

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

Aos sete e oito dias do mês de maio de um mil e novecentos e noventa e sete, foi realizada, na Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde a Sexagésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. **Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**, Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde procedeu a abertura da reunião solicitando indicação do Conselheiro para coordenar os trabalhos, conforme deliberação do Plenário. Foi indicado o Conselheiro **Omlton Visconde** para coordenar o primeiro período da reunião e os demais períodos seria decidido posteriormente. **Dr. Nelson** destacou o atraso no início da reunião, solicitando que os Senhores Conselheiros observassem melhor o fato. Conselheiro **Dellape** reforçou o destaque do **Dr. Nelson**. No decorrer da reunião **Dr. Nelson** justificou a ausência do Senhor Ministro da Saúde, **Dr. Carlos de Albuquerque** em decorrência de encontrar-se fora do país. **ITEM 01 - PROJETO REFORSUS** - **Dra. Ana Teresa** iniciou sua exposição dizendo que o PROJETO REFORSUS foi pensado como um projeto de investimento e também como um instrumento para viabilizar a política de saúde do MS, sendo financiado pelo BID e Banco Mundial e operacionalizado e pelo Banco do Brasil dentro de três linhas: **1)** as unidades básicas de saúde só podem obter financiamento quando vinculadas ao Programa Saúde da Família; **2)** os recursos para investimentos em obras e equipamentos estão reservados aos municípios estabelecidos segundo as Normas Operacionais Básicas 01/93 e 01/96 do MS (os demais municípios só podem obter financiamento para programas de modernização gerencial) e **3)** ênfase à descentralização com o fortalecimento das CIB. Explicou que o projeto tem como objetivo maior *“implementar ações estratégicas destinadas a fortalecer o desenvolvimento do SUS de modo a contribuir para a garantia da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos bens e serviços de saúde”*. Enquanto organização, ressaltou que o PROJETO REFORSUS envolve como **instâncias políticas** o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Estadual de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde; como **instâncias decisórias** Comissão Intergestores Tripartite e Comissão Intergestores Bipartite; **instâncias operacionais** Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Banco do Brasil (com o intuito de agilizar o processo de repasse dos recursos aderiu-se o instrumento contrato ao invés de convênio com a instituição financeira). Em continuidade, explicou que para melhor operacionalização do Projeto, as ações foram divididas em dois componentes com áreas programáticas. No **componente I** estão inseridas, segundo detalhou, as seguintes áreas programáticas: **Área Programática I** - readequação física e tecnológica da rede assistencial; **Área Programática II** - Programa de Saúde da Família; **Área Programática III** - Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica e **Área Programática IV** - Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade dos Laboratórios de Saúde Pública. Ainda com relação ao Componente I, esclareceu que o mesmo tem como condições básicas o financiamento a fundo perdido para os beneficiários, o valor total mínimo de cada proposta equivale em reais a cinquenta mil dólares americanos (exceto as propostas do Programa Saúde da Família), o financiamento até 85% das despesas elegíveis para bens e serviços adquiridos no País ou em moeda nacional e 100% para os bens e serviços adquiridos no exterior ou em moeda estrangeira, o pagamento integral dos impostos, taxas e fretes pelo proponente e o valor do financiamento para as instituições privadas sem fins lucrativos proporcional à oferta de serviços ao SUS. Segundo afirmou, poderão postular recursos para esse Componente, as instituições públicas de saúde (municipais, estaduais e federal) fundações, autarquias e empresas públicas de saúde e instituições privadas sem fins lucrativos através **Carta-Consulta** (Ficha de Informações Básicas - FIB, Fichas de Equipamentos e Material Permanente - FEMP, Ficha Cadastral da Obra - FCO, Ficha de Impacto Ambiental - FIA e Ficha de Modernização Gerencial - FMG) e **Subprojeto** que além de conter todos os elementos da carta-convite deve ter Ficha de Equipamentos sob Controle do MS-FEC, Ficha de Unidade Móvel-FUM, Projeto Básico de Arquitetura e Relatório Técnico - PBART e Ficha para Pólos de Capacitação - FPC. Conclusão de obras inacabadas, ampliação e reforma de estabelecimentos de saúde, recuperação e readequação física, tecnológica e operativa dos estabelecimentos de saúde, aquisição de equipamentos médico - hospitalares e material permanente e modernização gerencial, declarou serem esses os investimentos financiáveis e citou os tipos de propostas e quais os instrumentos de população que caberiam. Por exemplo no caso de aquisição de equipamentos médico - hospitalares e material permanente - **carta-consulta**; aquisição de equipamentos médico hospitalares sob controle do MS - **subprojeto**; aquisição de unidades móveis - **subprojeto**; Programa Saúde da Família - **subprojeto**; execução de obras - **subprojeto**; modernização gerencial até o equivalente a US\$ 500,00 - **subprojeto**. Quanto à documentação exigida das Instituições Privadas sem Fins Lucrativos para alocação de recursos no Componente I, do Projeto REFORSUS, revelou ser necessário a declaração da SMS ou da SES de integração ao SUS; declaração da SMS ou da SES de inexistências de processo comprovado de fraude contra o SUS; compromisso de oferta de serviços ao SUS não inferior a 70%, cumprimento da Lei 9.293, de 15/07/96 e da Portaria/MS 1.695, de 23/09/94. Ainda falando na pertinência do Componente I, **Dra. Ana Teresa** lembrou que são considerados investimentos

financiáveis dessa área: diagnóstico e modelagem da RNIS; acesso às bases de dados nacionais; desenvolvimento de sistemas regionais de informação e inquéritos populacionais sobre condições de saúde e de uso de serviços. Para se evitar a criação de estrutura paralela, disse que foram organizadas as Unidades de Apoio Técnico Regionais assim estão localizadas: em Salvador, para atender a demanda da região Nordeste, em Brasília, para a região Centro-Oeste, no Rio de Janeiro, para a região Sul. Concluindo a parte relativa ao Componente I, enfatizou que, dentro da filosofia da descentralização, os projetos que variam de 350 mil a 3 milhões serão autorizados pelas Unidades de Apoio Técnico Regionais, enquanto que os de valores maiores exigirão pareceres do MS. Passando para o **Componente II** - promoção de inovações na administração do Setor Saúde do Projeto REFORSUS, - chamou a atenção para as áreas programáticas do mesmo, que estão assim classificadas: **Área Programática I** - estruturação da rede nacional de informação em saúde; **Área Programática II** - fortalecimento da capacidade de formulação de políticas de saúde; **Área Programática III** - desenvolvimento e capacitação gerências e **Área Programática IV** - aprimoramento e garantia da qualidade em saúde e auditoria. Nesse Componente na Área Programática II, configuram-se como investimentos financiáveis, o desenvolvimento de sistema regular de apuração de custos; a elaboração do perfil geral do financiamento do setor privado de saúde; a realização de estudos de custo/efetividade de procedimentos ou afecções em função da prevalência e/ou custo unitário; a realização de estudo de carga da doença; a execução de estudo sobre incorporação e avaliação tecnológica em saúde e o desenvolvimento de instrumentos de programação e avaliação do impacto das políticas de saúde. A operacionalização das áreas do Componente II será feita, pelo que esclareceu, através da captação de projetos via CNPq, convênios do MS com órgãos públicos e contratação de consultorias por meio de organismos internacionais - OPAS e PNUD. Na referência feita ao Componente II, Área Programática III, disse que os investimentos financiáveis passam pela identificação e apoio à implementação de modelos inovadores de intervenção e gestão; análise de novas formas de gestão do setor público, estudos com o MARE sobre modelos alternativos de gestão. Na Área Programática IV, do Componente