1,8 Bilhão de Dólares a mais que em 96 na SRF, e 700 milhões de dólares a mais que em 96 no INSS. Contabilizada pela SRF, excluído o INSS apresenta crescimento de 2,9 Bilhões de Reais em relação a 1996. Mesmo corrigindo a receita de 1996 pelo IGP-DI, registrou-se um crescimento de 1,7 Bilhão de Reais. **2.3** - O repasse mensal desejável para o MS deveria ser de 1,7 Bilhão. Seria aceitável um repasse mensal de 1,6 bilhão. Caso a média mensal não alcance 1,5 Bilhão até 30/04/96 (total de 6 Bilhões em 4 meses), haverá sinalização clara de que a Lei Orçamentária mais uma vez não será cumprida, apesar do excelente desempenho das receitas e particularmente da CPMF. **2.4** - Manter a média mensal no patamar irrisório de 1,3 bilhão é sinalizar claramente que a CPMF estará substituindo receitas anteriormente usadas no Custeio do Ministério da Saúde. Isso seria um passa - moleque no CNS, no Congresso Nacional e na Sociedade como um todo. A posição do CNS foi absolutamente clara, considerando o CPMF como **fonte adicional de recursos** e como solução emergencial até que se concretizasse uma alternativa estrutural através da vinculação constitucional da receita para o Setor Saúde. **2.6** - O Resultado do Tesouro Nacional - Fevereiro de 1997, logo em sua 1ª página informa o pagamento de Juros Reais (2,15 Bilhões) e Correção Monetária (2,06 Bilhões) totalizando 4,2 Bilhões até 28/02/97. Informa ainda na página 03, que nos 28 dias de Fevereiro de 1997 a Dívida Interna cresceu de 78,8 Bilhões, para 85,1 Bilhões, ou seja 6,3 Bilhões em menos de 20 dias úteis. Esse singelo crescimento supera toda a Receita prevista da CPMF durante sua vigência. Representa ainda um crescimento superior a 300 milhões por dia útil. **2.7** - Ainda na página 03 do Resultado do Tesouro Nacional - Fevereiro de 1997, registra-se que a Dívida Líquida Total, pulou de 99,7 Bilhões de Reais em 29/02/96 para 140,9 Bilhões de reais em 28/02/97. Em crescimento de 41 Bilhões de Reais, apesar do pagamento de mais de 20 Bilhões de juros, equivale ao dispêndio anual com Pessoal em 1996 (41 Bilhões), civis, militares, ativos, inativos, aposentados, reformados, pensionistas. E ainda equivale a 3 vezes o orçamento total do Ministério da Saúde em 1996. **2.8** - Mantida a voracidade dos Encargos Financeiros da União-EFU, o Horizonte Orçamentário/97 do Ministério da Saúde é cinza-chumbo, **com trovoadas.** **IV - PEC 169 e Perspectivas/98** - O Projeto de Emenda Constitucional nº 169 de 1993, que vincula constitucionalmente receitas para o Setor Saúde é uma alternativa que poderá ser viabilizada em 1997, trazendo perspectivas de um financiamento estável permanente e adequado ao Setor Saúde. O **Dr. Gilson Carvalho** elaborou um trabalho a respeito da PEC 169, recompondo o histórico da mesma e fazendo análise do seu significado, que a Comissão considerou relevante apresentar aos Conselheiros como subsídio para reflexão. A Comissão considera que devem ser aprofundadas as discussões sobre o Conceito de Orçamento da Seguridade Social e

sobre o Conceito de Despesa com Saúde e Despesa de Manutenção de Desenvolvimento do SUS, no sentido de evitar distorções verificadas na vinculação constitucional de recursos para a educação (corrosão inflacionária, despesas estranhas, etc...). **V - Relatório do TCU - Análise Preliminar** - O Relatório do Tribunal de Contas da União, sobre Recursos da Seguridade Social, realizado a partir de pedido de informações do Deputado Tuga Angerami, é de excelente qualidade, devendo ser leitura obrigatória para todos os envolvidos com a Seguridade Social. Entretanto, em uma leitura e análise preliminar a Comissão considera que há pontos que precisam ser melhor esclarecidos e aprofundados. Inicialmente destacam-se para objeto de análise privilegiadas, em prejuízo de outras, os seguintes: **1** - A Remuneração das Disponibilidades do Tesouro Nacional junto ao Banco Central (Fonte 188), cujos valores referentes a 1993 e 1994 estão aparentemente superestimados. A Comissão se baseou nos dados do SIVIRE, que contabiliza tal fonte pela conversão diária ao dólar. Os dados de 1992 e 1995 estão aparentemente compatíveis ao contrário dos de 1993 e 1994, muito discrepantes. Pode ser uma questão de metodologia usada pela equipe do TCU, ou ainda um viés estatístico-contábil, pela mudança de moeda em 1993 (cruzeiro para cruzeiro real) e em 1994 (cruzeiro real para Real). **2** - Outro item que chama a atenção é o crescimento das Despesas da Seguridade Social em 1993, 1994 e 1995, que pode ser em função dos benefícios previdenciários e/ou do EPU, mas precisa ser melhor identificado. Por outro lado, aparece um crescimento significativo de Outras Fontes para custear Despesas da Seguridade Social em 1993, 1994 e 1995 o que é estranho pois se assim fosse não seria necessário o Fundo Social de Emergência-FSE e o Fundo de Estabilização Fiscal-FEF. Esse fundo nada mais é que um re-arranjo de receitas já existentes, objetivando desvincular fontes da Seguridade Social. Portanto, é necessário esclarecer. **3** - Finalmente a questão da Contribuição dos Servidores para a Seguridade Social (Fonte 156) precisa ser melhor analisada. Existem faixas de contribuição do servidor civil e no caso dos militares a sistemática parece ser distinta. A Comissão considera relevante que sejam contatados os técnicos do TCU que elaboraram o excelente relatório e os parlamentares e técnicos do Congresso que o estão analisando. **VI - Sugestões e Encaminhamentos ao Plenário** - **1** - Que o Relatório, bem como o Material de apoio, integre a ata desta reunião como anexo à mesma. **2** - Que a Coordenação do Conselho, elabore minuta de Portaria para encaminhamento ao Ministro no sentido de formalizar a recomposição da comissão. Sintetizando as deliberações do CNS. **2.1** - Manter como Coordenador e Sub-Coordenador, respectivamente, o **Prof. Elias Antonio Jorge** e o **Dr. Carlyle Guerra de Macedo**. **2.2** - Substituir Maria Angélica por Sérgio Piola. Substituir Margareth por Clair. Substituir Oraidia/Eliane por Albaneide. Substituir Mozart por Gilson Carvalho. Substituir José Alberto Hermogenes e Gastão, incluindo Dr. Dário-CONASS e Elizabeth-CUT. **3** - Que a Coordenação do Conselho agilize a Homologação da Resolução nº 200, 213 e 219. **4** - Aprovar resolução que expresse a preocupação com o rumo da Execução Orçamentária e Financeira de 1997, reiterando a posição que a CPMF deve se constituir efetivamente em fonte adicional de recurso e não substitutiva de fontes tradicionais de custeio do MS. Reafirmando a posição pela diversidade de fontes de financiamento, prevista na Constituição e considerando imperativo que se vinculem constitucionalmente recursos com compartilhamento de responsabilidades entre União, DF, Estados e Municípios, à tempo de alcançar-se a formulação da Proposta Orçamentária para 1998. **5** - Que se subsidie os Conselhos de Saúde que formarem Comissões de Acompanhamento Orçamentário, a exemplo do de Natal, se necessário com reuniões de trabalho com os mesmos. **6** - Que a Comissão seja autorizada a contatar os técnicos do TCU, parlamentares e técnicos do Congresso, em nome do CNS, para discutir relatório TCU sobre Seguridade Social. **7** - Que se aprove o presente relatório. O **Dr. Sebastião Alves Grilo**, complementou as informações esclarecendo que maiores detalhamentos sobre o contingenciamento do orçamento 97 e sobre Orçamento 98, poderão ser encaminhadas ao CNS na próxima reunião. Após manifestações dos Conselheiros **O Milton, Zilda, Francisco Dellape, Newton, Mozart e Claudia** e esclarecimentos do **Prof. Elias** e do **Dr. Grilo** o relatório foi aprovado com as seguintes alterações: **1ª)** Acatar a Resolução sugerida, entretanto, transformando-a em duas ou três resoluções, cujas minutas ficaram a cargo do Conselheiro **Mozart** e do **Prof. Elias Jorge** elaborarem para apreciação posterior do plenário. **2ª)** Incluir na Comissão de Acompanhamento a Conselheira Stela Félix Machado Guillin Pedreira representante da Federação Nacional das Associações de Diabetes - FENAD. **3ª)** Que os contatos com o TCU e o Congresso Nacional sejam viabilizados através da Coordenação do CNS. **4ª)** Que a Minuta de Portaria seja formalizada através de Resolução similar à nº 162 e nº 166. O Relatório e o Material de Apoio integram esta ata como anexo. **ITEM 10 - REFORMA DO ESTADO E SUAS RELAÇÕES COM A ÁREA DE SAÚDE** - Dando início a sessão, o Senhor Ministro da Saúde agradeceu à disposição do Ministro Bresser Pereira por ter vindo ao CNS e falou da importância que isso significou para o Ministério da Saúde e, principalmente, para os vários segmentos organizados da sociedade presentes no CNS. Ministro **Bresser** começou seu pronunciamento dizendo que na reforma administrativa os problemas da área social vêm sendo tratados com prioridade e como o MARE é um Ministério que existe para ajudar no bom funcionamento da administração pública, salientou que espera poder contribuir com uma proposta de reforma administrativa abrangente para o país. Ressaltou ainda que o plano encontra-se em

