

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

5 Aos dois e três dias do mês de abril de um mil e novecentos e noventa e sete, foi realizada, na Sala de
 6 Reuniões do Conselho Nacional de Saúde a Sexagésima Quarta Reunião Ordinária do Conselho
 7 Nacional de Saúde. Em presença do Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde, **Dr. Carlos César de**
 8 **Albuquerque**, a Senhora **Marylene Rocha de Souza**, Assessora de Relações Públicas e Cerimonial do
 9 Gabinete do Ministro, procedeu a abertura da Cerimônia de Posse do **Dr. Nelson Rodrigues dos**
 10 **Santos**, no cargo de Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizado a Leitura do
 11 Termo de Posse pela Senhora Coordenadora Geral de Recursos Humanos, **Dra. Dirce Barbosa**, e a
 12 seguir, **Dr. Nelson** manifestou-se honrado por assumir o cargo e pelo apoio de alguns Conselheiros na
 13 indicação de seu nome, comprometendo-se a corresponder a confiança depositada em seu trabalho.
 14 Comentou sobre a complexidade na interface estado e sociedade e que o CNS deve prestar contas aos
 15 mesmos. Colocou que ao inteirar-se dos assuntos relativos ao CNS, elaborou um documento orientador
 16 dos papéis, competências, prioridades e métodos da Secretaria de Apoio ao CNS. O documento foi
 17 entregue ao Senhor Ministro e à todos os Conselheiros, tendo sido solicitado a apreciação do mesmo e
 18 contribuições de aprimoramento para discussão na próxima reunião. Enfatizou sobre: - o que o Conselho
 19 representa frente as diversas entidades; a interação com os diversos segmentos; o subsídio da
 20 Secretaria de Apoio nas diversas questões; a deliberação e o cumprimento da finalidade legal do CNS
 21 como grande formulador de estratégias e controlador da execução das políticas de saúde. Em sequência
 22 a cerimônia de posse, Senhor Ministro teceu comentários sobre: a satisfação de continuar no CNS; a
 23 importância e soberania do CNS; o CNS como modelo para os Conselhos Estaduais e Municipais; a
 24 conscientização do cidadão na importância de sua participação nos Conselhos, destacando que em
 25 breve seria lançada uma campanha de esclarecimento da população sobre os Conselhos de Saúde; a
 26 importância do CNS no processo de descentralização do SUS; a necessidade de trabalhar mais na ação
 27 do que no discurso e a certeza do apoio do Senhor Ministro ao CNS, desculpando-se por não poder
 28 estar mais presente nas reuniões, face aos compromissos do cargo. A seguir, elogiou **Dr. Nelson** pela
 29 competência, lealdade, boas intenções, ampla visão e conhecimentos na área da saúde. Posicionou-se
 30 com a certeza do sucesso na relação CNS e MS, de recuperação da imagem da saúde no país e da
 31 busca de soluções. Destacou que o CNS é: *"um órgão de debate, de discussão, mas também é um*
 32 *órgão de conciliação e de construção daquilo que é a aspiração de todos nós e sob a coordenação de*
 33 *Dr. Nelson nós poderemos avançar muito e rapidamente"*. O Senhor Ministro despediu-se encerrando a
 34 Cerimônia de Posse. A seguir **Dr. Nelson** colocou para apreciação do Plenário o nome da Conselheira
 35 **Rita de Cássia Barradas Barata** para coordenar a presente reunião, tendo como Suplente o
 36 Conselheiro **Carlyle Guerra de Macedo**. A proposta foi APROVADA. **ITEM 01 - LEITURA E**
APROVAÇÃO DA ATA - Ficou deliberado que a ata da 63^a Reunião Ordinária seria apreciada e
 37 aprovada na próxima reunião. **INFORMES - 1.** Ofício nº 179/97, da ABEN - Ressalta a importância da
 38 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
 41 encaminhada cópia do documento à Coordenação de Recursos Humanos para o SUS. **2.** Ofício
 42 CES/SP, de 11/03/97, do Secretário Executivo do CES/SP - Encaminha manifestação da Comissão
 43 Técnica de Integração entre os Serviços de Saúde e Instituições de Ensino do CES, no sentido de
 44 retificar o Decreto Federal nº 1.303, de 08/11/94, incluindo no art. 7º os Cursos de Ciências Biológicas e
 45 Medicina Veterinária. Ficou decidido que tão logo o Senhor Ministro da Saúde assine a Resolução
 46 218/97, seja o interessado comunicado a respeito. **3.** Fax de 18/03/97, da CUT e do Sindicato dos
 47 Enfermeiros de Alagoas - Apresenta denúncias contra a SES, que vem empreendendo medidas sem
 48 apreciação prévia do CES. Conselheiro **Dellape** apresentou proposta para que fosse indicada a
 49 Conselheira **Zilda** para apurar as denúncias. Proposta aprovada. **4.** Ofício nº 0103/SEMA/97, do
 50 Subsecretário Municipal de Saúde de São Gonçalo, RJ - Encaminha Ofício da União das Associações
 51 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
 53 Nacional. O Plenário aprovou encaminhamento à Comissão de Seguridade e Família. **5.** Carta nº
 54 001/DEXT, de 28/02/97, da Divisão de Extensão da Escola Superior de Guerra - Encaminha para
 55 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
 57 decidido que seria distribuída cópia do documento aos Conselheiros que quisessem participar. **6.** Ofício
 58 CONASS nº 210, de 18/03/97, do Presidente do CONASS - Comunica a eleição da nova Diretoria e
 59 solicita a substituição dos representantes do CONASS no CNS. Dado ciência e distribuída cópia a todos
 60 os Conselheiros. **7.** Ofício nº 002/97, de 18/03/97, do Presidente do CES da PB - Encaminha ao Senhor
 61 Ministro da Saúde Ofício do Presidente do Sindicato dos Médicos da Paraíba, manifestando

62 preocupação com a decisão de reduzir a compra de vacinas contra a Hepatite-B. O Plenário deliberou
 63 que fosse encaminhada cópia a SAS e FUNASA. **8.** Carta de 21/03/97, da Associação de Diabetes
 64 Juvenil/SP - Manifesta contentamento em saber que no “**Plano de Metas**” está incluído um programa
 65 para atendimento ao diabético. Reivindica, também, a isenção de alíquotas de imposto sobre produtos
 66 para controle do diabetes. Foi decidido o encaminhamento de cópia à SAS. **9.** Ofício CFESS nº 159/97,
 67 do Conselho Federal de Serviço Social - Informa a Plenária do CNS sobre sua decisão de renúncia da
 68 vaga de suplência na representação dos profissionais de saúde. O Plenário deliberou que se aguardasse
 69 a reunião do Conselhinho para que fosse indicado o suplente. **10.** Carta de 10/03/97, do Senhor Edson
 70 Francisco Camargo - CENEP/PB; Senhora Edilandia Ferreira - STR/Pb e Senhora Maria da Luz
 71 Mendonça - Igreja/PB - Denunciam manipulação no processo de escolha da Dra. Bernardete como
 72 representante dos trabalhadores de saúde para o CMS. A mesma estaria indiciada por atentar contra
 73 moralização e por falsidade ideológica. Dado ciência ao Plenário, sem que houvesse manifestação a
 74 respeito. **11.** Ofício nº 97 de 03/97, do Presidente Titular da Pastoral da Criança - CNBB, no CNS -
 75 Comunica uma nova série de programas “**Viva a Vida**” com os seguintes temas: Dia Infantil, Dia do
 76 Trabalho, Campanha Adeus Pneumonia e Mortalidade Materna. Dado ciência ao Plenário. **12.** Fax de
 77 31/03/97, do Diretor Geral do Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais, do Ministério das
 78 Relações Exteriores - Informa que a “Reunião Regional de Avaliação da Cúpula do Desenvolvimento”
 79 será realizada em SP, nos dias 6, 7, 8 e 9 de abril próximo e será inaugurada pelo Senhor Presidente da
 80 República. **Solicita indicação de representante.** Foram indicadas as Conselheiras **Rita de Cássia** e
 81 **Cláudia Maximino** para representar o CNS. **13.** Memo ASPAR/GM/MS, de 23/03/97, do Chefe da
 82 Assessoria de Assuntos Parlamentares - Encaminha cópia do discurso proferido pelo Deputado **Claudio**
 83 **Chaves**, na sessão do dia 12/03/97, que versa sobre a necessidade de implantação de novos cursos de
 84 Medicina no País. Dado ciência ao Plenário. **14.** Fax de 26/03/97, da Senhora Ada Rodrigues Viana -
 85 Conselheira Municipal e Representante das Associações Comunitária do Amazonas - Encaminha
 86 denúncia sobre várias toneladas de leite que teriam sido incineradas em Manaus e que o CMS nunca
 87 fora informado quanto à distribuição de leite para as crianças desnutridas. Houve deliberação no sentido
 88 de que fosse enviada cópia da denúncia à SAS, Comunidade Solidária e INAN. Em prosseguimento à
 89 sessão de Informes, a Conselheira **Rita de Cássia** leu seus pareceres relacionados com o **Informe 9**,
 90 da 63^a RO, dando parecer contrário ao “15^a Programa de Assistência à Saúde em Países em
 91 Desenvolvimento” por apresentar um custo elevado e não atender a necessidades de capacitação de
 92 profissionais de serviço e parecer favorável ao “Programa de Bolsas para Educação Médica”, por
 93 apresentar um conteúdo interessante à formação pedagógica dos professores de Medicina e por ser
 94 custeado pela Instituição promotora, devendo ser divulgado entre as escolas médicas brasileiras. Em
 95 continuidade à reunião, foi entregue aos Conselheiros a **Indicação nº 761, de 03/1997, do Senhor**
 96 **Deputado Arlindo Chinaglia**, que: “- Sugere ao Poder Executivo a proposição de Projeto de Lei que
 97 altera as atribuições e composição da Comissão de Especialistas em Ensino Médico do Ministério da
 98 Educação e do Desporto, proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos
 99 existentes, nos próximos 10 anos, e dá outras providências”. Conselheira **Rita** informou que esse
 100 assunto veio ao CNS oriundo da Assessoria Parlamentar para apreciação e parecer. Conselheiro
 101 **Eurípedes** explicou tratar-se de um Projeto de Lei transformado em uma Indicação. Procedeu à leitura
 102 do projeto, destacando que a proposta de composição da comissão é semelhante à Comissão de
 103 Residência Médica e, fica vedada a criação de novos cursos médicos bem como a ampliação de vagas,
 104 por dez anos. Comentou sobre as discussões realizadas no CNS; sua preocupação na melhoria da
 105 qualidade profissional; a velocidade de crescimento do número de médicos/população e a
 106 implementação no MERCOSUL. Posicionou-se **FAVORÁVEL** ao projeto. Conselheiro **Newton** citou que
 107 sem sua opinião o projeto entra em choque com a realidade administrativa, considerando que nenhuma
 108 lei poderia modificar a estrutura de um Ministério por ser um direito assegurado ao Senhor Ministro da
 109 Educação. Destacou os relevantes trabalhos da Comissão de Ensino Médico - MEC frente ao ensino
 110 médico no país, manifestando-se constrangido frente à inconstitucionalidade da lei, quando modifica a
 111 estrutura de um Ministério. Conselheira **Clair** explicou que o projeto entrou no Congresso como Projeto
 112 de Lei e por ser inconstitucional foi transformado em Indicação. Após alguns esclarecimentos a respeito
 113 do significado das Comissões de Assessoramento de Especialistas do MEC, foi sugerido pelo
 114 Conselheiro **Eurípedes** que o tema volte ao Plenário após o Seminário de Recursos Humanos. A
 115 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
 118 redação da ata da 63^a RO, **linha 884**: Substituir a expressão “constituído um grupo” por “Instalada a
 119 Comissão Intersetorial de Recursos Humanos de Saúde”; e linha 887: Acrescentar após a palavra
 120 “Saúde”: “Tendo como referência inicial o relatório do CNS sobre Necessidades Sociais de Cursos
 121 Superiores na Área da Saúde”. Comentou também sobre a autonomia das Universidades na criação de
 122 novos cursos proferida pela Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB; a exclusão do