II, enfatizou o desejo de ser trabalhado, dentro dos investimentos financiáveis, o desenvolvimento de processos de acreditação e certificação de qualidade; o desenvolvimento, disseminação e introdução de processos de gestão de qualidade na rede pública e privada de serviços de saúde; o desenvolvimento de sistemas de controle de qualidade dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento; a revisão e implementação de novos mecanismos em auditoria e combate à fraude. Na Área Programática IV desse Componente revelou que os investimentos financiáveis estão representados pelo reforço das estruturas associadas ao monitoramento e melhoria da qualidade nos serviços de saúde; pelo desenvolvimento de protocolos de práticas, rotinas clínicas e orientações terapêuticas e pela revisão e desenvolvimento de novos mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde. Por fim disse que, em linhas gerais, essa seria a lógica do Projeto REFORSUS. Aberto o espaço para intervenções fizeram uso da palavra o Conselheiro **Dellape** interrogando porque o CNS não estaria sendo informado sobre onde e como os recursos do REFORSUS são aplicados; Conselheiro **Komora** reafirmando a colocação do Conselheiro **Dellape**, defendeu a atribuição clássica dos Conselhos de Saúde que são as decisões relativas à aplicação de recursos públicos ou investimentos de infra-estrutura, ao mesmo tempo em que chamou a atenção para o corporativismo que estaria ocorrendo em alguns Estados com relação à recomendação de que 20% dos recursos do REFORSUS fossem destinados às entidades filantrópicas sem fins lucrativos; Conselheiro **Mozart** revelou estranheza pelo fato de os critérios de alocação de recursos não passarem pelo CNS, já que a priorização das ações compete a representação da cidadania, ou seja, do “*ad referendum*” dos Conselhos de Saúde. Conselheiro **Jocélio** reafirmando preocupação maior do CNS no que diz respeito ao controle social do Projeto, comentou que teria havido manipulação quando da transferência sucessiva do tema REFORSUS e, também manifestou desejo de saber se seria verdade que o CNS teria que aprovar todas as ações do Projeto, se seria possível reformar uma unidade assistencial com dinheiro público e depois transformá-la em Organização Social, se existem cláusulas internacionais na aplicação de recursos do Banco Mundial e como se faria, caso existissem, para acompanhar à aplicação, se poderia acessar as informações para conhecer os resultados do Projeto REFORSUS. Enfim, se o controle social estaria assegurado. Conselheiro **Piola** apresentando a questão da equidade na distribuição dos recursos, perguntou em primeiro lugar, se houve algum critério para alocação inicial de recursos por Estado e, em segundo, por que não foi prevista a contrapartida dos municípios e dos estados e, por último, registrou, também, preocupação com relação à articulação do REFORSUS com os demais projetos do MS. Conselheira **Albaneide** reforçando as questões colocadas pelos demais Conselheiros formulou pergunta referente aos critérios adotados pela SAS para definir os valores repassados aos Estados, haja vista que não teriam sido avaliados pelo CNS e denunciou o fato de alguns municípios estarem falsificando a existência de Conselhos de Saúde com o objetivo de integrarem o REFORSUS; Conselheira **Stela** lamentando a questão dos pequenos municípios não fazerem parte do Projeto, falou das queixas que tem recebido nesse sentido e desejou saber quais teriam sido os critérios para o piso básico de repasse e quantos e qual a parte que os municípios que tiveram seus projetos aprovados. Conselheiro **Gilson** fazendo alusão às ponderações da Conselheira **Albaneide** disse que as fraudes nos Conselhos de Saúde