discussão no Congresso e no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, tendo sido elaborado nos seis primeiros meses de governo e aprovado em setembro/96 pela Câmara de Reforma do Estado. Disse que cabe ao Plano Diretor fazer o diagnóstico da administração pública para depois traçar as diretrizes gerais, as orientações básicas da reforma que se pretende realizar. Mostrou, também, como o Brasil dos anos 30 fez uma reforma que procurou estabelecer a administração burocrática e, em 1996, a administração gerencial. Comentou que com o advento do Decreto Lei 200/67, houve um forte processo de descentralização não só das empresas estatais como também das fundações, dando-lhes autonomia administrativa e financeira, porém, a reforma gerencial de então cometeu dois erros fundamentais: não fortaleceu as carreiras exclusivas do Estado e não desenvolveu um sistema de controle das instituições descentralizada através de contrato de gestão. Comentou ter sido um sistema que sobreviveu até a transição democrática e que a reação do Congresso, em 1988, foi de fazer a contra-reforma administrativa com a promulgação da Constituição, procurando-se aí voltar ao tipo de administração pública burocrática e, estabelecendo-se o Regime Jurídico Único, marca mais importante dessa reforma. Explicou que em 1995, surgiram as novas idéias da administração gerencial, esclarecendo, também, que no Plano Diretor há três formas de administração: **administração pública patrimonialista** (confunde o patrimônio público com privado); **administração burocrática** (separa o patrimônio público do privado e estabelece um sistema hierárquico e profissional bem estruturado, define carreiras e faz controle rígido dos procedimentos administrativos através da aplicação de leis) e a **administração pública gerencial** (tem como característica fundamental estar voltada para o cidadão-usuário e faz controle, através de resultados e não de procedimentos), neste tipo de administração é muito importante a separação clara do que é formulação de política e o que é execução de política. Esclareceu que no que se refere à execução de políticas é essencial ter presente o que envolve o poder do Estado e o que implica na execução. Ressaltou que, além, do controle hierárquico por resultados, deve haver um controle social muito forte, citando o CNS como exemplo de um órgão de controle social a nível de políticas. Destacou que na administração gerencial, o governo define com clareza as atividades exclusivas do Estado, as não exclusivas e a produção de bens e serviços para o mercado. Enfatizou que, considerando as atividades exclusivas do Estado, há uma área denominada “*núcleo estratégico, onde são identificadas as funções de política e de financiamento do estado social*”, logo, toda a política de saúde e todo o financiamento de saúde fazem parte das atividades exclusivas do Estado, explicando que os serviços sociais e científicos não exclusivos ou competitivos são atividades e serviços que o Estado realiza, mas que o setor privado e o setor público não estatal também podem realizar. Nesse aspecto, observou ser importante perceber que não existe somente dois tipos de propriedade: a pública e a privada. No capitalismo contemporâneo, asseverou, há quatro formas de propriedades relevantes: a que se orienta para o lucro é a propriedade privada; a propriedade estatal pertence ao Estado e está submetida inteiramente ao direito administrativo; a propriedade pública não estatal e a propriedade corporativa, esta representando interesses de grupos. Disse que no Plano Diretor da Reforma do Estado há importância maior nos três primeiros tipos de propriedades, no quarto, somente como mecanismo de controle social. Questionou: “*Que propriedade deveríamos ter para cada um dos tipos de atividades do Estado (as exclusivas, os serviços sociais e científicos competitivos e a produção de bens e serviço para o mercado)*”? Complementando, disse que no núcleo estratégico das atividades exclusivas do Estado, a propriedade só poderia ser estatal, na produção de bens para o mercado, a propriedade, em princípio, deveria ser privada, já em relação aos serviços não exclusivos, os serviços sociais e científicos, o Plano Diretor propõe que a propriedade seja pública não estatal (neste caso não deve ser estatal, porque no poder extroverso há todo um sistema de controle excessivo que não permite autonomia para esse tipo de instituição e, também, não deve ser privado, porque pressupõe seja fortemente subsidiado pelo Estado). Admitiu ser essa a lógica do plano. A propósito, enfatizou que na administração pública gerencial, além do controle por resultado, existem outras duas formas de controle que são fundamentais: o controle social e a criação de quase mercado. Destacou que dentro dessa visão geral é que foi proposta, no segundo semestre de 1995, a reforma do SUS, que se transformou na NOB/96. Nesse momento, fez alusão à reportagem que saiu no “*The Economist*” sobre o “*Nacional Health Service*” que estava ameaçado de ser privatizado, comentando que, mesmo sendo uma revista de tendência liberal, manifestou-se contra a privatização porque, apesar da falta de recursos, o “*Nacional Health Service*” tem um sistema de gestão muito eficiente, que permite à população uma assistência bastante razoável. Chamou atenção para o fato do custo de saúde por habitante, na Inglaterra, ser de 1.300 dólares por ano o que, se comparado com outros países ricos, seria muito pouco, por isso, está sendo proposto o sistema de vinculação voltado para o imposto de renda. Voltando à questão da NOB/96, disse que a mesma foi baseada nesse sistema inglês, tendo sido discutida e aprovada pelo CNS, apresentando como idéia básica a do SUS, que é de manter a integralidade e tornar parte real o programa de municipalização, porém, como novidade, destacou o Ministro, propõe que os recursos federais do SUS passem a ser distribuídos aos municípios não na proporção de leitos existentes, mas na proporção da população existente, corrigidos pela sua história sanitária, e, em sendo assim, o sistema seria

controlado pela oferta de serviços de saúde dos hospitais e ambulatórios especializados, que descentralizados, receberiam AIHS de acordo com o número de leitos e o controle seria feito através da demanda. Frizou que nesse processo, cada município receberia sua verba e teria um sistema de atendimento básico, (médico de família, posto de saúde, agentes comunitários ...), credenciaria os hospitais do próprio município e dos municípios vizinhos e, quando houvesse necessidade de encaminhamento fora do domicílio, o município de origem do paciente ressarciria, de acordo com as tabelas de procedimentos, o município que prestou atendimento. Explicou que, também, nesse sistema os pacientes deverão ser encaminhados somente aos hospitais credenciados que estiverem prestando um bom atendimento, logo o município receberia recursos de acordo com a população, exemplificando que, se houver um município vazio de leitos hospitalares e outro cheio, ambos receberão a mesma quantidade de recursos, a diferença é que o município vazio teria que comprar leitos no município cheio, estabelecendo-se assim um sistema de quase mercado que ajuda fazer o controle e torna mais eficiente o controle social. Finalizou dizendo: - *“Acho que, se somarmos a nossa proposta ao sistema de vinculação, teremos um caminho não só para salvar o SUS, o que é fundamental, mas também começaremos a dar aos brasileiros uma saúde um pouco melhor”*. Aberto o debate, o Conselheiro **Dellape** fez uso da palavra para uma consideração a respeito do termo “publicizar” não encontrado no dicionário disse que, quando utilizado, deveria ser explicitado o seu significado. Ministro **Bresser**, em resposta explicou que uma língua é mais ou menos desenvolvida pelo número de palavras que possui e que o termo “publicizar” foi inventado para elucidar o que se pretende com a nova proposta de Organizações Sociais, que não seria privatizar nem estatizar, o significado ficaria entre privatizar e estatizar, ou seja, tornar público não estatal. Conselheiro **Eurípedes**, em seguida, indagou qual seria a diferença entre o projeto das Organizações Sociais (publicização) e do PAS (privatização) e como se procederia à dedutibilidade de gastos com saúde na declaração do imposto de renda. Ministro **Bresser** disse que a diferença estava na forma de propriedade, explicando que o PAS é uma cooperativa, portanto, de propriedade privada, enquanto que as Organizações Sociais têm a propriedade pública não estatal, têm um conselho, estão voltadas para o interesse comum e possuem mecanismos de controle social. Citou como outra diferença existente o sistema de operação. O PAS é um sistema de seguro, enquanto que as Organizações Sociais são entidades reconhecidas pelo Estado como sendo de grande interesse e, portanto, são subsidiadas em troca de um contrato de gestão. Quanto à questão da dedutibilidade, frisou ser assunto da área econômica. Conselheiro **Júlio Bierrenbach** fez intervenção no sentido de que fosse esclarecido o princípio de complementariedade da iniciativa privada no setor saúde, visto que não estaria perfeitamente delimitada a responsabilidade do Estado nesse setor. Ministro **Bresser**, em atenção a essa questão, esclareceu, dizendo ser um ponto de vista seu e não do governo, que há duas questões a respeito das seguradoras; a primeira, que deveria dar cobertura total a seus associados e, em sendo assim o custo seria muito alto; a segunda, cobertura parcial e, nesse caso, deveriam ter uma regulamentação clara relacionada com os procedimentos que não atenderiam, tornando-os de conhecimento público e naquilo que se comprometessem a cobrir, necessitando o associado de atendimento e procurando o SUS, este deveria ser ressarcido de acordo com a tabela de procedimentos. Conselheiro **Gilson** questionou qual seria a disposição do MARE em estender e aprofundar o debate com o CNS, não apenas no momento, mas também no futuro. Ressaltou o fato da NOB/96 ser considerada um avanço, porém, não contemplando tanto quanto foi dito e em relação o financiamento, lembrou que a Lei 8.080 já abordava o sistema per capita como indicador epidemiológico sanitário e que na verdade, o que nunca se conseguiu foi operacionalizar o Art. 35 e 36 dessa lei. Quanto à reforma do Estado, manifestou-se preocupado com a tradicional incapacidade do Estado brasileiro em regular as atividades do setor privado na área de saúde, tanto que a introdução desse outro ente, a “publicação”, poderia representar abrir mão de entes públicos, que poderiam, por um processo de aperfeiçoamento na legislação, ter a agilidade de que hoje se ressentem. Ministro **Bresser** afirmou estar sempre aberto ao diálogo. Com relação a saber se haveria necessidade de um novo modelo, ao invés de aperfeiçoar o já existente, reafirmou que sim. Explicando, disse que não havia possibilidade de que fossem mantidos os hospitais estatais dentro do Estado, já que isso implicaria ter servidores públicos recebendo salários integrais com pequena ou grande demanda e recebendo aumento salarial sem que fosse considerada a disponibilidade orçamentária. Chamou a atenção para o fato de não se poder fazer uma administração por resultado dando autonomia às instituições, entretanto, com as Organizações Sociais seria diferente, elas teriam objetivos, receberiam orçamento delimitado, teriam liberdade para estabelecerem salários, contratarem e demitirem funcionários não estáveis, se necessário, e seriam controladas via Tribunal de Contas. Nelas, o Estado não iria interferir nem reporia recursos. Como exemplo bem sucedido, citou o caso da Fundação Getúlio Vargas - FGV, que passou por esse mesmo processo recentemente. Frisou que as Organizações Sociais, não necessariamente, teriam que cobrar de terceiros. Lembrou que na Inglaterra, o National Health Service não cobra nada e é uma organização social. Concluindo disse: *“o século XXI será, sem dúvida, o século das Organizações Sociais, porque na área de saúde precisamos ter um sistema competitivo e descentralizado”*.