123 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. 2º 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 recredenciamento periódico de universidade ou estabelecimento isolado de ensino superior, e o reconhecimento de cursos e habilidades 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 posicionaria. 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**; **2.1.** 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**. **2.2. 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 a 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 APRECIAÇÃO 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. Desenvolvimento das atribuições da CONEP:** **a)** recebimento e análise de sessenta projetos de
 226 pesquisa sobre áreas temáticas especiais (cap. VIII-4.c da Res. 196/96), com encaminhamento dos
 227 pareceres aos Comitês de Ética em Pesquisa das Instituições, seguindo o processo para a Vigilância
 228 Sanitária, no caso de pesquisa com novos produtos. Conselheiro **Saad** comentou que, por razões que
 229 deveriam ser analisadas posteriormente, havia, às vezes, uma demora na tramitação dos processos a
 230 nível de Ministério, e por falta de informação ou por má fé, se dizia que o retardo era causado pelo
 231 GET/CONEP porque exigia, sem necessidade, que os projetos de pesquisa viessem para a Comissão.
 232 Enfatizou que se estava cumprindo uma Resolução do Conselho a qual dava sessenta dias para análise
 233 de tais projetos, mas que, no entanto, estava ocorrendo numa média de vinte e cinco dias e, portanto, o
 234 atraso não era da responsabilidade da Comissão; **b)** análise e providências de três denúncias recebidas
 235 relativas a possíveis infrações éticas de projetos de pesquisa envolvendo grupo indígena, aidéticos e
 236 pesquisa com Ziprazidone. Quanto à denúncia sobre ensaio clínico em portadores de HIV, em São
 237 Paulo, apresentada ao CNS, pelo Conselheiro **Mário Scheffer**, o GET/CONEP designou um relator cujo
 238 parecer indicou que a denúncia era procedente; foi solicitada manifestação, com prazo de 15 dias, dos
 239 Centros de Pesquisa envolvidos, para depois serem tomadas as medidas necessárias. Conselheiro
 240 **Saad** informou que, naquele ínterim, a Merck Sharp Dohme, patrocinadora do projeto, reuniu, em Miami,
 241 uma Comissão de Ética "ad hoc", mandando interromper o projeto, ao que o Conselheiro alegou uma
 242 possível relação de causa e efeito; **c)** assessoria a pesquisadores, instituições de pesquisa e indústria
 243 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, incialmente, 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 constituirem 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 constituidos 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, deverá ser convidado um representante, como membro “ad hoc” do CEP, para participar da análise do projeto específico*”. Exemplificou que, numa pesquisa envolvendo diabetes, deveria ser convidado
 309 alguém da associação de diabetes. Conselheiro **Solon** propôs entrar na pauta da reunião seguinte,
 310 definição do que seja representante do usuário. Conselheiro **Omilton**, na condição de membro da
 311 Comissão, propôs a prorrogação do mandato da mesma, por mais sessenta dias, a fim de que
 312 pudessem ser recebidas mais indicações para a CONEP e que fosse também melhor discutido o
 313 aspecto dos usuários. Conselheira **Zilda** propôs estender os trabalhos do grupo por mais seis meses,
 314 para consolidação do que foi iniciado, sugerindo ainda que fosse garantido na CONEP, a permanência
 315 do Conselheiro **Saad**, **Dra. Corina** e **Padres Leocir e Márcio**. Conselheiro **Carlyle** destacou que, das
 316 Comissões do CNS, aquela tinha sido a que melhor cumpriu sua missão, não querendo, com isso,
 317 desprestigar os trabalhos das demais. Manifestou-se favorável ao prazo de sessenta dias para
 318 constituir-se a CONEP, a qual, devido a sua importância, não deveria ficar em caráter provisório por
 319 longo tempo. Propôs também que, na mesma ocasião fosse discutida a definição de usuário,
 320 constituindo-se uma emenda para a Resolução 196/96. Conselheira **Lucimar** baseando-se em
 321 comentários e propostas que ouviu de pesquisadores, manifestou-se a favor de noventa dias para a
 322 formação da CONEP, tempo em que algumas questões seriam definidas. Conselheiro **Eurípedes**
 323 solicitou ao Conselheiro **Saad** avaliar os períodos propostos para conclusão dos trabalhos do grupo e a
 324 possibilidade de manter o núcleo fundamental do mesmo, na CONEP. Indagou sobre resultado da
 325 reunião com especialistas (Câmara Técnica). Conselheiro **Saad** explicou que a CONEP teria que ser
 326 formada pelo CNS, a partir das indicações dos CEP's. Enfatizou que estes, além de examinarem
 327 projetos de pesquisas, teriam papel consultivo e educativo. Comentou que estava acontecendo uma
 328 nova educação ética no país, vencendo-se algumas barreiras devidas a pressões quanto a pontos de
 329 vistas diferentes com relação à Resolução 196/96 ou, porque, esta não teria sido lida com atenção.
 330 Quanto a prorrogação dos trabalhos do grupo, acreditava-se que os noventa dias seriam suficientes e
 331 que a CONEP, ao ser constituída, terá maior força em relação ao GET. Referindo-se à Câmara Técnica,
 332 de 25/04/97, o Conselheiro **Saad** comentou que os pontos de vistas não foram tão conflitantes; a
 333 maneira de serem encaminhados é que não estava adequada e que, às vezes, as pessoas queriam
 334 impor pontos que estavam previstos para outras discussões. Informou que houve mais reivindicações do
 335 que sugestões, havendo, como maior queixa, o envio de determinados projetos à CONEP. Comentou
 336 que uma das idéias era que, eventualmente, o Centro de Pesquisa, credenciado pela Secretaria de
 337 Vigilância Sanitária e, com CEP registrado na CONEP, enviaria a esta, em alguns casos, apenas o
 338 relatório da pesquisa. Ressaltou que, de acordo com a Resolução 196/96, deveriam vir para a aprovação
 339 pelo CNS, normas de credenciamento de centros de pesquisa, elaboradas pela SVS, porém, não houve
 340 tempo para que o Prof. **Carline** as encaminhasse. Conselheiro **Saad** informou já ter feito contato com a
 341 Dra. **Marta**, nova Secretária de Vigilância Sanitária, no sentido de que fosse firmado entrosamento
 342 daquela Secretaria com a CONEP. Teceu comentários sobre distorções, fruto da Resolução 1/88 já
 343 revogada, em que se confunde a análise ética de uma pesquisa, com outras situações pertinentes à
 344 SVS, havendo portanto, necessidade de disciplinar as responsabilidades de cada área. Conselheiro
 345 **Carlyle** concordou com o prazo de noventa dias (reunião de julho), para constituição da CONEP.
 346 Reforçou a colocação do Conselheiro **Saad** com relação ao assunto, lembrando que o CNS ao aprovar a
 347 Resolução 196/96, impôs uma série de restrições, entre elas, a de que este CNS não teria liberdade de
 348 apontar nomes livremente para a CONEP, mas, apenas a faculdade de elegê-los dentre os nomes
 349 propostos pelos CEP's, sendo portanto, necessário um número razoável de indicações. Solicitou que o
 350 GET/CONEP encaminhasse aos Conselheiros, antecipadamente à reunião de julho, os currículos
 351 resumido das pessoas indicadas. Conselheira **Neide** destacou que quando a Resolução 196/96 foi
 352 aprovada, ficou estabelecido que se não viessem nomes representativos dos usuários, o CNS teria a
 353 autoridade de nomeá-los. Conselheiro **Artur** sugeriu que o GET trabalhasse na garantia de que as
 354 indicações trouxessem nomes de usuários. **Dra. Corina** pediu permissão para ler parte do Cap. VIII.1
 355 da Resolução 196/96, onde citava que a CONEP poderia contar com consultores e membros ad hoc,
 356 assegurando a representação dos usuários, entendendo que, se não houvesse indicação dos mesmos,
 357 por parte dos CEP's, o CNS poderia assegurar tal representação. Conselheiro **Eurípedes** advertiu que a
 358 posição do Conselho não seria de garantir, mas de estimular a participação do usuário. Conselheira
 359 **Neide** fez a observação de que o usuário está sendo usado nos Conselhos para dar validade a ações de
 360 outras pessoas e para garantir os 50% estabelecido na legislação, porém, não existia respeito ao
 361 mesmo, sendo desgastante sempre que se requeria a sua participação. Conselheiro **Omilton** sinalizou a
 362 importância, da entidade em questão, na luta para entrar nas comissões. Conselheira **Ana Maria** propôs
 363 que fosse aprovado, já naquela reunião, a criação de um grupo para definir usuário e sua participação e
 364 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 **Omliton** 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 eminentíssimo 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: **“1º o projeto fere o princípio da**
 425 **autonomia da Universidade, devendo-se distinguir o exercício do magistério do exercício profissional; 2º**
 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**