antecedem o REFORSUS e, nesse caso, competiria as Secretarias de Saúde apurá-las, evitando assim o comprometimento da imagem da municipalização. Conselheiro **Eurípedes** encerrando o bloco, perguntou quais foram os hospitais públicos estaduais de São Paulo que se encontravam no REFORSUS. **Dra. Ana Teresa**, em resposta aos questionamentos encaminhados à mesa, iniciou informando que o Projeto não foi discutido no CNS antes de sua implantação por não ter sido priorizado pelo plenário. Segundo seu ponto de vista, o Projeto não podia parar por conta da discussão. Com relação de como acompanhar o desenvolvimento das ações do REFORSUS, falou que os interessados podem acessar a Internet e, como está em fase insipiente, disse que ainda haveria tempo de submetê-lo à consideração do CNS. No que se refere às fraudes dos Conselhos de Saúde, ressaltou que cidadania deve ser exercida pelo cidadão, logo não caberia ao REFORSUS garantir o exercício da cidadania, através do controle social. Esclareceu que o Projeto está aí para ser aprimorado naquilo que não corresponder às necessidades da população alvo. Com relação às propostas que estariam vindo pela Bipartite e que não estariam nas prioridades do REFORSUS, disse que as mesmas, estariam sendo avaliadas para entrarem ou não no Projeto. À escolha do critério de alocação de recursos entre as Unidades Federadas, afirmou ter sido feito de forma a evitar conflitos políticos, ficando assim determinado: 70% distribuídos proporcionalmente à população; 30% distribuídos de maneira inversamente proporcional ao gasto "*per capita*" de custeio (AIH e SAI) do MS no ano de 1995. Explicando que não há condições de prever se uma Unidade de Saúde, depois de receber recursos do REFORSUS, se torne privada. Com certeza, afirmou que essa realidade, certamente, desencadeará um debate voltado para as formas alternativas de gestão pública. Comprometeu-se, também, que tão logo esteja concluída a análise do mapa macro de distribuição capital - interior, contendo as propostas de alocação de recursos, encaminhará para conhecimento do CNS, porém, antecipou que até o momento não estaria havendo concentração de demanda nas capitais. Conselheiro **Dellape** voltou a intervir com o propósito de chamar a atenção para a legislação que aborda as competências do CNS. Disse o Conselheiro que a Bipartite não tem poderes para decidir sobre definições e propostas sem o referendo e aprovação do CES, ficando sujeito ao poder deliberativo o fiscalizador do mesmo. Entendendo que **Dra. Ana Teresa** não tinha respondido sua indagação Conselheiro **Dellape** declarou que faria uma representação junto ao Senhor Ministro e solicitou que isso fosse constado em ata. **Dra. Ana Teresa** rebateu dizendo que se mostrou receptiva a todas as indagações e reafirmou ser favorável a parceria do CNS no Projeto REFORSUS. Conselheiro **Omlton**, Coordenador da Plenária, observou que o CNS não tratava o Projeto no tempo oportuno e por ser o mesmo relevante deveria ter sido discutido e analisado antes, contudo, perguntou ao Plenário se, em razão de todas as considerações tecidas pelos Conselheiros, não era o caso de se fazer proposições a respeito. Conselheiro **Olympio** propôs que **Dra. Ana Teresa** apresentasse mensalmente ao CNS relatório das ações desenvolvidas pelo REFORSUS. Conselheiro **Dellape** voltou a defender a tese de que todas as ações do Projeto REFORSUS fossem submetidas à aprovação do CNS, se fosse o caso, que se suspendesse o já feito para começar tudo de novo. Conselheiro **Guerra** lembrando que o REFORSUS é uma expectativa que se criou no País, disse que as pressões serão muito grande necessitando de respostas urgentes. Ressaltou, também, que se houvesse centralização das decisões do Projeto no CNS, poderia ocorrer problemas com a demanda. Conselheiro **Jocélio** sugeriu que fosse feito pelo CNS um boletim informando o controle social feito no REFORSUS e que o mesmo fosse distribuído nacionalmente. Proposta aprovada. Conselheiro **Ferreira** apresentou proposta no sentido de que o Plenário estudasse o conteúdo do Projeto para deliberar a respeito na próxima reunião. Proposta rejeitada. Conselheiro **Eurípedes** propôs que fosse formada uma Comissão com membros do CNS para elaborar proposta de controle do Projeto. Proposta aprovada, com voto contrário do Conselheiro Ferreira, tendo sido feita a indicação dos nomes dos Conselheiros **Piola**, **Mozart** e **Dellape** para comporem a Comissão. Encerrando a sessão, o Coordenador da Mesa agradeceu a presença da palestrante e dos demais Conselheiros.