Conselheiro **Piola** lembrou que o grande avanço no processo de descentralização só ocorreria quando fosse mudada a forma de relacionamento entre a União, Estados e Municípios. Salientou que nos países considerados desenvolvidos 70% dos gastos em saúde acontecem com recursos administrado pelo estado e que as macropolíticas são funções essenciais do estado. No que se refere às Organizações Sociais manifestou preocupação por temer que a proposta possa virar “*uma centena de Sarahs*” e que o processo de publicização, recebendo recursos públicos e atendendo outros planos de saúde, venha desenvolver um tratamento diferenciado, se não em termos de qualidade mas em termos de agilidade e prestação, ou seja, os pacientes de convênios poderiam a ter prioridade no atendimento. Ministro **Bresser** elogiando as boas idéias que estavam emergindo do encontro, assegurou que as propostas objetivavam uma competição administrada. Um quase mercado. Exemplificou, se um hospital privado estiver prestando melhor atendimento aos usuários do SUS que um hospital público, é claro, que o gerente do sistema encaminhará a demanda para o hospital privado. Afirmou que as Pioneiras Sociais não se encaixam na legislação das Organizações Sociais, não possuem contrato de gestão, não têm controle social, não usam o SUS, só usam dinheiro do orçamento. São entidades públicas não estatais mas não são Organizações Sociais. A propósito da discussão, disse que as entidades públicas não estatais correm dois riscos: o risco da privatização e o de feudalização; nas Organizações Sociais seria evitado tanto a privatização quanto à feudalização. Conselheiro **Carlyle** fez comentários sobre a reforma do Estado. Chamou a atenção para a dificuldade em representar no modelo, por melhor que ele seja, a extraordinária complexidade e incertezas das situações. Manifestou-se feliz em ouvir do Ministro **Bresser** que “*saúde e coisa pública e não deve ser privatizada*” e que é favorável ao sistema de vinculação. Disse que também entende que a saúde não deva sair da égide do poder público, para que não fiquem subordinados os seus interesses aos interesses da atividade privada que, fundamentalmente, é a geração do lucro. Concordeu com o Ministro de que o problema essencial de organização e gestão de qualquer setor seja a criação de um sistema que assegure responsabilidade. Enfatizou que o maior fator de ineficácia e ineficiência no setor saúde tem sido a falta de responsabilidade. Citou que no Brasil de hoje, a mortalidade infantil é de 40 por mil nascidos vivos e as crianças morrem por diarreia, infecção aguda respiratória... sem que ninguém seja responsável por isso. Dessa forma, seria importante que fosse criado um sistema que assegurasse a responsabilidade não só em termos de resultado, mas também em termos de cumprimento de processos. Em tese, manifestou-se favorável as Organizações Sociais, desde que haja controle sobre o sistema. Sobre a matéria do “*The Economist*”, disse, que a revista manifestou-se de forma bem materialista para evitar o crescimento não controlado do gasto em saúde e sobre essa questão fez três observações: **1ª)** Não haveria contradição entre o enfoque de planejar-se a oferta e o enfoque de subsidiar-se a demanda? O financiamento através da captação, talvez fosse a mais eficaz de todas as formas de financiamento e de distribuição de recursos, porém, não estaria independente da consideração da oferta. Por isso, deveriam ser criados mecanismos que compatibilizassem esses dois enfoques. **2ª)** Não existiria contradição, também, entre o princípio básico da descentralização através dos municípios com a idéia essencial de assegurar algo absolutamente indispensável que é a complementariedade entre os níveis de atenção? **3ª)** Para um sistema de saúde, no qual se está formando um consenso universal, existe apenas dois objetivos finais indiscutíveis: eficácia, sobretudo na dimensão social e satisfação, o que vem de encontro com o fato de o sistema de saúde estar orientado já não mais para o paciente, mas para o cidadão-cliente. Agregados a esses, estão outros objetivos como equidade, universalidade. O sistema de saúde exige um tratamento particular. Entre as diversas formas de organização e de gestão a nossa disposição, a que se pretende implantar, depende fundamentalmente, da liderança e da responsabilidade de quem for desenvolver as ações. Nesse sentido, quis saber o que se está fazendo para melhorar esse quadro. Fazendo alusão a visão filosófica sobre o século XXI, disse que, certamente, não iríamos montar o estado liberal do século passado, porém, o liberalismo do presente estaria passando. Finalizou dizendo que os erros de condução em saúde significam um prejuízo, um desperdício, mas comparados com os erros e desperdícios da condução econômica não representam nada; os economistas cometem erros, repetem erros e continuam sendo senhores da “*nacionalidade*”, da sapiência, não só da área econômica como de todas as demais áreas e isso dá medo. Conselheira **Clair Castilhos**, em prosseguimento à sessão, solicitou esclarecimento no sentido de saber como ficaria o funcionamento do SUS, se nele há carência de recursos humanos e o servidor público é considerado corporativista, autor do déficit público, o verdadeiro vilão do país. Conselheiro **Omiton** iniciou seu pronunciamento dizendo que o MARE deveria estar representado no CNS. Falou também da insatisfação do empresariado com a forma como é empregado no setor público o dinheiro arrecadado. Questionou se a CPMF está sendo arrecadada acima das previsões, por que o MS recebeu, neste semestre, 400 milhões de dólares a menos? Dentro das idéias apresentadas, quis saber se o Ministro **Bresser** teria alguma proposta para que se pudesse ter uma verba suficientemente razoável para uma assistência digna à população. Ou seja, como se poderia dobrar os 300 dólares per capita por ano aplicado em saúde no nosso país, o que ainda seria pouco perto dos 1.300 dólares aplicados pela Inglaterra, país tomado como referência. Conselheira