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

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

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

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

733 planilhas dos planos de saúde e dos planos de auto-gestão das estatais, para subsidiar o CNS na
 734 discussão da regulamentação dos planos e seguros-saúde. Conselheira **Lucimar** disse que iria
 735 encaminhar todas as indagações e sugestões do Plenário ao Ministro e garantiu ao Conselheiro
 736 **Oswaldo** que o idoso não ficaria excluído das metas e ações prioritárias para a saúde. O Plenário
 737 aproveitou a oportunidade para aprovar os nomes dos Conselheiros que comporão a comissão que vai
 738 tratar com o Ministério da Educação a questão da atribuição do CNS de autorizar a abertura de novos
 739 cursos na área de saúde, acatando sugestão do Conselheiro **Eurípedes**. **ITEM 09 - QUESTÕES**
 740 **ORÇAMENTÁRIAS** - O Prof. **Elias Jorge** apresentou o Relatório da Reunião do dia 1º/04/97, da
 741 Comissão de Acompanhamento Orçamentário. **Presentes:** Professor Elias, Dr. Gilson Carvalho,
 742 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
 743 169 - Perspectivas/98; V - Relatório do TCU - Análise Preliminar; VI - Sugestões e encaminhamentos ao
 744 Plenário. **I - Informes - 1) Atividades** - Foram realizadas, dentre outras, as seguintes atividades,
 745 constantes do Plano de Trabalho para 1997: 1.1 - Participação no Encontro Estadual sobre
 746 Municipalização da Saúde na Bahia, Salvador-BA - 19 a 22/02/97. 1.2 - Reunião com Secretário de
 747 Estado da Saúde da Bahia sobre a PEC 169 em 22/02/97. 1.3 - Participação do V Fórum Nacional de
 748 Gerontologia em Fortaleza-CE - 03/03/97. 1.4 - Reunião com Presidente do CONASS, Armando Raggio
 749 sobre PEC 169, em 05/03/97. 1.5 - Reunião com Comitê Pró - PEC 169 em 05/03/97, Brasília-DF e em
 750 06/03/97, Rio de Janeiro-RJ. 1.6 - Reunião com Procuradoria sobre POPS em Brasília-DF em 11/03/97.
 751 1.7 - Participação na Oficina do CONASS, em Curitiba-PR de 12 a 14/03/97, Comunicação Coordenada
 752 sobre POPS e PEC 169. 1.8 - Reunião com Secretários Estaduais de Saúde e com o Presidente do
 753 CONASS, Rafael Guerra sobre PEC 169 em 14/03/97, Curitiba-PR. 1.9 - Reunião com Fórum Popular
 754 de Saúde do Paraná em Curitiba-PR, 13/03/97. 1.10 - Mini-curso de Introdução ao Acompanhamento do
 755 Processo Orçamentário para conselheiros Estaduais, Municipais, Parlamentares e Técnicos, em
 756 Florianópolis-SC, 18 a 21/03/97. 1.11 - Reunião na Federação de Aposentados e Pensionistas de Minas
 757 Gerais em Belo Horizonte-MG, 31/03/97. 1.12 - Coleta, Recepção e Análise Preliminar de Documentos.
 758 **I.2 - Documentos** Disponíveis para Consulta, Recebidos e/ou Analisados pela Comissão. 2.1 -
 759 Relatório do TCU sobre Recursos da Seguridade Social (45 páginas). 2.2 - Livro Branco da Previdência
 760 Social (versão simplificada - 73 páginas). 2.3 - "Agências Executivas - Estratégias de Reforma
 761 Administrativa..." (45 páginas). 2.4 - "Demonstrativo da Execução Orçamentária da Despesa" (SIVIDES
 762 - 28 páginas) Jan a Dez/96. 2.5 - "Demonstrativo de Transferências Negociadas a Estados e Municípios"
 763 - Jan a Dez/96 (21 páginas). 2.6 - Análise da Arrecadação das Receitas Federais - Dez/96 (13 páginas).
 764 2.7 - Resultado do Tesouro Nacional - Dez/96 (22 páginas). 2.8 - Portaria STN - Divulgação no DOU da
 765 Execução Orçamentária do Governo Federal - Jan a Dez/96 (48 páginas). 2.9 - Portaria STN nº 91 de
 766 07/03/97, divulgação no DOU da Execução Orçamentária do Governo Federal - Jan/97 (46 páginas).
 767 2.10 - Resultado do Tesouro Nacional - Jan/97 (19 páginas). 2.11 - Resultado do Tesouro Nacional -
 768 Fev/97 (19 páginas). 2.12 - Análise da Arrecadação de Receitas Federais - Jan/97 (14 páginas). 2.13 -
 769 Análise da Arrecadação das Receitas Federais - Fev/97 (14 páginas). 2.14 - Relatórios do SIVIRE -
 770 Jan/95 a Jan/97 (07 páginas). 2.15 - Relatório da SIVIRE - Jan./95 A Fev/97 (07 páginas). 2.16 -
 771 Proposta de Min-curso de Acompanhamento Orçamentário (2 páginas). 2.17 - Trabalho do Dr. Gilson
 772 Carvalho sobre a PEC 169 (08 páginas). 2.18 -Decreto nº 2.183 de 21/03/97 - Contingenciamento
 773 Orçamentário 97 (06 páginas). 2.19 - Análise dos Cortes Orçamentários 96 e Reflexos em 1997 -
 774 ASPLAN/FUNASA (08 páginas). 2.20 - Execução Orçamentária e Financeira-MS - março/97 (Aberto)
 775 Fluxo de Caixa até 31/03/97 e Análise do Contingenciamento Orçamentário (03 páginas). 2.21 -
 776 Proposta de Emenda à Constituição nº 175 de 1995 (Reforma Tributária 16 páginas). 2.22 - Matéria da
 777 Folha de São Paulo de 17/03/97 Conta de Juros supera Saúde e Educação (03 páginas). 2.23 - Ofício
 778 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
 780 Tesouro Nacional - dez/96, na Análise das Receitas Federais de dez/96, no SIVIRE de jan/94 a dez/96 e
 781 na Execução orçamentária e Financeira do MS em 31/12/96. 1 - Orçamento da União Executado em
 782 1996: 1.1 - Com Rolagem da Dívida - **299 Bilhões**; 1.2 - Sem Rolagem da Dívida - **181 Bilhões**; 1.3 -
 783 Despesa com Pessoal Civil e Militar, Ativos e Inativos - **41 Bilhões**; 1.4 - Juros Dívidas Interna e Externa
 784 - **19,5 Bilhões**; 1.5 - Amortização da Dívida Interna e Externa - **7,9 Bilhões**; 1.6 - Crescimento da Dívida
 785 - **30 Bilhões**; 1.7 - Ministério da Saúde - Geral - **14,3 Bilhões**; 1.8 - Ministério da Saúde - Custeio - **9,5**
 786 **Bilhões**; 1.9 - Receita Tributária - **54 Bilhões**; 1.10 - Receita de Contribuições - **79 Bilhões**; 1.11 - FEF
 787 - Arrecadação - **25,3 Bilhões**; 1.12 - FEF - Execução - **24,6 Bilhões**; 1.13 - FEF - Saldo - **0,7 Bilhões**.
 788 **2 - Observações:** 2.1 - Para cada centavo com o Custeio da Saúde foram gastos dois centavos com
 789 Juros e mais um centavo com Amortização da Dívida. 2.2 - Considerando uma taxa, internacionalmente
 790 aceita, de 6% Ao Ano (dobro do Crescimento da PIB-Brasil em 1996) os 19,5 Bilhões de Reais pagos
 791 como juros corresponderiam a uma Dívida de 325 Bilhões de Reais que **não existe**. Aprofundando-se a
 792 reflexão, a questão dos precatórios pode vir a ser uma mera operação de trombadinhas. Essa taxa
 793

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 Contigenciamento 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 inflacionaria, 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 Oraida/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 **Omilton, Zilda, Francisco Dellape, Newton, Mozart e Claudia** e esclarecimentos do **Prof. Elias** e do **Dr. Grilo** o relatório foi aprovado com as seguintes alterações: **1^a**) Acatar a Resolução sugerida, entretanto, transformando-a em duas ou três resoluções, cujas minutias ficaram a cargo do Conselheiro **Mozart** e do **Prof. Elias Jorge** elaborarem para apreciação posterior do plenário. **2^a**) Incluir na Comissão de Acompanhamento a Conselheira Stela Félix Machado Guillen Pedreira representante da Federação Nacional das Associações de Diabetes - FENAD. **3^a**) Que os contatos com o TCU e o Congresso Nacional sejam viabilizados através da Coordenação do CNS. **4^a**) 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

977 controlado pela oferta de serviços de saúde dos hospitais e ambulatórios especializados, que
 978 descentralizados, receberiam AIHs de acordo com o número de leitos e o controle seria feito através da
 979 demanda. Frizou que nesse processo, cada município receberia sua verba e teria um sistema de
 980 atendimento básico, (médico de família, posto de saúde, agentes comunitários ...), credenciaria os
 981 hospitais do próprio município e dos municípios vizinhos e, quando houvesse necessidade de
 982 encaminhamento fora do domicílio, o município de origem do paciente ressarciria, de acordo com as
 983 tabelas de procedimentos, o município que prestou atendimento. Explicou que, também, nesse sistema
 984 os pacientes deverão ser encaminhados somente aos hospitais credenciados que estiverem prestando
 985 um bom atendimento, logo o município receberia recursos de acordo com a população, exemplificando
 986 que, se houver um município vazio de leitos hospitalares e outro cheio, ambos receberão a mesma
 987 quantidade de recursos, a diferença é que o município vazio teria que comprar leitos no município cheio,
 988 estabelecendo-se assim um sistema de quase mercado que ajuda fazer o controle e torna mais eficiente
 989 o controle social. Finalizou dizendo: - *"Acho que, se somarmos a nossa proposta ao sistema de*
 990 *vinculação, teremos um caminho não só para salvar o SUS, o que é fundamental, mas também*
 991 *começaremos a dar aos brasileiros uma saúde um pouco melhor"*. Aberto o debate, o Conselheiro
 992 **Dellape** fez uso da palavra para uma consideração a respeito do termo *"publicizar"* não encontrado no
 993 dicionário disse que, quando utilizado, deveria ser explicitado o seu significado. Ministro **Bresser**, em
 994 resposta explicou que uma língua é mais ou menos desenvolvida pelo número de palavras que possui e
 995 que o termo *"publicizar"* foi inventado para elucidar o que se pretende com a nova proposta de
 996 Organizações Sociais, que não seria privatizar nem estatizar, o significado ficaria entre privatizar e
 997 estatizar, ou seja, tornar público não estatal. Conselheiro **Eurípedes**, em seguida, indagou qual seria a
 998 diferença entre o projeto das Organizações Sociais (publicização) e do PAS (privatização) e como se
 999 procederia à dedutibilidade de gastos com saúde na declaração do imposto de renda. Ministro **Bresser**
 1000 disse que a diferença estava na forma de propriedade, explicando que o PAS é uma cooperativa,
 1001 portanto, de propriedade privada, enquanto que as Organizações Sociais têm a propriedade pública não
 1002 estatal, têm um conselho, estão voltadas para o interesse comum e possuem mecanismos de controle
 1003 social. Citou como outra diferença existente o sistema de operação. O PAS é um sistema de seguro,
 1004 enquanto que as Organizações Sociais são entidades reconhecidas pelo Estado como sendo de grande
 1005 interesse e, portanto, são subsidiadas em troca de um contrato de gestão. Quanto à questão da
 1006 dedutibilidade, frisou ser assunto da área econômica. Conselheiro **Júlio Bierrenbach** fez intervenção no
 1007 sentido de que fosse esclarecido o princípio de complementariedade da iniciativa privada no setor saúde,
 1008 visto que não estaria perfeitamente delimitada a responsabilidade do Estado nesse setor. Ministro
 1009 **Bresser**, em atenção a essa questão, esclareceu, dizendo ser um ponto de vista seu e não do governo,
 1010 que há duas questões a respeito das seguradoras; a primeira, que deveria dar cobertura total a seus
 1011 associados e, em sendo assim o custo seria muito alto; a segunda, cobertura parcial e, nesse caso,
 1012 deveriam ter uma regulamentação clara relacionada com os procedimentos que não atenderiam,
 1013 tornando-os de conhecimento público e naquilo que se comprometessem a cobrir, necessitando o
 1014 associado de atendimento e procurando o SUS, este deveria ser resarcido de acordo com a tabela de
 1015 procedimentos. Conselheiro **Gilson** questionou qual seria a disposição do MARE em estender e
 1016 aprofundar o debate com o CNS, não apenas no momento, mas também no futuro. Ressaltou o fato da
 1017 NOB/96 ser considerada um avanço, porém, não contemplando tanto quanto foi dito e em relação o
 1018 financiamento, lembrou que a Lei 8.080 já abordava o sistema per capita como indicador epidemiológico
 1019 sanitário e que na verdade, o que nunca se conseguiu foi operacionalizar o Art. 35 e 36 dessa lei.
 1020 Quanto à reforma do Estado, manifestou-se preocupado com a tradicional incapacidade do Estado
 1021 brasileiro em regular as atividades do setor privado na área de saúde, tanto que a introdução desse
 1022 outro ente, a *"publicação"*, poderia representar abrir mão de entes públicos, que poderiam, por um
 1023 processo de aperfeiçoamento na legislação, ter a agilidade de que hoje se ressentem. Ministro **Bresser**
 1024 afirmou estar sempre aberto ao diálogo. Com relação a saber se haveria necessidade de um novo
 1025 modelo, ao invés de aperfeiçoar o já existente, reafirmou que sim. Explicando, disse que não havia
 1026 possibilidade de que fossem mantidos os hospitais estatais dentro do Estado, já que isso implicaria ter
 1027 servidores públicos recebendo salários integrais com pequena ou grande demanda e recebendo
 1028 aumento salarial sem que fosse considerada a disponibilidade orçamentária. Chamou a atenção para o
 1029 fato de não se poder fazer uma administração por resultado dando autonomia às instituições, entretanto,
 1030 com as Organizações Sociais seria diferente, elas teriam objetivos, receberiam orçamento delimitado,
 1031 teriam liberdade para estabelecerem salários, contratarem e demitirem funcionários não estáveis, se
 1032 necessário, e seriam controladas via Tribunal de Contas. Nelas, o Estado não iria interferir nem reporia
 1033 recursos. Como exemplo bem sucedido, citou o caso da Fundação Getúlio Vargas - FGV, que passou
 1034 por esse mesmo processo recentemente. Frisou que as Organizações Sociais, não necessariamente,
 1035 teriam que cobrar de terceiros. Lembrou que na Inglaterra, o National Health Service não cobra nada e é
 1036 uma organização social. Concluindo disse: *"o século XXI será, sem dúvida, o século das Organizações*
 1037 *Sociais, porque na área de saúde precisamos ter um sistema competitivo e descentralizado"*.

1038 Conselheiro **Piola** lembrou que o grande avanço no processo de descentralização só ocorreria quando
 1039 fosse mudada a forma de relacionamento entre a União, Estados e Municípios. Salientou que nos países
 1040 considerados desenvolvidos 70% dos gastos em saúde acontecem com recursos administrado pelo
 1041 estado e que as macropolíticas são funções essenciais do estado. No que se refere às Organizações
 1042 Sociais manifestou preocupação por temer que a proposta possa virar “uma centena de Sarahs” e que o
 1043 processo de publicização, recebendo recursos públicos e atendendo outros planos de saúde, venha
 1044 desenvolver um tratamento diferenciado, se não em termos de qualidade mas em termos de agilidade e
 1045 presteza, ou seja, os pacientes de convênios poderiam a ter prioridade no atendimento. Ministro **Bresser**
 1046 elogiando as boas idéias que estavam emergindo do encontro, assegurou que as propostas objetivavam
 1047 uma competição administrada. Um quase mercado. Exemplificou, se um hospital privado estiver
 1048 prestando melhor atendimento aos usuários do SUS que um hospital público, é claro, que o gerente do
 1049 sistema encaminhará a demanda para o hospital privado. Afirmou que as Pioneiras Sociais não se
 1050 encaixam na legislação das Organizações Sociais, não possuem contrato de gestão, não têm controle
 1051 social, não usam o SUS, só usam dinheiro do orçamento. São entidades públicas não estatais mas não
 1052 são Organizações Sociais. A propósito da discussão, disse que as entidades públicas não estatais
 1053 correm dois riscos: o risco da privatização e o de feudalização; nas Organizações Sociais seria evitado
 1054 tanto a privatização quanto à feudalização. Conselheiro **Carlyle** fez comentários sobre a reforma do
 1055 Estado. Chamou a atenção para a dificuldade em representar no modelo, por melhor que ele seja, a
 1056 extraordinária complexidade e incertezas das situações. Manifestou-se feliz em ouvir do Ministro
 1057 **Bresser** que “saúde é coisa pública e não deve ser privatizada” e que é favorável ao sistema de
 1058 vinculação. Disse que também entende que a saúde não deva sair da égide do poder público, para que
 1059 não fiquem subordinados os seus interesses aos interesses da atividade privada que, fundamentalmente, é a geração do lucro. Concordou com o Ministro de que o problema essencial de
 1060 organização e gestão de qualquer setor seja a criação de um sistema que assegure responsabilidade.
 1061 Enfatizou que o maior fator de ineficácia e ineficiência no setor saúde tem sido a falta de
 1062 responsabilidade. Citou que no Brasil de hoje, a mortalidade infantil é de 40 por mil nascidos vivos e as
 1063 crianças morrem por diarréia, infecção aguda respiratória... sem que ninguém seja responsável por isso.
 1064 Dessa forma, seria importante que fosse criado um sistema que assegurasse a responsabilidade não só
 1065 em termos de resultado, mas também em termos de cumprimento de processos. Em tese, manifestou-
 1066 se favorável as Organizações Sociais, desde que haja controle sobre o sistema. Sobre a matéria do “*The
 1067 Economist*”, disse, que a revista manifestou-se de forma bem materialista para evitar o crescimento não
 1068 controlado do gasto em saúde e sobre essa questão fez três observações: **1ª)** Não haveria contradição
 1069 entre o enfoque de planejar-se a oferta e o enfoque de subsidiar-se a demanda? O financiamento
 1070 através da captação, talvez fosse a mais eficaz de todas as formas de financiamento e de distribuição de
 1071 recursos, porém, não estaria independente da consideração da oferta. Por isso, deveriam ser criados
 1072 mecanismos que compatibilizassem esses dois enfoques. **2ª)** Não existiria contradição, também, entre o
 1073 princípio básico da descentralização através dos municípios com a idéia essencial de assegurar algo
 1074 absolutamente indispensável que é a complementariedade entre os níveis de atenção? **3ª)** Para um
 1075 sistema de saúde, no qual se está formando um consenso universal, existe apenas dois objetivos finais
 1076 indiscutíveis: eficácia, sobretudo na dimensão social e satisfação, o que vem de encontro com o fato de
 1077 o sistema de saúde estar orientado já não mais para o paciente, mas para o cidadão-cliente. Agregados
 1078 a esses, estão outros objetivos como equidade, universalidade. O sistema de saúde exige um
 1079 tratamento particular. Entre as diversas formas de organização e de gestão a nossa disposição, a que se
 1080 pretende implantar, depende fundamentalmente, da liderança e da responsabilidade de quem for
 1081 desenvolver as ações. Nesse sentido, quis saber o que se está fazendo para melhorar esse quadro.
 1082 Fazendo alusão a visão filosófica sobre o século XXI, disse que, certamente, não iríamos montar o
 1083 estado liberal do século passado, porém, o liberalismo do presente estaria passando. Finalizou dizendo
 1084 que os erros de condução em saúde significam um prejuízo, um desperdício, mas comparados com os
 1085 erros e desperdícios da condução econômica não representam nada; os economistas cometem erros,
 1086 repetem erros e continuam sendo senhores da “*nacionalidade*”, da sapiência, não só da área econômica
 1087 como de todas as demais áreas e isso dá medo. Conselheira **Clair Castilhos**, em prosseguimento à
 1088 sessão, solicitou esclarecimento no sentido de saber como ficaria o funcionamento do SUS, se nele há
 1089 carência de recursos humanos e o servidor público é considerado corporativista, autor do déficit público,
 1090 o verdadeiro vilão do país. Conselheiro **Omilton** iniciou seu pronunciamento dizendo que o MARE
 1091 deveria estar representado no CNS. Falou também da insatisfação do empresariado com a forma como
 1092 é empregado no setor público o dinheiro arrecadado. Questionou se a CPMF está sendo arrecadada
 1093 acima das previsões, por que o MS recebeu, neste semestre, 400 milhões de dólares a menos? Dentro
 1094 das idéias apresentadas, quis saber se o Ministro **Bresser** teria alguma proposta para que se pudesse
 1095 ter uma verba suficientemente razoável para uma assistência digna à população. Ou seja, como se
 1096 poderia dobrar os 300 dólares per capita por ano aplicado em saúde no nosso país, o que ainda seria
 1097 pouco perto dos 1.300 dólares aplicados pela Inglaterra, país tomado como referência. Conselheira
 1098