Stela Pedreira considerou estar vendo no plano apresentado uma versão muito deficiente em termos de eficiência e eficácia. No caso das Organizações Sociais gostaria de saber como se faria o repasse dos recursos humanos e materiais para um grupo privado e qual seria o controle das ações relacionadas com a eficiência, já que a preocupação do usuário é que os programas implantados sejam eficientes e eficazes. Ministro **Bresser**, em resposta aos questionamentos, afirmou que a responsabilidade é fator preponderante por parte dos dirigentes das organizações em relação à sociedade com os recursos públicos e em relação a própria organização. Colocou que a nova proposta na área de saúde sugere que seja subsidiada a oferta através das ações sociais controlando e financiando o lado da demanda da municipalização pelos mecanismos do SUS. Destacou que para que o modelo venha funcionar é fundamental que tenha um só núcleo estratégico, além de um estado forte capaz de dirigir as políticas e ter competência administrativa para implementá-la. Isto é, administradores públicos altamente competentes e bem pagos para controlarem os contratos de gestão. Em referência aos servidores públicos, assegurou que a reforma administrativa não pode ser identificada como contrária aos seus interesses. Posicionou-se contra a administração pública burocrática e a favor da administração pública gerencial. Relatou ter sido feita uma pesquisa recentemente sobre a reforma administrativa junto à opinião pública e o resultado foi de 66% a favor, 25% contra e 9% indecisos. Afirmando que isso mostra que a reforma está sendo feita atendendo à necessidade social e sem desvalorizar o servidor público. Na questão do aumento do gasto per capita com saúde no Brasil, apontou como saída o processo de vinculação, do tipo da que foi feita na área educacional. Afirmou, também, que o Plano Diretor procura criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais voltadas prioritariamente para o cidadão-usuário. No projeto das Organizações Sociais, afirmou, a ideia é dar força ao usuário e, por conseguinte, fortalecer e respeitar o processo de cidadania. Chamou a atenção para o fato de a cidadania ser formada de duas maneiras: uma é dando direitos formais, a outra, na prática do exercício da cidadania na defesa dos direitos a nível local. Citou haver nesse projeto uma maior participação social através de seus conselhos de administração recrutados ao nível de comunidade à qual a organização serve. Conselheiro **Newton**, fazendo reparo no que o Ministro **Bresser** falou em relação ao índice de ocupação dos hospitais públicos, disse que os hospitais universitários estão com índice de ocupação acima do recomendado, em torno de 110 a 115%, ressaltando que nessa categoria, há 46 hospitais que não querem deixar de serem públicos e nem deixar de serem academias. Concluiu dizendo que o projeto das Organizações Sociais pode ser um caminho para resolver os problemas relacionados com a assistência à saúde no nosso país. Conselheiro **Sabino** interveio no sentido de saber por que não havia uma defesa clara das fontes permanentes do financiamento para o setor saúde. Conselheira **Elizabeth** reafirmou que a CUT defende o SUS, tal como está contido na Lei Orgânica de Saúde. Lembrou que quando se fala em Organizações Sociais, o sistema deixa de ser único, articulado e estatal. Também referiu-se à diferença entre a assistência básica e o atendimento integral, dizendo ser um dos princípios básicos do SUS, o atendimento integral da população. A propósito, denunciou o caso do hospital de Caxias do Sul/RS que o governo estaria propondo repassá-lo à Universidade mesmo que o CMS e o CES tenham se pronunciado favoráveis à gestão estatal. Também, indagou *“Por que construir outras alternativas se o SUS, quando gerenciado dentro da proposta da reforma sanitária, tem dado certo?”* Pediu que não fosse tomada nenhuma decisão com relação às reformas que digam respeito à saúde sem antes as mesmas serem discutidas no CNS. Afinal, isso também seria controle social. Por fim, falou que a CUT entende que deva haver mudanças no serviço público, porém, voltadas para o término do clientelismo político. Conselheiro **Oswaldo** quis saber se a área da saúde deveria permanecer com o Estado ou passar para o campo vulnerável da economia mista. Observou que os problemas do Estado não são próprios da arrecadação, mas dos desvios de recursos e abordou a redução do teto e a complementação de aposentadoria pública. Conselheira **Zilda** em sua manifestação, concordou com a ideia das Organizações Sociais desde que os administradores públicos que deverão gerenciar o projeto tenham o preparo necessário. Também chamou a atenção para a importância de indicadores de acompanhamento e avaliação do processo, além da garantia da necessidade do mesmo ser informatizado. Conselheiro **Komora** iniciou sua participação dizendo que: *“o responsável pelo núcleo estratégico de políticas públicas nos conchama a pensar na empresa social como política pública e na construção de um estado que incorpore o controle social às energias construtivas, os recursos e experiências da comunidade”*. Citou que o espírito das Santas Casas se ombréia nessas proposições e as apontou como exemplos claros de Organizações Sociais. Falou também do descaso do Governo com relação à correção das tabelas de procedimentos e a impontualidade dos pagamentos, que deixam para trás um passivo de 25% do valor do pagamento, comprometendo dessa forma a margem de segurança das Santas Casas. Afirmou que o Estado, quando delega à sociedade o dever de controlar ele próprio, quando começa a contar com instrumento de controle de eficiência, eficácia e controle social, não pode abrir mão de sua própria obrigação de controlar. Em sendo assim, entende que as empresas sociais devam prestar contas e passar por um controle local. Em termos das Organizações Sociais, quis saber o que se estaria pensando para que

houvesse esse controle e declarou: - *“vamos precisar sempre de uma rede pública como corretora dos equilíbrios da própria energia social”*. Conselheiro **Rafael Guerra** lembrou que a grande mudança, segundo o Ministro **Bresser**, propiciada pela NOB/96 foi a forma de pagamento, destacando que ao invés de remuneração por procedimentos, passa a ser usada a remuneração per capita e tanto quanto o Ministro, concordou com o exemplo da FGV como entidade pública não estatal que estaria funcionando muito bem. Questionou a necessidade de se criar uma nova figura jurídica ou qual seria a sutileza da diferença entre Organização Social e uma Fundação de Direito Privado. Ministro **Bresser**, em sequência a esse bloco, começou dizendo que existe no Brasil e no mundo as entidades públicas estatais, as entidades públicas não estatais e as entidades privadas, sendo esse processo uma verificação mundial. A FGV e as Santas Casas são entidades públicas não estatais. Acrescentou que entre as entidades públicas não estatais, algumas o Estado entenderá que o nível federal, estadual ou municipal deverá transformá-las em Organizações Sociais através de contrato de gestão. Salientou que a questão mais importante na NOB/96 é o sistema de atendimento básico, e a lógica de controle pela demanda depende, fundamentalmente, da existência de um sistema público quase estatal de entrada, que é o sistema de atendimento básico. De forma que o paciente para ir ao hospital público estatal ou privado terá, primeiro, que passar pelo atendimento básico. Este envolve dois aspectos: um sistema de triagem de entrada e outro de prevenção. A responsabilidade do saneamento básico não é das Organizações Sociais e sim do Estado nas três esferas. As Organizações Sociais devem participar desse processo no esquema de rede. Explicou ainda, que a proposta das Organizações Sociais deixa claro que a União, Estado e Municípios são as autoridades de saúde e elas, prestadoras de serviços. Nos contratos de gestão serão garantidos atendimentos aos mais necessitados. Quanto aos indicadores de eficácia na reforma administrativa do Plano Diretor assegurou ser fundamental a descentralização, porém, esta só ocorrerá se no contrato de gestão forem definidos com clareza os indicadores de desempenho que deverão ser, se possível, quantitativos além de qualitativos. Não se pode pensar em Organizações Sociais sem indicadores de desempenho muito claro. Concordou ser imprescindível a informatização do sistema para que, embora descentralizado, possa-se ter acesso à utilização das verbas. Também compartilhou da idéia de que haja uma melhor definição do que é uma entidade pública não estatal e melhores mecanismos de controle das mesmas. Na questão do SUS, reafirmou que nada é mais importante do que a descentralização e o controle social a nível de usuários. Finalmente, disse que o Governo está de acordo com o teto de 10 salários mínimos para o sistema de aposentadoria e explicou que a aposentadoria do INSS é um sistema de seguridade baseada no princípio de repartição, enquanto que a complementar no de capitalização e esta sim, deve ser privada, competitiva e não pública. Conselheiro **Gilson**, no encerramento, fez uma proposta de encaminhamento. Disse que o CNS formou uma Comissão com a responsabilidade de aprofundar a discussão sobre a reforma na saúde e estabelecer contato com o MARE. Nesse sentido, queria saber se o Ministro **Bresser** estaria de acordo com a indicação de um representante do MARE para o estabelecimento de uma agenda. Em caso afirmativo, se já se poderia tomar providências para que, na próxima reunião do CNS, se pudesse dar ciência do desenvolvimento dos trabalhos aos Conselheiros. Ministro **Bresser** concordou inteiramente com a proposição do Conselheiro **Gilson**. **ITEM 11 - NOVAS FORMAS DE GESTÃO DE UNIDADES ASSISTENCIAIS - 1) COOPERATIVAS: PAS - PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SP** - O Senhor Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, **Dr. Masato Yokota**, apresentou um relatório da situação do PAS desde a sua criação, distribuído a todos e anexado a esta ata. Após a apresentação do Dr. **Masato Yakota** foi feita a apresentação do representante do Conselho Federal de Medicina, **Dr. Pedro Paulo Monteleone**, que iniciou dizendo ter sido o PAS sui generis desde o seu lançamento, por ter conseguido que todas as entidades representativas médicas o repudiassem, o que vem ocorrendo até hoje. Referiu ter sido implantado de forma atabalhoada, numa cidade com 17 milhões de habitantes que atende também a outras populações do Estado e do Brasil, tendo sido então encomendado um estudo analítico deste trabalho ao CDOC, capitaneado pela **Dra. Amélia Cohn**, com versão preliminar já pronta. Deste trabalho pinçou alguns pressupostos para a criação do PAS, como *“os hospitais privados gastam menor proporção de recursos com pessoal e são mais cuidadosos com as finanças que os hospitais públicos”*; ao que contrapôs dizendo que o grande desafio do setor público de saúde é de encontrar um modelo de gestão que favoreça a busca da qualidade e da eficácia, além da eficiência. *“A denominada crise da saúde brasileira resume-se nas deficiências do gerenciamento, principalmente dos recursos humanos, especialmente dos médicos”*. Ressaltou que as concepções presentes na formulação do PAS têm como pressuposto a falência do sistema público e se baseia nas propostas de agências econômicas internacionais, dentre elas o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, para os países subdesenvolvidos, tratando-se de uma lógica perversa pois o Estado acabaria arcando com os programas de alto custo. Acrescentou que as entidades têm motivos filosóficos e não políticos para se posicionarem contrárias, como a quebra da integralidade e do controle social, tanto que hoje o PAS se vê às voltas com superfatutamentos e outros problemas. O funcionamento técnico idealizado inicialmente não pôde ser implantado na sua totalidade. A formação de módulos não respeitou a