1099 **Stela Pedreira** considerou estar vendo no plano apresentado uma versão muito deficiente em termos de
 1100 eficiência e eficácia. No caso das Organizações Sociais gostaria de saber como se faria o repasse dos
 1101 recursos humanos e materiais para um grupo privado e qual seria o controle das ações relacionadas
 1102 com a eficiência, já que a preocupação do usuário é que os programas implantados sejam eficientes e
 1103 eficazes. Ministro **Bresser**, em resposta aos questionamentos, afirmou que a responsabilidade é fator
 1104 preponderante por parte dos dirigentes das organizações em relação à sociedade com os recursos
 1105 públicos e em relação a própria organização. Colocou que a nova proposta na área de saúde sugere que
 1106 seja subsidiada a oferta através das ações sociais controlando e financiando o lado da demanda da
 1107 municipalização pelos mecanismos do SUS. Destacou que para que o modelo venha funcionar é
 1108 fundamental que tenha um só núcleo estratégico, além de um estado forte capaz de dirigir as políticas e
 1109 ter competência administrativa para implementá-la. Isto é, administradores públicos altamente
 1110 competentes e bem pagos para controlarem os contratos de gestão. Em referência as servidores
 1111 públicos, assegurou que a reforma administrativa não pode ser identificada como contrária aos seus
 1112 interesses. Posicionou-se contra a administração pública burocrática e a favor da administração pública
 1113 gerencial. Relatou ter sido feita uma pesquisa recentemente sobre a reforma administrativa junto à
 1114 opinião pública e o resultado foi de 66% a favor, 25% contra e 9% indecisos. Afirmando que isso mostra
 1115 que a reforma está sendo feita atendendo à necessidade social e sem desvalorizar o servidor público.
 1116 Na questão do aumento do gasto per capita com saúde no Brasil, apontou como saída o processo de
 1117 vinculação, do tipo da que foi feita na área educacional. Afirmou, também, que o Plano Diretor procura
 1118 criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais voltadas
 1119 prioritariamente para o cidadão-usuário. No projeto das Organizações Sociais, afirmou, a idéia e dar
 1120 força ao usuário e, por conseguinte, fortalecer e respeitar o processo de cidadania. Chamou a atenção
 1121 para o fato de a cidadania ser formada de duas maneiras: uma é dando direitos formais, a outra, na
 1122 prática do exercício da cidadania na defesa dos direitos a nível local. Citou haver nesse projeto uma
 1123 maior participação social através de seus conselhos de administração recrutados ao nível de
 1124 comunidade à qual a organização serve. Conselheiro **Newton**, fazendo reparo no que o Ministro
 1125 **Bresser** falou em relação ao índice de ocupação dos hospitais públicos, disse que os hospitais
 1126 universitários estão com índice de ocupação acima do recomendado, em torno de 110 a 115%,
 1127 ressaltando que nessa categoria, há 46 hospitais que não querem deixar de serem públicos e nem
 1128 deixar de serem academias. Concluiu dizendo que o projeto das Organizações Sociais pode ser um
 1129 caminho para resolver os problemas relacionados com a assistência à saúde no nosso país. Conselheiro
 1130 **Sabino** interveio no sentido de saber por que não havia uma defesa clara das fontes permanentes do
 1131 financiamento para o setor saúde. Conselheira **Elizabeth** reafirmou que a CUT defende o SUS, tal como
 1132 está contido na Lei Orgânica de Saúde. Lembrou que quando se fala em Organizações Sociais, o
 1133 sistema deixa de ser único, articulado e estatal. Também referiu-se à diferença entre a assistência
 1134 básica e o atendimento integral, dizendo ser um dos princípios básicos do SUS, o atendimento integral
 1135 da população. A propósito, denunciou o caso do hospital de Caxias do Sul/RS que o governo estaria
 1136 propondo repassá-lo à Universidade mesmo que o CMS e o CES tenham se pronunciado favoráveis à
 1137 gestão estatal. Também, indagou *“Por que construir outras alternativas se o SUS, quando gerenciado
 1138 dentro da proposta da reforma sanitária, tem dado certo”?* Pediu que não fosse tomada nenhuma
 1139 decisão com relação às reformas que digam respeito à saúde sem antes as mesmas serem discutidas
 1140 no CNS. Afinal, isso também seria controle social. Por fim, falou que a CUT entende que deva haver
 1141 mudanças no serviço público, porém, voltadas para o término do clientelismo político. Conselheiro
 1142 **Oswaldo** quis saber se a área da saúde deveria permanecer com o Estado ou passar para o campo
 1143 vulnerável da economia mista. Observou que os problemas do Estado não são próprios da arrecadação,
 1144 mas dos desvios de recursos e abordou a redução do teto e a complementação de aposentadoria
 1145 pública. Conselheira **Zilda** em sua manifestação, concordou com a idéia das Organizações Sociais
 1146 desde que os administradores públicos que deverão gerenciar o projeto tenham o preparo necessário.
 1147 Também chamou a atenção para a importância de indicadores de acompanhamento e avaliação do
 1148 processo, além da garantia da necessidade do mesmo ser informatizado. Conselheiro **Komora** iniciou
 1149 sua participação dizendo que: *“o responsável pelo núcleo estratégico de políticas públicas nos conclama
 1150 a pensar na empresa social como política pública e na construção de um estado que incorpore o controle
 1151 social às energias construtivas, os recursos e experiências da comunidade”*. Citou que o espírito das
 1152 Santas Casas se ombreia nessas proposições e as apontou como exemplos claros de Organizações
 1153 Sociais. Falou também do descaso do Governo com relação à correção das tabelas de procedimentos e
 1154 a impondualidade dos pagamentos, que deixam para trás um passivo de 25% do valor do pagamento,
 1155 comprometendo dessa forma a margem de segurança das Santas Casas. Afirmou que o Estado, quando
 1156 delega à sociedade o dever de controlar ele próprio, quando começa a contar com instrumento de
 1157 controle de eficiência, eficácia e controle social, não pode abrir mão de sua própria obrigação de
 1158 controlar. Em sendo assim, entende que as empresas sociais devam prestar contas e passar por um
 1159 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 Yokota** 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

1221 regionalização e a hierarquia, o que levou a uma implantação equivocada, tendo sido criadas
 1222 gerenciadoras em número de 14, escolhidas por critérios políticos de fidelidade e que geraram uma
 1223 cascata de problemas. Citou duas cooperativas, a Cooperpas, dos profissionais de nível médico-
 1224 superior, e a Coopermed, dos profissionais de nível médio, cujos dirigentes foram escolhidos de forma
 1225 aleatória e não equilibrada, e 3000 médicos ou 25000 pessoas que não aderiram ao processo. Citou
 1226 ainda que no módulo inicial de Pirituba, com a resistência dos médicos, não havia pessoal para
 1227 trabalhar, tendo então sido contratados os profissionais disponíveis no mercado, recém formados e sem
 1228 residência, portanto com capacitação precária. Resultado disto, no primeiro mês triplicou a mortalidade
 1229 na região, até medicamentos de uso tópico teriam sido receitados por via oral. Ressaltou que tal fato não
 1230 seria culpa dos médicos mas do aparelho formador e contratador. Disse ainda acreditar que hoje não
 1231 existam cooperados, falha de denominação, pois os médicos são assalariados que em tese não têm
 1232 garantias trabalhistas. Acrescentou ainda não haver órgão controlador do sistema, pois o PAS não
 1233 reconhece o Conselho Municipal de Saúde, reconhecendo a dificuldade do Secretário de controlar o
 1234 nepotismo e o superfaturamento, o que demonstraria que as entidades não podem funcionar sem
 1235 controle social. Afirmou que a repercussão sobre o atendimento não foi favorável, com serviços
 1236 parcialmente desativados na periferia, sobrecarregando as unidades; não houve alívio na demanda de
 1237 atendimento básico primário e ambulatorial e nem hospitalar, pois o PAS apresenta resolutividade muito
 1238 baixa, própria do sistema de cooperativa que quanto menos gasta mais lucro tem, levando a número alto
 1239 de atendimentos com baixa resolutividade. O número elevado de atendimentos em Pronto Socorro seria
 1240 indicador de mau atendimento na rede básica e ausência de programas de saúde. Citou finalmente a
 1241 Ação de Inconstitucionalidade e a liminar do desembargador em cinco bem redigidas laudas que
 1242 demonstram, um ano depois, uma certavidência, pois apontava para determinados problemas que
 1243 realmente ocorreram, inclusive o fato de que todos os funcionários - e não cooperados - poderiam entrar
 1244 com causas trabalhistas. Esta liminar foi cassada posteriormente, mas espera que seja julgada no mérito
 1245 para declaração definitiva de inconstitucionalidade. O Secretário **Massato** pediu para comentar as
 1246 declarações do **Dr. Pedro Paulo Monteleone**, dizendo que tranqüilizara-se por serem comentários
 1247 sobre a fase de implantação. Acrescentou que o Secretário de Saúde de São Paulo havia escolhido
 1248 homens certos em momentos certos e hoje, como administrador, está trabalhando para solucionar
 1249 alguns problemas da fase de implantação. A presidência da mesa pediu então que os comentários
 1250 fossem feitos a partir das perguntas dos Conselheiros, abrindo então as discussões. A Conselheira **Zilda**
 1251 perguntou quem ganha o dinheiro que sobra do que a prefeitura repassa às cooperativas. Ressaltou que
 1252 apesar da importância da prefeitura de São Paulo no país, a Secretaria de Saúde não constituiu o
 1253 Conselho Municipal de Saúde, perguntando ainda sobre a aplicação da NOB 96 que descentraliza a
 1254 gestão e que em sua modalidade de gestão plena exige a criação do Fundo de Saúde, do Sistema de
 1255 Auditoria e do Plano de Saúde do Município, dizendo ser interessante a criatividade para solucionar
 1256 problemas mas que oteria que ser seguida a lei, no caso, a proposta do SUS. Solicitou a manifestação
 1257 do Senhor Secretário quanto a esses pontos. A Conselheira **Elisabeth** acrescentou se quer construir um
 1258 sistema de saúde que se chama SUS, citando que se o Município de São Paulo investe 20 % dos
 1259 recursos em saúde, porque não faze-lo dentro do SUS, pois já se tem exemplos que o SUS pode ser
 1260 bem sucedido com gestores comprometidos. Falou ainda da necessidade de apresentação de dados
 1261 qualitativos e quantitativos para demonstrar a resolutividade do sistema, questionando sobre a qualidade
 1262 dos serviços com o pagamento por produção e sobre como ficaram os servidores que não aderiram ao
 1263 PAS. O Conselheiro **Gilson** lamentou a falta de tempo para um debate mais amplo e valorizou a
 1264 presença do Senhor Secretário, ressaltando que os anteriores não vieram quando foram convidados.
 1265 Acrescentou que o modelo terceiriza a porta de entrada do sistema e questionou sobre como assegurar
 1266 a integralidade das ações e como fazer funcionar a referência e contra referência, como assegurar um
 1267 bom acúmulo de experiência profissional e a estabilidade da relação do profissional com a população,
 1268 sobre como foi feita a adscrição, sobre como foram feitos os indicadores de acompanhamento e
 1269 finalmente como o Senhor Secretário via o sistema de responsabilidade compartilhada. O Conselheiro
 1270 **Bierrembach** comentou que não conseguiu identificar se o sistema do PAS seria público, privado ou
 1271 público não estatal, e perguntou quem perderia o que falta ao atendimento do PAS. O Senhor Secretário
 1272 começou pela questão de ganhar ou perder, dizendo que num sistema cooperativo não se ganha salário,
 1273 o que se ganha são as sobras distribuídas aos cooperados, no caso, os profissionais de saúde. Nos
 1274 cálculos introduziu-se um valor de tal forma que uma boa gestão faria com que sobrasse mais. Constituiu-
 1275 se efetivamente uma cooperativa - o que acontece é uma antecipação dos recursos - que se for bem
 1276 gerida sobra. Acrescentou que o Conselho Municipal de Saúde se auto-regulamentou no sentido de se
 1277 tornar independente do poder público, havendo um Projeto de Lei na Câmara de São Paulo em perfeita
 1278 consonância com a legislação. Com relação à NOB 96 disse que têm pleno conhecimento, ressaltando a
 1279 responsabilidade dos três níveis de gestão no município de São Paulo, informando que o governo
 1280 federal já não dá a sua parcela e que o governo estadual, tão logo puder, quer repassar ao município as
 1281 311 unidades e seus 35000 servidores. Colocou ainda já ter sido acertado com o Estado que a

1282 responsabilidade no Município será compartilhada, mas que isto não é aceito na NOB - portanto estão
 1283 propondo uma terceira alternativa de gestão à NOB. Quanto aos servidores não optantes ao PAS, a
 1284 Secretaria de Saúde falou em contratar novo quadro, foi colocada a possibilidade de prestação de
 1285 serviços por esse pessoal, com pagamento inicial pelo município. O planejamento conjunto entre Estado
 1286 e Município já está ocorrendo, como por exemplo na Maternidade Vila Nova Cachoeirinha. Acrescentou
 1287 que não falam em terceirização mas em responsabilização compartilhada, pois haverá prestação de
 1288 contas devidamente fiscalizada. Disse ainda que diante das denúncias estão prestando as informações,
 1289 com sistema de apuração rigorosa com glossa de todos os dispêndios acima do normal. A respeito da
 1290 integralidade informou do planejamento conjunto com a Secretaria do Estado, com profissionais de alto
 1291 gabarito para coordenar as ações e programas a serem desenvolvidos. Acrescentou ainda que quem
 1292 pagaria o dinheiro que faltasse seria o profissional cooperado, que deverá controlar a diretoria
 1293 administrativa da cooperativa, pois o sistema só funcionaria com esse controle do cooperado,
 1294 esclarecendo sobre a legislação de cooperativas, onde o cooperado leva para casa o resultado positivo
 1295 do trabalho, e havendo perda não leva. O Conselheiro **Omilton** referiu-se a que em janeiro de 96 uma
 1296 comissão do Conselho Nacional de Saúde esteve em contato com o **Dr. Paulo Maluf**, quando foi
 1297 acordada a presença do Secretário aqui, o que depois não ocorreu. Outra questão discutida foi a
 1298 ilegitimidade do Conselho Municipal de Saúde - no ano passado o Senhor Prefeito tinha maioria na
 1299 Câmara e poderia ter aprovado um projeto para o Conselho Municipal. Ressaltou ser a situação hoje
 1300 semelhante e, aliada à proposta do Senhor Ministro de reforço aos Conselhos, perguntou porque não
 1301 adequa-lo politicamente e legitima-lo e, portanto dar a ele o controle necessário do PAS. A Conselheira
 1302 **Stela** disse acompanhar o PAS desde a sua implantação, que foi feita de maneira prepotente, enfiado
 1303 garganta abaixo, também não se tendo conseguido interlocução com os dois secretários anteriores.
 1304 Acrescentou que hoje se percebe um novo momento, inclusive com esforço de negociação e articulação
 1305 com o governo estadual e federal. Perguntou então se hoje o PAS é viável. O Conselheiro **Sabino**
 1306 perguntou ainda porque o Município de São Paulo não adotou o SUS, não comungou com a linha de
 1307 defesa do SUS, notando-se prepotência e desrespeito à Lei Orgânica da Saúde e à NOB, principalmente
 1308 quanto ao controle social. Portanto questiona de que forma se dá o controle social no PAS. O Senhor
 1309 Secretário de Saúde mencionou que foi solicitado o andamento do PL do Conselho Municipal na Câmara
 1310 de Vereadores, mas que o mesmo está sendo retardado por militante do Partido dos Trabalhadores. Ao
 1311 Conselheiro **Sabino** respondeu que não está contra o SUS e que o objetivo seria a integração do seu
 1312 sistema de gestão com o SUS, inclusive sugerindo nova modalidade para a NOB. À Conselheira **Stela**
 1313 respondeu dizendo da grande preocupação quanto à população atendida e que no entendimento deles,
 1314 num sistema articulado entre município e estado, a responsabilidade não seria totalmente do setor
 1315 público, mas tem-se que contar com o sistema privado e benficiante. Quanto à gestão Plena no
 1316 Município de São Paulo referiu não quererem pois sabem que o governo estadual vai deixar de gerir o
 1317 atendimento básico e chegará a não investir também nos hospitais. Reforçou que necessitam de uma
 1318 gestão compartilhada com município, estado e nível federal, pois há grande demanda de todo o Brasil
 1319 para São Paulo, sendo que o atendimento do município cresceu e o atendimento do estado e de outros
 1320 sistemas diminuiu. O Conselheiro **Gilson** sugeriu que se oficiasse ao Secretário de Assistência à
 1321 Saúde/MS, sobre este sistema compartilhado de gestão, para discussão na tripartite da gestão plena
 1322 compartilhada. **2) ORGANIZAÇÕES SOCIAIS** - Apresentação: **Dra. Ângela Santana**, Secretária da
 1323 Reforma do Estado-MARE; **Dr. Paulo Modesto**, Assessor do Ministro do MARE; e **Dra. Nina Beatriz**
 1324 **Stocco Ranieri**, especialista em Direito Administrativo/SP - **Dra. Ângela** agradeceu o convite, dizendo
 1325 que ao MARE interessava muito um contato com o CNS para uma discussão mais aprofundada sobre as
 1326 propostas do MARE na área da saúde. Disse que aquele era o início de uma parceria mais efetiva na
 1327 discussão das propostas de reforma do Estado em relação ao setor saúde. Historiou o processo de
 1328 formulação da proposta das Organizações Sociais, que teve início no dia 2 de janeiro de 96. Informou
 1329 que a equipe do MARE discutiu durante um ano a proposta de modelo das Organizações Sociais,
 1330 envolvendo o Governo e vários segmentos sociais. *"Foi uma proposta muito discutida. Não é uma*
 1331 *proposta acabada, diante da necessidade de sua adequação a diferentes entidades da administração*
 1332 *pública"*. Disse mais que a proposta vinha sendo alterada para inserir aspectos de outras experiências.
 1333 Ressaltou que o gestor público sabia das dificuldades de orçamento que a administração pública estava
 1334 submetida. Acrescentou que atualmente era praticamente impossível gerir qualquer instituição. Falou
 1335 das restrições impostas pela Lei 8.666 que regulamenta as licitações na área pública. Afirmou que essa
 1336 Lei inviabilizava qualquer tentativa de agilizar a gestão no setor público, especialmente na área médico-
 1337 hospitalar que necessitava de agilidade na aquisição dos insumos indispensáveis ao atendimento da
 1338 população. Salientou que a gestão pública estava engessada pelas restrições contidas na Lei. *"Quando*
 1339 *o Ministro Bresser Pereira colocou a proposta das Organizações Sociais, vislumbramos a possibilidade*
 1340 *de mudar esse quadro, tornando mais ágil a administração pública"*. Disse que o MARE contou com a
 1341 consultoria dos juristas Paulo Modesto e Antônio Augusto Anastasia, que deram a conformação jurídica
 1342 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 proposta 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 distingua entre instituições sem fins lucrativos de atendimento comunitário das que atendiam apenas aos seus associados ou que atendiam somente clientelas