regionalização e a hierarquia, o que levou a uma implantação equivocada, tendo sido criadas gerenciadoras em número de 14, escolhidas por critérios políticos de fidelidade e que geraram uma cascata de problemas. Citou duas cooperativas, a Cooperpas, dos profissionais de nível médico-superior, e a Coopermed, dos profissionais de nível médio, cujos dirigentes foram escolhidos de forma aleatória e não equilibrada, e 3000 médicos ou 25000 pessoas que não aderiram ao processo. Citou ainda que no módulo inicial de Pirituba, com a resistência dos médicos, não havia pessoal para trabalhar, tendo então sido contratados os profissionais disponíveis no mercado, recém formados e sem residência, portanto com capacitação precária. Resultado disto, no primeiro mês triplicou a mortalidade na região, até medicamentos de uso tópico teriam sido receitados por via oral. Ressaltou que tal fato não seria culpa dos médicos mas do aparelho formador e contratador. Disse ainda acreditar que hoje não existam cooperados, falha de denominação, pois os médicos são assalariados que em tese não têm garantias trabalhistas. Acrescentou ainda não haver órgão controlador do sistema, pois o PAS não reconhece o Conselho Municipal de Saúde, reconhecendo a dificuldade do Secretário de controlar o nepotismo e o superfaturamento, o que demonstraria que as entidades não podem funcionar sem controle social. Afirmou que a repercussão sobre o atendimento não foi favorável, com serviços parcialmente desativados na periferia, sobrecarregando as unidades; não houve alívio na demanda de atendimento básico primário e ambulatorial e nem hospitalar, pois o PAS apresenta resolutividade muito baixa, própria do sistema de cooperativa que quanto menos gasta mais lucro tem, levando a número alto de atendimentos com baixa resolutividade. O número elevado de atendimentos em Pronto Socorro seria indicador de mau atendimento na rede básica e ausência de programas de saúde. Citou finalmente a Ação de Inconstitucionalidade e a liminar do desembargador em cinco bem redigidas laudas que demonstram, um ano depois, uma certa vidência, pois apontava para determinados problemas que realmente ocorreram, inclusive o fato de que todos os funcionários - e não cooperados - poderiam entrar com causas trabalhistas. Esta liminar foi cassada posteriormente, mas espera que seja julgada no mérito para declaração definitiva de inconstitucionalidade. O Secretário **Massato** pediu para comentar as declarações do **Dr. Pedro Paulo Monteleone**, dizendo que tranquilizara-se por serem comentários sobre a fase de implantação. Acrescentou que o Secretário de Saúde de São Paulo havia escolhido homens certos em momentos certos e hoje, como administrador, está trabalhando para solucionar alguns problemas da fase de implantação. A presidência da mesa pediu então que os comentários fossem feitos a partir das perguntas dos Conselheiros, abrindo então as discussões. A Conselheira **Zilda** perguntou quem ganha o dinheiro que sobra do que a prefeitura repassa às cooperativas. Ressaltou que apesar da importância da prefeitura de São Paulo no país, a Secretaria de Saúde não constituiu o Conselho Municipal de Saúde, perguntando ainda sobre a aplicação da NOB 96 que descentraliza a gestão e que em sua modalidade de gestão plena exige a criação do Fundo de Saúde, do Sistema de Auditoria e do Plano de Saúde do Município, dizendo ser interessante a criatividade para solucionar problemas mas que oteria que ser seguida a lei, no caso, a proposta do SUS. Solicitou a manifestação do Senhor Secretário quanto a esses pontos. A Conselheira **Elisabeth** acrescentou se quer construir um sistema de saúde que se chama SUS, citando que se o Município de São Paulo investe 20 % dos recursos em saúde, porque não faz-lo dentro do SUS, pois já se tem exemplos que o SUS pode ser bem sucedido com gestores comprometidos. Falou ainda da necessidade de apresentação de dados qualitativos e quantitativos para demonstrar a resolutividade do sistema, questionando sobre a qualidade dos serviços e com o pagamento por produção e sobre como ficaram os servidores que não aderiram ao PAS. O Conselheiro **Gilson** lamentou a falta de tempo para um debate mais amplo e valorizou a presença do Senhor Secretário, ressaltando que os anteriores não vieram quando foram convidados. Acrescentou que o modelo terceiriza a porta de entrada do sistema e questionou sobre como assegurar a integralidade das ações e como fazer funcionar a referência e contra referência, como assegurar um bom acúmulo de experiência profissional e a estabilidade da relação do profissional com a população, sobre como foi feita a adscrição, sobre como foram feitos os indicadores de acompanhamento e finalmente como o Senhor Secretário via o sistema de responsabilidade compartilhada. O Conselheiro **Bierrembach** comentou que não conseguiu identificar se o sistema do PAS seria público, privado ou público não estatal, e perguntou quem perderia o que falta ao atendimento do PAS. O Senhor Secretário começou pela questão de ganhar ou perder, dizendo que num sistema cooperativo não se ganha salário, o que se ganha são as sobras distribuídas aos cooperados, no caso, os profissionais de saúde. Nos cálculos introduziu-se um valor de tal forma que uma boa gestão faria com que sobrasse mais. Constituiu-se efetivamente uma cooperativa - o que acontece é uma antecipação dos recursos - que se for bem gerida sobra. Acrescentou que o Conselho Municipal de Saúde se auto-regulamentou no sentido de se tornar independente do poder público, havendo um Projeto de Lei na Câmara de São Paulo em perfeita consonância com a legislação. Com relação à NOB 96 disse que têm pleno conhecimento, ressaltando a responsabilidade dos três níveis de gestão no município de São Paulo, informando que o governo federal já não dá a sua parcela e que o governo estadual, tão logo puder, quer repassar ao município as 311 unidades e seus 35000 servidores. Colocou ainda já ter sido acertado com o Estado que a

responsabilidade no Município será compartilhada, mas que isto não é aceito na NOB - portanto estão propondo uma terceira alternativa de gestão à NOB. Quanto aos servidores não optantes ao PAS, a Secretaria de Saúde falou em contratar novo quadro, foi colocada a possibilidade de prestação de serviços por esse pessoal, com pagamento inicial pelo município. O planejamento conjunto entre Estado e Município já está ocorrendo, como por exemplo na Maternidade Vila Nova Cachoeirinha. Acrescentou que não falam em terceirização mas em responsabilização compartilhada, pois haverá prestação de contas devidamente fiscalizada. Disse ainda que diante das denúncias estão prestando as informações, com sistema de apuração rigorosa com glosa de todos os dispêndios acima do normal. A respeito da integralidade informou do planejamento conjunto com a Secretaria do Estado, com profissionais de alto gabarito para coordenar as ações e programas a serem desenvolvidos. Acrescentou ainda que quem pagaria o dinheiro que faltasse seria o profissional cooperado, que deverá controlar a diretoria administrativa da cooperativa, pois o sistema só funcionaria com esse controle do cooperado, esclarecendo sobre a legislação de cooperativas, onde o cooperado leva para casa o resultado positivo do trabalho, e havendo perda não leva. O Conselheiro **O Milton** referiu-se a que em janeiro de 96 uma comissão do Conselho Nacional de Saúde esteve em contato com o **Dr. Paulo Maluf**, quando foi acordada a presença do Secretário aqui, o que depois não ocorreu. Outra questão discutida foi a ilegitimidade do Conselho Municipal de Saúde - no ano passado o Senhor Prefeito tinha maioria na Câmara e poderia ter aprovado um projeto para o Conselho Municipal. Ressaltou ser a situação hoje semelhante e, aliada à proposta do Senhor Ministro de reforço aos Conselhos, perguntou porque não adequa-lo politicamente e legitima-lo e, portanto dar a ele o controle necessário do PAS. A Conselheira **Stela** disse acompanhar o PAS desde a sua implantação, que foi feita de maneira prepotente, enfiado garganta abaixo, também não se tendo conseguido interlocução com os dois secretários anteriores. Acrescentou que hoje se percebe um novo momento, inclusive com esforço de negociação e articulação com o governo estadual e federal. Perguntou então se hoje o PAS é viável. O Conselheiro **Sabino** perguntou ainda porque o Município de São Paulo não adotou o SUS, não comungou com a linha de defesa do SUS, notando-se prepotência e desrespeito à Lei Orgânica da Saúde e à NOB, principalmente quanto ao controle social. Portanto questiona de que forma se dá o controle social no PAS. O Senhor Secretário de Saúde mencionou que foi solicitado o andamento do PL do Conselho Municipal na Câmara de Vereadores, mas que o mesmo está sendo retardado por militante do Partido dos Trabalhadores. Ao Conselheiro **Sabino** respondeu que não está contra o SUS e que o objetivo seria a integração do seu sistema de gestão com o SUS, inclusive sugerindo nova modalidade para a NOB. À Conselheira **Stela** respondeu dizendo da grande preocupação quanto à população atendida e que no entendimento deles, num sistema articulado entre município e estado, a responsabilidade não seria totalmente do setor público, mas tem-se que contar com o sistema privado e beneficente. Quanto à gestão Plena no Município de São Paulo referiu não quererem pois sabem que o governo estadual vai deixar de gerir o atendimento básico e chegará a não investir também nos hospitais. Reforçou que necessitam de uma gestão compartilhada com município, estado e nível federal, pois há grande demanda de todo o Brasil para São Paulo, sendo que o atendimento do município cresceu e o atendimento do estado e de outros sistemas diminuiu. O Conselheiro **Gilson** sugeriu que se oficiasse ao Secretário de Assistência à Saúde/MS, sobre este sistema compartilhado de gestão, para discussão na tripartite da gestão plena compartilhada. **2) ORGANIZAÇÕES SOCIAIS** - Apresentação: **Dra. Ângela Santana**, Secretária da Reforma do Estado-MARE; **Dr. Paulo Modesto**, Assessor do Ministro do MARE; e **Dra. Nina Beatriz Stocco Ranieri**, especialista em Direito Administrativo/SP - **Dra. Ângela** agradeceu o convite, dizendo que ao MARE interessava muito um contato com o CNS para uma discussão mais aprofundada sobre as propostas do MARE na área da saúde. Disse que aquele era o início de uma parceria mais efetiva na discussão das propostas de reforma do Estado em relação ao setor saúde. Historiou o processo de formulação da proposta das Organizações Sociais, que teve início no dia 2 de janeiro de 96. Informou que a equipe do MARE discutiu durante um ano a proposta de modelo das Organizações Sociais, envolvendo o Governo e vários segmentos sociais. *“Foi uma proposta muito discutida. Não é uma proposta acabada, diante da necessidade de sua adequação a diferentes entidades da administração pública”*. Disse mais que a proposta vinha sendo alterada para inserir aspectos de outras experiências. Ressaltou que o gestor público sabia das dificuldades de orçamento que a administração pública estava submetida. Acrescentou que atualmente era praticamente impossível gerir qualquer instituição. Falou das restrições impostas pela Lei 8.666 que regulamenta as licitações na área pública. Afirmou que essa Lei inviabilizava qualquer tentativa de agilizar a gestão no setor público, especialmente na área médico-hospitalar que necessitava de agilidade na aquisição dos insumos indispensáveis ao atendimento da população. Salientou que a gestão pública estava engessada pelas restrições contidas na Lei. *“Quando o Ministro Bresser Pereira colocou a proposta das Organizações Sociais, vislumbramos a possibilidade de mudar esse quadro, tornando mais ágil a administração pública”*. Disse que o MARE contou com a consultoria dos juristas Paulo Modesto e Antônio Augusto Anastasia, que deram a conformação jurídica à proposta. Ressaltou que a proposta estava voltada para o cidadão-cliente, procurando aproximar o

serviço público desse cidadão. Acrescentou que outro foco da proposta estava ligado aos resultados. Disse que a administração pública não estava preocupada com esse aspecto e apontou a cultura burocrática como responsável pelo fato de o setor público deixar de lado o controle dos resultados. Destacou dois outros pontos da proposta : autonomia da gestão e controle social. Disse, ainda, que esses eram os princípios básicos da proposta das Organizações Sociais. Detalhou a proposta, dizendo que numa primeira fase ela estava restrita às instituições federais - hospitais, museus, escolas, universidades e centros de pesquisa - *“que são instituições que atuam em atividades que necessitam de muita agilidade na gestão, aquisição e contratação”*. Revelou que a intenção da propostas era *bypassar* a Constituição *“porque hoje qualquer instituição criada por lei é regida pelo direito público, portanto, sujeita às regras constitucionais”*. Informou que a idéia era instituir uma entidade pública não-estatal, sem fins lucrativos; extinguir a entidade que era do Governo Federal e transferir suas atividades para a entidade pública não-estatal. Explicou que o primeiro passo para estruturar uma Organização Social seria criar uma associação com um conselho de administração. Para a instituição ser qualificada como Organização Social deveria ter um estatuto no qual teria que constar a constituição do conselho de administração. Informou que o projeto de lei das Organizações Sociais definia que o conselho de administração devia ter de 20% a 40% de representantes do poder público; 20% a 40% de representantes da sociedade civil; 20% a 40% de representantes de associações de classe; e até 10% de representantes de funcionários da instituição. Salientou que o estatuto especificaria como iria se dar essa representação. *“Evidentemente, o Ministério supervisor vai dizer se concorda ou não com a constituição daquele conselho de administração”*. Disse que outro ponto fundamental para a qualificação da instituição como Organização Social era possuir um plano de cargos e salários. Ressaltou a preocupação do MARE em evitar que a Organização Social servisse de mecanismo para contratação de afilhados. Informou que o plano teria que garantir o ingresso através de concurso público, explicitar as regras de promoção, ascensão e demissão e ser submetido e aprovado pelo Ministério supervisor. Mais um ponto seria o regulamento de compras que iria reger a instituição. Salientou que a proposta era dar liberdade para aquisição, já que a instituição sairia do aparelho do Estado. Também esse regulamento de compras teria que ser aprovado pelo Ministério supervisor. Destacou o contrato de gestão como o ponto mais importante para qualificação da instituição como Organização Social. Explicou que as responsabilidades, as metas, os indicadores de resultados e desempenho deveriam estar claramente estabelecidos no contrato de gestão. *“As regras do jogo deverão estar, obrigatoriamente, explicitadas no contrato de gestão”*. Informou que os funcionários públicos da instituição qualificada como Organização Social seriam mantidos num quadro em extinção, o que significaria que não seriam permitidas novas contratações no regime estatutário, mas somente via CLT. Informou, também, que, a partir de sua qualificação como Organização Social, a instituição passaria a participar do orçamento da União. Disse que os servidores públicos iriam receber o seu salário acrescido de uma complementação, para equipará-lo aos contratados via CLT, evitando, dessa forma, problemas internos de gerenciamento na área de recursos humanos. Disse que, no caso da saúde, entendia que o gestor estadual e o gestor municipal deveriam participar do conselho administrativo e teriam que assinar o contrato de gestão juntamente com o Ministério da Saúde, *“porque as metas vão estar ali colocadas, assim como o atendimento e o papel do hospital para aquele Estado e para aquele município. No contrato de gestão, deverão estar indicados, também, os recursos que cada gestor alocará para o desenvolvimento do trabalho”*. Acrescentou que o MARE iria propor as cláusulas gerais do contrato de gestão para qualquer setor da administração pública objeto de transformação em Organização Social e que cada setor ficaria encarregado de detalhar essas cláusulas de acordo com a natureza da atividade daquela área. **Dr. Paulo Modesto** disse que não era fácil compreender o tema das Organizações Sociais porque ele estava saturado de componentes ideológicos. Ressaltou que a discussão criou muito mais obscuridade do que claridade em torno do tema, muitas vezes por força do embate ideológico como também porque as perspectivas de abordagem eram distintas. Explicou que, do ponto de vista jurídico, quando se falava em regimes de propriedade falava-se de uma coisa completamente distinta do ponto de vista do Ministro **Bresser Pereira** e da Secretária **Ângela Santana** com relação à propriedade pública não-estatal. Disse que quando os dois falavam em propriedade pública não-estatal estavam referindo a uma perspectiva de perseguir uma finalidade comunitária, de atendimento a todos de forma plena. Ressaltou que, do ponto de vista jurídico, no entanto, esse não era o problema em foco. Explicou que dentro da terminologia jurídica, as Organizações Sociais não eram *“algo absolutamente novo, absolutamente fora dos marcos conceituais do direito vigente. São instituições como as tradicionais instituições privadas de utilidade pública que nós conhecemos há séculos”*. Disse que o Estado trabalhava com essas instituições há muito tempo. Citou como exemplos creches, instituições de benemerência e de assistência social. *“São instituições privadas na sua constituição, mas têm como finalidade o atendimento às demandas sociais”*. Disse que no Brasil, entretanto, as instituições sem fins lucrativos ou de utilidade pública apresentavam indefinições, entre as quais a que não distinguia entre instituições sem fins lucrativos de atendimento comunitário das que atendiam apenas aos seus associados ou que atendiam somente clientelas