1404 específicas. “Também o marco regulatório delas, pelo regime de relação que mantêm com o Estado, é
 1405 bastante limitado”. Salientou que a idéia que estava na base das Organizações Sociais era exatamente a
 1406 de instituições de fins públicos, de utilidade pública, porém qualificadas por maiores vantagens e maiores
 1407 controles. Ressaltou, ainda, que se queria dar a essas instituições privadas de utilidade pública um
 1408 regime especial para, se elas adotarem um paradigma de composição orgânica, de organização interna
 1409 e também estatutária, perceberem maiores subsídios, com intensa participação do Estado. “Na
 1410 realidade, trata-se de um processo de parceria ou de participação popular na gestão administrativa. É o
 1411 Estado perceber que várias instituições privadas realizam atividades na sociedade e que se elas não
 1412 realizarem o Estado terá que realizar. E o Estado perceber, também, que pode fomentá-las, estimulá-las
 1413 fortemente. Isso pode ser muito mais eficaz do ponto de vista social e economicamente satisfatório do
 1414 que dentro de marcos de um padrão estatal próprio ou tradicional”. Frisou que as Organizações Sociais
 1415 não eram entes de administração indireta criados pelo Estado através de lei. “Não se aprova uma lei
 1416 para criar uma Organização Social”. Acrescentou que as Organizações Sociais não gozariam de
 1417 nenhuma prerrogativa que um órgão público gozava, fosse do ponto de vista processual, fosse do ponto
 1418 de vista de prerrogativa de direito público especial. Explicou que a condição jurídica da Organização
 1419 Social era de um ente privado constituído por particulares, porém dentro de um modelo pactuado entre o
 1420 Estado e a sociedade civil, para a realização de atividades sociais com recursos públicos. Explicou,
 1421 ainda, que a entidade se apresentava como associação ou fundação privada e era qualificada ou
 1422 reconhecida pelo Estado como Organização Social, como se reconhecia no passado entidade de
 1423 utilidade pública. Acrescentou que para ser qualificada como Organização Social, a entidade tinha que
 1424 apresentar um conselho de administração que não fosse fechado, mas que tivesse tanto componentes
 1425 da sociedade civil como também representantes do Estado como membros natos. Outra exigência seria
 1426 a entidade ter com o Estado uma relação de direito público na figura do contrato de gestão. Garantiu que
 1427 o Governo não estava, com a proposta das Organizações Sociais, admitindo qualquer tipo de
 1428 privatização, na medida em que não permitiria que essas instituições tivessem qualquer finalidade
 1429 lucrativa, nem pudesse gerar “vantagens feudais e estruturas de feudalização”. Acrescentou que o
 1430 Estado teria poderes para desqualificar a instituição que não observasse o estabelecido no contrato de
 1431 gestão. Disse que, do ponto de vista jurídico, a atividade privada era livre nas áreas sociais, não
 1432 havendo necessidade de concessão do Estado. Acrescentou que as Organizações Sociais trabalhariam
 1433 no SUS através de convênios, não teriam fins lucrativos, não teriam nenhuma contraposição de
 1434 interesse; a finalidade seria pública. **Dra. Nina**, procuradora jurídica da Universidade de São Paulo, disse
 1435 que não era contra reformas e nem apegada a modelos únicos. Acrescentou que lutava na USP contra
 1436 as amarras administrativas. Mostrou-se favorável à proposta das Organizações Sociais, tendo em vista a
 1437 necessidade de colaboração do Estado e a necessidade de flexibilização na administração da atividade.
 1438 Fez, no entanto, reparos dentro da ordem legal vigente. Ressaltou que as críticas que tinha em relação à
 1439 proposta governamental não possuíam conteúdo ideológico, mas estavam baseadas estritamente na
 1440 ordem constitucional vigente. “Mesmo sendo inteiramente a favor de uma flexibilização na área de
 1441 administração de atividades públicas - e que como são atividades que não se enquadram no regime
 1442 próprio de mercado, eu propugno igualmente por uma flexibilização desse regime - não acredito na
 1443 forma como vem sendo exposto o modelo das Organizações Sociais, segundo o qual elas ficam de fora
 1444 do regime de direito público imposto pela Constituição Federal”. Explicou que sua posição tinha por
 1445 razão o fato de que tanto a saúde como a educação eram deveres do Estado. “A iniciativa privada é livre
 1446 para prestar esses serviços, mas isso não retira dessas atividades o qualificativo de atividades públicas;
 1447 atividades que a nação considera essenciais para seu desenvolvimento. Essas atividades prestadas
 1448 propiciam o desenvolvimento nacional em última análise”. Prosseguiu afirmando que acreditava que a
 1449 elaboração do modelo de Organizações Sociais era uma tarefa extremamente difícil, para se atingir a
 1450 finalidade de não submetê-las ao regime de direito público da Constituição e, portanto, liberá-las de
 1451 amarras que, preferencialmente, não deveriam existir. Explicou que isso se devia basicamente por conta
 1452 da finalidade pública da instituição e pelo fato de a instituição gerir recursos públicos. “Inclusive, para
 1453 mim não fica claro se essa dotação será inteiramente pública ou se haverá aporte de recursos privados,
 1454 de que forma se separariam os recursos públicos dos privados, pois dinheiro não tem marca, e de que
 1455 maneira se faria a prestação de contas do dinheiro público e do privado. Essas são questões a serem
 1456 pensadas na formulação desse modelo”. Afirmou que como o serviço de saúde era uma atividade de
 1457 Estado, tanto quanto o serviço de educação, não via como as Organizações Sociais poderiam vir a
 1458 cobrar pela prestação de seus serviços na forma da atual Constituição. “De que maneira seria feita essa
 1459 cobrança; de que maneira esses serviços seriam subsidiados pelo poder público?”. Disse que não
 1460 importavam os rótulos e sim a natureza jurídica da instituição. “Se ela atua na prestação de um serviço
 1461 público, recebe dinheiro público, embora se queira dizer que ela é uma entidade de direito privado, a
 1462 finalidade de utilidade pública mencionada pelo **Dr. Paulo** derroga o direito privado que inicialmente a
 1463 informava. Essa é uma questão jurídica, porque o interesse público prevalece sobre o interesse privado”.
 1464 Afirmou que, do ponto de vista estritamente técnico-jurídico, o modelo das Organizações Sociais