específicas. *“Também o marco regulatório delas, pelo regime de relação que mantêm com o Estado, é bastante limitado”*. Salientou que a idéia que estava na base das Organizações Sociais era exatamente a de instituições de fins públicos, de utilidade pública, porém qualificadas por maiores vantagens e maiores controles. Ressaltou, ainda, que se queria dar a essas instituições privadas de utilidade pública um regime especial para, se elas adotarem um paradigma de composição orgânica, de organização interna e também estatutária, perceberem maiores subsídios, com intensa participação do Estado. *“Na realidade, trata-se de um processo de parceria ou de participação popular na gestão administrativa. É o Estado perceber que várias instituições privadas realizam atividades na sociedade e que se elas não realizarem o Estado terá que realizar. E o Estado perceber, também, que pode fomentá-las, estimulá-las fortemente. Isso pode ser muito mais eficaz do ponto de vista social e economicamente satisfatório do que dentro de marcos de um padrão estatal próprio ou tradicional”*. Frisou que as Organizações Sociais não eram entes de administração indireta criados pelo Estado através de lei. *“Não se aprova uma lei para criar uma Organização Social”*. Acrescentou que as Organizações Sociais não gozariam de nenhuma prerrogativa que um órgão público gozava, fosse do ponto de vista processual, fosse do ponto de vista de prerrogativa de direito público especial. Explicou que a condição jurídica da Organização Social era de um ente privado constituído por particulares, porém dentro de um modelo pactuado entre o Estado e a sociedade civil, para a realização de atividades sociais com recursos públicos. Explicou, ainda, que a entidade se apresentava como associação ou fundação privada e era qualificada ou reconhecida pelo Estado como Organização Social, como se reconhecia no passado entidade de utilidade pública. Acrescentou que para ser qualificada como Organização Social, a entidade tinha que apresentar um conselho de administração que não fosse fechado, mas que tivesse tanto componentes da sociedade civil como também representantes do Estado como membros natos. Outra exigência seria a entidade ter com o Estado uma relação de direito público na figura do contrato de gestão. Garantiu que o Governo não estava, com a proposta das Organizações Sociais, admitindo qualquer tipo de privatização, na medida em que não permitiria que essas instituições tivessem qualquer finalidade lucrativa, nem pudessem gerar *“vantagens feudais e estruturas de feudalização”*. Acrescentou que o Estado teria poderes para desqualificar a instituição que não observasse o estabelecido no contrato de gestão. Disse que, do ponto de vista jurídico, a atividade privada era livre nas áreas sociais, não havendo necessidade de concessão do Estado. Acrescentou que as Organizações Sociais trabalhariam no SUS através de convênios, não teriam fins lucrativos, não teriam nenhuma contraposição de interesse; a finalidade seria pública. **Dra. Nina**, procuradora jurídica da Universidade de São Paulo, disse que não era contra reformas e nem apegada a modelos únicos. Acrescentou que lutava na USP contra as amarras administrativas. Mostrou-se favorável à proposta das Organizações Sociais, tendo em vista a necessidade de colaboração do Estado e a necessidade de flexibilização na administração da atividade. Fez, no entanto, reparos dentro da ordem legal vigente. Ressaltou que as críticas que tinha em relação à proposta governamental não possuíam conteúdo ideológico, mas estavam baseadas estritamente na ordem constitucional vigente. *“Mesmo sendo inteiramente a favor de uma flexibilização na área de administração de atividades públicas - e que como são atividades que não se enquadram no regime próprio de mercado, eu propugno igualmente por uma flexibilização desse regime - não acredito na forma como vem sendo exposto o modelo das Organizações Sociais, segundo o qual elas ficam de fora do regime de direito público imposto pela Constituição Federal”*. Explicou que sua posição tinha por razão o fato de que tanto a saúde como a educação eram deveres do Estado. *“A iniciativa privada é livre para prestar esses serviços, mas isso não retira dessas atividades o qualificativo de atividades públicas; atividades que a nação considera essenciais para seu desenvolvimento. Essas atividades prestadas propiciam o desenvolvimento nacional em última análise”*. Prosseguiu afirmando que acreditava que a elaboração do modelo de Organizações Sociais era uma tarefa extremamente difícil, para se atingir a finalidade de não submetê-las ao regime de direito público da Constituição e, portanto, liberá-las de amarras que, preferencialmente, não deveriam existir. Explicou que isso se devia basicamente por conta da finalidade pública da instituição e pelo fato de a instituição gerir recursos públicos. *“Inclusive, para mim não fica claro se essa dotação será inteiramente pública ou se haverá aporte de recursos privados, de que forma se separariam os recursos públicos dos privados, pois dinheiro não tem marca, e de que maneira se faria a prestação de contas do dinheiro público e do privado. Essas são questões a serem pensadas na formulação desse modelo”*. Afirmou que como o serviço de saúde era uma atividade de Estado, tanto quanto o serviço de educação, não via como as Organizações Sociais poderiam vir a cobrar pela prestação de seus serviços na forma da atual Constituição. *“De que maneira seria feita essa cobrança; de que maneira esses serviços seriam subsidiados pelo poder público?”*. Disse que não importavam os rótulos e sim a natureza jurídica da instituição. *“Se ela atua na prestação de um serviço público, recebe dinheiro público, embora se queira dizer que ela é uma entidade de direito privado, a finalidade de utilidade pública mencionada pelo Dr. Paulo derroga o direito privado que inicialmente a informava. Essa é uma questão jurídica, porque o interesse público prevalece sobre o interesse privado”*. Afirmou que, do ponto de vista estritamente técnico-jurídico, o modelo das Organizações Sociais

precisava ser extremamente elaborado, para que os seus formuladores não viessem a ser acusados de inconstitucionalidades. Prosseguiu dizendo que a Constituição vinculava as fundações de direito privado que exerciam atividades de interesse público às mesmas regras do direito público. afirmou que não via no projeto das Organizações Sociais qual seria a distinção que poderia ser feita do ponto de vista técnico. *“A Constituição menciona, várias vezes, as fundações de direito privado submetendo-as ao regime de direito público”*, reafirmou. Ressaltou que, dentro dos marcos legais estabelecidos pela Constituição, a proposta das Organizações Sociais se deparava com um obstáculo difícil de ser ultrapassado. Traçou um cenário no qual a USP passaria a ser uma Organização Social com um contrato de gestão que traria metas fixadas, tais como redução da evasão escolar, aumento do número de mestrados, teses e dissertações. Em seguida, indagou se seria possível reduzir evasão por meio de um contrato de gestão, ou seja, fixar uma meta que não dependia essencialmente da instituição controlar os componentes que evitariam esse resultado negativo, e como ficaria essa Organização Social - ela deixaria de receber a dotação orçamentária ao não cumprir essa meta?. afirmou que o modelo das Organizações Sociais apresentava muitas imperfeições e que a sua preocupação enquanto jurista era que o Governo não viesse a desmontar o que estava funcionando com competência na ânsia de querer introduzir elementos gerenciais em atividades que, pela sua natureza, por terem finalidade pública, nem sempre se situariam dentro da área de mercado de capital e mercado de trabalho, para os quais a atividade gerencial é ideal. Destacou outro ponto que suscitava dúvidas: no caso de uma fundação de direito privado ser transformada em Organização Social como ficaria a Curadoria do Ministério Público. *“As fundações são criadas mediante a dotação de um patrimônio, o qual está afeto à concepção de um fim, e o Ministério Público, por imposição da lei civil, fiscaliza a execução desse fim. No caso das Organizações Sociais como ficaria a tutela da Curadoria das fundações? Ela fica suprimida?”*. Referiu a outras dúvidas relativas a parâmetros de prazos de vigência dos contratos de gestão; a possibilidades de renovação desses contratos e em que condições; a quais seriam as consequências em matéria de pessoal, principalmente as de regime previdenciário e especialmente nas hipóteses de extinção do prazo do contrato ou de desqualificação da instituição como Organização Social. Disse que outra preocupação referia à fonte dos recursos, que não estava indicada. Indagou se caso essa dotação fosse incluída no orçamento da União, qual seria a fonte. Acrescentou que não ficava clara, ainda, qual seria a vantagem de uma entidade de direito privado se tornar uma Organização Social. Acrescentou que via vantagem para a administração pública, caso se viesse a conseguir flexibilizar o regime em função da atividade. Finalizou afirmando que tinha mais dúvidas do que certezas em relação à proposta das Organizações Sociais e solicitou esclarecimentos sobre como compatibilizar a proposta com o sistema jurídico-constitucional vigente no país. Conselheiro **Gílson** referiu à fala do **Dr. Paulo** quanto à questão ideológica da discussão em torno da proposta das Organizações Sociais. Disse que não via na proposta nada que pudesse apontar para más intenções, e que o seu conteúdo delineava uma entidade que tinha seriedade em seu processo de gestão. *“No entanto, eu me pergunto se não é uma concepção de Estado que leva o Governo a um empreendimento de reforma de Estado que não seja aquele de melhorar as leis que regem o Estado, para nos dar condições, enquanto gestores da coisa pública, de geri-lo melhor. Mas sim investe politicamente em criar organizações, que não são estatais, e impossibilitar que entes públicos estatais se tornem entes públicos não-estatais. Então, está em discussão uma concepção de Estado. O Ministro Bresser deixou isso claro quando colocou que no século XXI o que vai vigorar serão as organizações não-governamentais. Quando olho esse esforço, a mim frustra, como gestor municipal há nove anos de um município que é a segunda capacidade instalada do Estado, e que está procurando ser criativo no processo de gestão, de que o passo que vai garantir que um hospital seja melhor terá que ser o passo de desvinculá-lo da gestão pública, porque eu vou continuar, enquanto gestor público municipal, a lidar com uma legislação que me cria sérias dificuldades em determinadas soluções que preciso adotar. A discussão acaba ficando ideológica por isso, pois o pano de fundo é a discussão em torno da concepção de Estado”*. Disse que o preocupavam a relação tutela do Estado X Organização Social autônoma, principalmente no sistema de saúde, e a capacidade de o gestor regular esse novo ente no sentido de que viesse, de fato, a cumprir o papel que estaria definido a ele de acordo com a realidade sanitária do município. Lamentou que o esforço despendido na formulação da proposta das Organizações Sociais não estivesse direcionado para a melhoria da legislação pública. Disse que, enquanto gestor municipal, estava fadado a ficar com o que era ruim em termos legais, enquanto que o Governo buscava facilidades que a longo prazo poderiam levar a uma perda séria do controle dos princípios fundamentais do Estado com relação aos seus deveres para com a área da saúde. Conselheiro **Eurípedes** mostrou-se preocupado com as intenções do Governo, na medida em que a proposta colocada lhe dava a impressão de que ela estava dirigida a um outro país e não ao Brasil, *“porque os vários parâmetros que existem de Organizações Sociais e as várias experiências nesse campo não autorizam a afirmação de que elas são mais eficientes no que diz respeito, por exemplo, ao aumento do controle social”*. Disse temer que as Organizações Sociais viessem, ao contrário, possibilitar o agravamento dos aspectos negativos do sistema de saúde, como

manipulação dos recursos e seleção de clientela, entre outros. Disse, ainda, que, apesar das amarras, o sistema do serviço público tinha suas regras definidas de acordo com a tradição do direito administrativo brasileiro, e que as Organizações Sociais poderiam levar o sistema de saúde a um grau de incerteza muito grande. Conselheira **Albaneide** questionou porque o Governo, ao invés de “*querer reinventar a roda*”, não investia no SUS. Questionou, também, porque o grupo que estava elaborando a proposta das Organizações Sociais deixou de considerar as Pioneiras Sociais/Fundação Sarah como modelo de gestão pública. **Dra. Ângela** interveio na fala da Conselheira afirmando que nunca havia considerado aquela entidade como Organização Social, “*pois o seu conselho de administração é fechado à sociedade e o seu contrato não é um contrato de gestão como idealizamos*”. Conselheira **Albaneide** solicitou esclarecimentos sobre a composição do conselho nas Organizações Sociais e sobre o plano de carreira para os seus funcionários. Conselheiro **Mesquita** apontou contradições entre o discurso e a prática do Governo com relação às questões sociais, pois, no seu entender, ao contrário do discurso pelo social e pelo público, a proposta das Organizações Sociais representava um passo para a privatização dos serviços de saúde, entre outros, por possibilitar a venda desses serviços para complementar os recursos públicos que vierem a receber via contrato de gestão. Ressaltou que a sociedade não poderia abrir mão da universalidade e da integralidade do SUS, por serem direitos básicos do cidadão estabelecidos pela Constituição. Recordou afirmações do Ministro **Bresser**, segundo as quais um dos objetivos das Organizações Sociais no setor saúde seria tornar dispensável o servidor público. Afirmou que essa postura era um desrespeito ao funcionalismo público, que estaria se sentindo “*como sucata, dispensável e passível de extinção*”. Disse, ainda, que, ao contrário do caráter democrático como pretendia fazer acreditar o Governo, a proposta de composição dos conselhos das Organizações Sociais apontava para um caráter fechado, como o conselho da Fundação Sarah. Indagou qual seria o papel dos conselhos estaduais e municipais de saúde nas Organizações Sociais se estas iriam dispor de conselhos próprios. Afirmou que esse fato dava a entender que as Organizações Sociais estariam fora do SUS. Questionou, ainda, a concentração de poder no MARE, que seria responsável pela definição e aprovação dos contratos de gestão das Organizações Sociais. Finalizou dizendo que ficaria otimista e esperançoso se o esforço de criar modelos novos de gestão fosse direcionado para a implantação do SUS, “*uma proposta discutida em todo o país, criada democraticamente e que onde está implantada de fato vem apresentando excelentes resultados*”. Conselheiro **Mozart** questionou a necessidade das Organizações Sociais. Disse que o SUS tinha dificuldades gerenciais, mas que somente esse fato não justificava a criação de um novo ente para gerir o sistema de saúde. Disse, ainda, que, pela proposta, o Governo passaria a mandar nas Organizações Sociais através dos conselhos de administração, pois a maioria de seus membros viria de órgãos governamentais. Destacou polêmicas político-jurídicas que poderiam surgir com a implantação das Organizações Sociais relativas a questões trabalhistas, a licitações, à manipulação em sua composição, ao seu uso político-partidário. Disse acreditar que as Organizações Sociais poderiam criar, diante disso, mais problemas que soluções. Nesse momento, Conselheiro **Carlyle**, que coordenava os trabalhos, solicitou permissão para interromper o debate para anunciar que os Conselheiros **Gílson Cantarino** e **Neide Barriguelli** haviam sido agraciados pelo Ministério da Saúde na Ordem do Mérito Médico/Classe Oficial e na Medalha do Mérito Oswaldo Cruz/Categoria Prata, respectivamente. Conselheira **Elizabeth** questionou qual seria o interesse do particular em assumir uma Organização Social e quais seriam os critérios para se assumir o novo ente. Disse, ainda, que o custo com o servidor público poderia aumentar, pois a proposta previa equiparação salarial com o contratado via CLT. **Dra. Ângela** considerou naturais as dúvidas e incompreensões suscitadas pela proposta e disse que elas seriam devidamente dirimidas nas discussões que o MARE manteria com a comissão designada pelo CNS para aprofundar o debate em torno das Organizações Sociais, conforme o acerto feito com o Ministro **Bresser Pereira**. Afirmou que era dever do Estado financiar saúde e educação, mas não cuidar da execução. Dr. **Paulo** ratificou as considerações da **Dra. Ângela** quanto ao dever do Estado com relação à saúde e à educação. Concordeu que havia um componente ideológico na discussão do assunto Organizações Sociais, mas considerou nocivo o que denominou de “*saturamente ideológico*”, pois, no seu entender, ele funcionava como uma barreira impedindo o avanço do debate em torno do tema. Garantiu que o Estado não iria impor a composição dos conselhos das Organizações Sociais.

ITEM 12 - RESPONSABILIDADES E COMPETÊNCIAS DA SECRETARIA EXECUTIVA DO CNS - DISCUSSÃO - Transferido para a próxima. **ITEM 13 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA PRÓXIMA REUNIÃO** - Como ponto de pauta foram deliberados pelo Plenário os seguintes temas: **1)** Tema da Agenda Básica do CNS - Modelo de Atenção em Saúde. **2)** Secretaria Executiva do CNS: Competências e Métodos. **3)** Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde: Criação da Comissão de Acompanhamento das Recomendações e Moções. **4)** Relato da Comissão da Reforma do Estado e Organizações Sociais. **5)** Relatório da Realização da Reunião Plenária dos Conselhos de Saúde. **6)** REFORSUS. **7)** Aplicação Diferenciada do Aumento de 25% na Tabela de Procedimento do SUS. **8)** Novas Formas de Gestão de Unidades Assistenciais - Outras Experiências. **9)** Conceito de Usuário. **10)** Plano de Metas/Atividades 1997. **11)** Resolução CNS sobre os Genéricos - Discussão. **12)**

1587 Criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos: Objetivos Iniciais e Composição. Nada mais
1588 havendo a apresentar, Conselheira **Rita de Cássia** deu por encerrada a presente reunião. Estiveram
1589 presentes os Conselheiros: **Ana Maria Lima Barbosa, Antonio Sabino Santos, Artur Custódio**
1590 **Moreira de Souza, Augusto Alves de Amorim, Baldur Oscar Schubert, Carlos Eduardo Ferreira,**
1591 **Carlyle Guerra de Macedo, Clair Castilhos Coelho, Claudia Marques Maximino, Elizabete Vieira**
1592 **Matheus da Silva, Eurípedes Balsanufu Carvalho, Ernani Guilherme Fernandes da Motta,**
1593 **Francisco Bezerra da Silva, Francisco Ubiratan Dellape, Gilberto Chaves, Gilson Cantarino**
1594 **O'Dwyer, Jocelino Francisco de Menezes, José Lião de Almeida, José Rafael Guerra Pinto**
1595 **Coelho, Júlio de Albuquerque Bierrenbach, Lucimar Coser Cannon, Mário César Scheffer, Neide**
1596 **Regina Cousin Barriguelli, Newton de Araújo Leite, Olímpio Tavora Derze Corrêa, Omilton**
1597 **Visconde, Oswaldo Lourenço, Paulo César Augusto de Souza, Rita de Cássia Barradas Barata,**
1598 **Sérgio Francisco Piola, Solon Magalhães Vianna, Stela Félix M. Guillin Pedreira, William Saad**
1599 **Hossne, Zélia Maria dos Santos, Zilda Arns Neumann.**

1600 Esta Ata foi aprovada com as seguintes alterações:

1601 **Conselheira Albaneide: Página 2, linha 68 até 69** - conforme segue - O Plenário deliberou que se
1602 aguardasse a reunião do Fórum de Entidades Nacionais de Profissionais de Saúde para que fosse
1603 indicado o suplente. **Página 12, linha 690** - Foi colocado quanto a necessidade de descentralização mas
1604 que gostaria que o plenário discutisse com detalhes a descentralização das ações do INAN, CEME e da
1605 Vigilância Sanitária.

1606 **Conselheiro Omilton : Oficina de Trabalho sobre Política de Genéricos para o País** - Conselheiro
1607 Omilton propôs a realização de uma Oficina de Trabalho, com o objetivo de discutir e formular uma
1608 política de genéricos para o país. A proposta foi aprovada e uma Resolução deverá ser formulada para
1609 apreciação e aprovação por ocasião da 65ª Reunião do CNS. **Página 22, linha 1312** - O Senhor
1610 Secretário da Saúde, mencionou que foi solicitado o andamento do Projeto de Lei do Conselho Municipal
1611 na Câmara de Vereadores de São Paulo, quando foi constatado que o mesmo encontra-se retido na
1612 Comissão de Justiça nas mãos de um vereador do PT. O Conselheiro Omilton propôs e foi aprovado que
1613 seja, este Senhor Vereador identificado e convidado para participar de uma próxima reunião do
1614 Conselho Nacional de Saúde.