1465 precisava ser extremamente elaborado, para que os seus formuladores não viessem a ser acusados de
 1466 inconstitucionalidades. Prossseguiu dizendo que a Constituição vinculava as fundações de direito privado
 1467 que exerciam atividades de interesse público às mesmas regras do direito público. Afirmou que não via
 1468 no projeto das Organizações Sociais qual seria a distinção que poderia ser feita do ponto de vista
 1469 técnico. “A Constituição menciona, várias vezes, as fundações de direito privado submetendo-as ao
 1470 regime de direito público”, reafirmou. Ressaltou que, dentro dos marcos legais estabelecidos pela
 1471 Constituição, a proposta das Organizações Sociais se deparava com um obstáculo difícil de ser
 1472 ultrapassado. Traçou um cenário no qual a USP passaria a ser uma Organização Social com um
 1473 contrato de gestão que traria metas fixadas, tais como redução da evasão escolar, aumento do número
 1474 de mestrandos, teses e dissertações. Em seguida, indagou se seria possível reduzir evasão por meio de
 1475 um contrato de gestão, ou seja, fixar uma meta que não dependia essencialmente da instituição
 1476 controlar os componentes que evitariam esse resultado negativo, e como ficaria essa Organização
 1477 Social - ela deixaria de receber a dotação orçamentária ao não cumprir essa meta?. Afirmou que o
 1478 modelo das Organizações Sociais apresentava muitas imperfeições e que a sua preocupação enquanto
 1479 jurista era que o Governo não viesse a desmontar o que estava funcionando com competência na ânsia
 1480 de querer introduzir elementos gerenciais em atividades que, pela sua natureza, por terem finalidade
 1481 pública, nem sempre se situariam dentro da área de mercado de capital e mercado de trabalho, para os
 1482 quais a atividade gerencial é ideal. Destacou outro ponto que suscitava dúvidas: no caso de uma
 1483 fundação de direito privado ser transformada em Organização Social como ficaria a Curadoria do
 1484 Ministério Público. “As fundações são criadas mediante a dotação de um patrimônio, o qual está afeto à
 1485 concepção de um fim, e o Ministério Público, por imposição da lei civil, fiscaliza a execução desse fim.
 1486 No caso das Organizações Sociais como ficaria a tutela da Curadoria das fundações? Ela fica
 1487 suprimida?”. Referiu a outras dúvidas relativas a parâmetros de prazos de vigência dos contratos de
 1488 gestão; a possibilidades de renovação desses contratos e em que condições; a quais seriam as
 1489 consequências em matéria de pessoal, principalmente as de regime previdenciário e especialmente nas
 1490 hipóteses de extinção do prazo do contrato ou de desqualificação da instituição como Organização
 1491 Social. Disse que outra preocupação referia à fonte dos recursos, que não estava indicada. Indagou se
 1492 caso essa dotação fosse incluída no orçamento da União, qual seria a fonte. Acrescentou que não ficava
 1493 clara, ainda, qual seria a vantagem de uma entidade de direito privado se tornar uma Organização
 1494 Social. Acrescentou que via vantagem para a administração pública, caso se viesse a conseguir
 1495 flexibilizar o regime em função da atividade. Finalizou afirmando que tinha mais dúvidas do que certezas
 1496 em relação à proposta das Organizações Sociais e solicitou esclarecimentos sobre como compatibilizar
 1497 a proposta com o sistema jurídico-constitucional vigente no país. Conselheiro **Gílson** referiu à fala do **Dr.**
 1498 **Paulo** quanto à questão ideológica da discussão em torno da proposta das Organizações Sociais. Disse
 1499 que não via na proposta nada que pudesse apontar para más intenções, e que o seu conteúdo delineava
 1500 uma entidade que tinha seriedade em seu processo de gestão. “No entanto, eu me pergunto se não é
 1501 uma concepção de Estado que leva o Governo a um empreendimento de reforma de Estado que não
 1502 seja aquele de melhorar as leis que regem o Estado, para nos dar condições, enquanto gestores da
 1503 coisa pública, de gerí-lo melhor. Mas sim investe politicamente em criar organizações, que não são
 1504 estatais, e impossibilitar que entes públicos estatais se tornem entes públicos não-estatais. Então, está
 1505 em discussão uma concepção de Estado. O Ministro **Bresser** deixou isso claro quando colocou que no
 1506 século XXI o que vai vigorar serão as organizações não-governamentais. Quando olho esse esforço, a
 1507 mim frusta, como gestor municipal há nove anos de um município que é a segunda capacidade instalada
 1508 do Estado, e que está procurando ser criativo no processo de gestão, de que o passo que vai garantir
 1509 que um hospital seja melhor terá que ser o passo de desvinculá-lo da gestão pública, porque eu vou
 1510 continuar, enquanto gestor público municipal, a lidar com uma legislação que me cria sérias dificuldades
 1511 em determinadas soluções que preciso adotar. A discussão acaba ficando ideológica por isso, pois o
 1512 pano de fundo é a discussão em torno da concepção de Estado”. Disse que o preocupavam a relação
 1513 tutela do Estado X Organização Social autônoma, principalmente no sistema de saúde, e a capacidade
 1514 de o gestor regular esse novo ente no sentido de que viesse, de fato, a cumprir o papel que estaria
 1515 definido a ele de acordo com a realidade sanitária do município. Lamentou que o esforço despreendido
 1516 na formulação da proposta das Organizações Sociais não estivesse direcionado para a melhoria da
 1517 legislação pública. Disse que, enquanto gestor municipal, estava fadado a ficar com o que era ruim em
 1518 termos legais, enquanto que o Governo buscava facilidades que a longo prazo poderiam levar a uma
 1519 perda séria do controle dos princípios fundamentais do Estado com relação aos seus deveres para com
 1520 a área da saúde. Conselheiro **Eurípedes** mostrou-se preocupado com as intenções do Governo, na
 1521 medida em que a proposta colocada lhe dava a impressão de que ela estava dirigida a um outro país e
 1522 não ao Brasil, “porque os vários parâmetros que existem de Organizações Sociais e as várias
 1523 experiências nesse campo não autorizam a afirmação de que elas são mais eficientes no que diz
 1524 respeito, por exemplo, ao aumento do controle social”. Disse temer que as Organizações Sociais
 1525 viessem, ao contrário, possibilitar o agravamento dos aspectos negativos do sistema de saúde, como

1526 manipulação dos recursos e seleção de clientela, entre outros. Disse, ainda, que, apesar das amarras, o
 1527 sistema do serviço público tinha suas regras definidas de acordo com a tradição do direito administrativo
 1528 brasileiro, e que as Organizações Sociais poderiam levar o sistema de saúde a um grau de incerteza
 1529 muito grande. Conselheira **Albaneide** questionou porque o Governo, ao invés de “querer reinventar a
 1530 roda”, não investia no SUS. Questionou, também, porque o grupo que estava elaborando a proposta das
 1531 Organizações Sociais deixou de considerar as Pioneiras Sociais/Fundação Sarah como modelo de
 1532 gestão pública. **Dra. Ângela** interveio na fala da Conselheira afirmando que nunca havia considerado
 1533 aquela entidade como Organização Social, “pois o seu conselho de administração é fechado à sociedade
 1534 e o seu contrato não é um contrato de gestão como idealizamos”. Conselheira **Albaneide** solicitou
 1535 esclarecimentos sobre a composição do conselho nas Organizações Sociais e sobre o plano de carreira
 1536 para os seus funcionários. Conselheiro **Mesquita** apontou contradições entre o discurso e a prática do
 1537 Governo com relação às questões sociais, pois, no seu entender, ao contrário do discurso pelo social e
 1538 pelo público, a proposta das Organizações Sociais representava um passo para a privatização dos
 1539 serviços de saúde, entre outros, por possibilitar a venda desses serviços para complementar os recursos
 1540 públicos que vierem a receber via contrato de gestão. Ressaltou que a sociedade não poderia abrir mão
 1541 da universalidade e da integralidade do SUS, por serem direitos básicos do cidadão estabelecidos pela
 1542 Constituição. Recordou afirmações do Ministro **Bresser**, segundo as quais um dos objetivos das
 1543 Organizações Sociais no setor saúde seria tornar dispensável o servidor público. Afirmou que essa
 1544 postura era um desrespeito ao funcionalismo público, que estaria se sentindo “como sucata, dispensável
 1545 e passível de extinção”. Disse, ainda, que, ao contrário do caráter democrático como pretendia fazer
 1546 acreditar o Governo, a proposta de composição dos conselhos das Organizações Sociais apontava para
 1547 um caráter fechado, como o conselho da Fundação Sarah. Indagou qual seria o papel dos conselhos
 1548 estaduais e municipais de saúde nas Organizações Sociais se estas iriam dispor de conselhos próprios.
 1549 Afirmou que esse fato dava a entender que as Organizações Sociais estariam fora do SUS. Questionou,
 1550 ainda, a concentração de poder no MARE, que seria responsável pela definição e aprovação dos
 1551 contratos de gestão das Organizações Sociais. Finalizou dizendo que ficaria otimista e esperançoso se o
 1552 esforço de criar modelos novos de gestão fosse direcionado para a implantação do SUS, “uma proposta
 1553 discutida em todo o país, criada democraticamente e que onde está implantada de fato vem
 1554 apresentando excelentes resultados”. Conselheiro **Mozart** questionou a necessidade das Organizações
 1555 Sociais. Disse que o SUS tinha dificuldades gerenciais, mas que somente esse fato não justificava a
 1556 criação de um novo ente para gerir o sistema de saúde. Disse, ainda, que, pela proposta, o Governo
 1557 passaria a mandar nas Organizações Sociais através dos conselhos de administração, pois a maioria de
 1558 seus membros viria de órgãos governamentais. Destacou polêmicas político-jurídicas que poderiam
 1559 surgir com a implantação das Organizações Sociais relativas a questões trabalhistas, a licitações, à
 1560 manipulação em sua composição, ao seu uso político-partidário. Disse acreditar que as Organizações
 1561 Sociais poderiam criar, diante disso, mais problemas que soluções. Nesse momento, Conselheiro
 1562 **Carlyle**, que coordenava os trabalhos, solicitou permissão para interromper o debate para anunciar que
 1563 os Conselheiros **Gílson Cantarino** e **Neide Barrigueli** haviam sido agraciados pelo Ministério da
 1564 Saúde na Ordem do Mérito Médico/Classe Oficial e na Medalha do Mérito Oswaldo Cruz/Categoria
 1565 Prata, respectivamente. Conselheira **Elizabeth** questionou qual seria o interesse do particular em
 1566 assumir uma Organização Social e quais seriam os critérios para se assumir o novo ente. Disse, ainda,
 1567 que o custo com o servidor público poderia aumentar, pois a proposta previa equiparação salarial com o
 1568 contratado via CLT. **Dra. Ângela** considerou naturais as dúvidas e incompreensões suscitadas pela
 1569 proposta e disse que elas seriam devidamente dirimidas nas discussões que o MARE manteria com a
 1570 comissão designada pelo CNS para aprofundar o debate em torno das Organizações Sociais, conforme
 1571 o acerto feito com o Ministro **Bresser Pereira**. Afirmou que era dever do Estado financiar saúde e
 1572 educação, mas não cuidar da execução. Dr. **Paulo** ratificou as considerações da **Dra. Ângela** quanto ao
 1573 dever do Estado com relação à saúde e à educação. Concordou que havia um componente ideológico
 1574 na discussão do assunto Organizações Sociais, mas considerou nocivo o que denominou de
 1575 “saturamente ideológico”, pois, no seu entender, ele funcionava como uma barreira impedindo o avanço
 1576 do debate em torno do tema. Garantiu que o Estado não iria impor a composição dos conselhos das
 1577 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
 1580 temas: **1)** Tema da Agenda Básica do CNS - Modelo de Atenção em Saúde. **2)** Secretaria Executiva do
 1581 CNS: Competências e Métodos. **3)** Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde: Criação da
 1582 Comissão de Acompanhamento das Recomendações e Moções. **4)** Relato da Comissão da Reforma do
 1583 Estado e Organizações Sociais. **5)** Relatório da Realização da Reunião Plenária dos Conselhos de
 1584 Saúde. **6)** REFORUS. **7)** Aplicação Diferenciada do Aumento de 25% na Tabela de Procedimento do
 1585 SUS. **8)** Novas Formas de Gestão de Unidades Assistenciais - Outras Experiências. **9)** Conceito de
 1586 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 Balsanufo 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.