**ITEM 02 - NOVAS FORMAS DE GESTÃO DE UNIDADES ASSISTÊNCIAS - OUTRAS EXPERIÊNCIAS: 1) EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO PARÁ - Dr. Vitor Manuel Jesus de Mateus** - Secretário Estadual de Saúde do Pará relator do tema agradeceu a oportunidade de estar neste Colegiado e apresentou gestões relativas à experiência do Estado, na montagem de Organizações Sociais. Relatou que o Governo do Estado criou um Comitê de Reformas do Estado agregado à Secretaria do Planejamento, e, com isso foram delineadas questões para viabilização de Reforma Administrativa do Pará. Considerou que o Estado do Pará foi um dos primeiros em criar legislação versando sobre Organizações Sociais. Enfatizou a necessidade de haver reforma no modelo assistencial administrativo público, embora precisando conhecer as divergências e quem iria ficar com o ônus dos grupos sociais. Colocou que o sistema de saúde se esbarra em 3 (três) tópicos: Financiamento, Recursos Humanos e Modelo Assistencial, temas estes sempre debatidos nas Conferências Estaduais de Saúde. Destacou o sucateamento das instalações; ociosidade dos recursos humanos; comportamentos corporativistas; demora excessiva nos processos licitatórios; impossibilidade de gerar receita própria e a qualidade técnica discutível dos produtos adquiridos através das licitações. Citou que na Região Norte existe 2 (dois) fatores agravantes na aquisição de bens: acesso ao Estado e a Lei das Licitações. Ressaltou os diversos tópicos do Projeto de Lei 117/96, que dispõe sobre as entidades qualificadas como Organizações Sociais. Com relação ao

Contrato de Gestão frisou o estabelecimento de metas, indicadores e parâmetros para a questão gerencial da unidade administrativa. **Dr. Vitor** explicou quais seriam as unidades que poderiam constituir uma Organização Social, como sendo: Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará, Hospital dos Servidores do Estado, Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de Clínicas Paes Viana. Finalizou informando que a matéria vem sendo discutida no Conselho Estadual de Saúde, Sindicato dos Servidores Públicos do Estado, Sindicato dos Médicos e em entidades da sociedade civil organizada. A seguir, **Dr. Eduardo Novaes Medrado Santos** - Secretário Estadual de Saúde do Tocantins relatou sobre o Modelo de Gestão de Saúde do Estado. **Dr. Eduardo** comentou que o modelo adotado, chamado de “*Hospital Comunitário*” representa uma união do que chamamos de Santas Casas com participação ativa do Governo e das Comunidades locais, cumprindo as 4 (quatro) qualidades: curativa, preventiva, de educação e pesquisa. Foi apresentado, a seguir, um vídeo sobre o Sistema de Saúde no Tocantins, destacando que em 1995 quando a Secretaria de Saúde foi buscar apoio técnico junto à Confederação das Misericórdias do Brasil, destinado a profissionalizar gerências de unidades de saúde do Estado, firmado contrato entre o Governo de Tocantins e a Sociedade Beneficente São Camilo onde convênios foram montados para gestão em parceria nos Hospitais do Estado. Destacou também uma análise do Hospital Comunitário de Araguaína onde foi conseguido reduzir a média de permanência de 8.3 em 1994 para 4.95 em 1996, bem como a criação e/ou aprimoramento de UTI/adulto, tomografia, ultra-sonografia, eletroencefalografia, implantação de marcapasso e de serviço de informática. Informou que para funcionários de nível superior a média salarial é de R\$ 1.960,00 mais produtividade do SUS e algum particular ou convênio, mantendo o profissional médico dentro do hospital. Acrescentou que o hospital mantém um apartamento em São Paulo, destinado a funcionários em treinamento ou reciclagem. Citou que o Programa de Agentes de Vigilância à Saúde - PAVS tem conduzido a uma redução significativa de internações, ressaltando o trabalho de equipes coordenadas por Enfermeiros que residem no local, recebem moradia e um salário em torno de R\$ 2.100,00. Informou da necessidade de fechar 22 unidades de saúde que não apresentavam resolutividade, transformando-os em unidade básica e a instalação do Programa de Telemedicina, onde teria 1 (um) técnico no município mais distante fazendo Raio X, passando a imagem para um dos 3 (três) hospitais de alta complexidade, com obtenção do diagnóstico via fax. **Dr. Eduardo** colocou-se à disposição do Plenário para melhores esclarecimentos. Conselheiro **Omlton** abriu espaço para as discussões. Conselheiro **Mozart** com relação ao Pará posicionou-se contrário a transformação das entidades em Organizações Sociais. Defendeu a Constituição Pública e o SUS. Sugeriu que seria melhor revisar a legislação em vez de ir em busca de soluções inconstitucionais para resolver o mau funcionamento da administração pública. Questionou se no caso de falência da Organização Social, no caso o Hemocentro do Pará, quem iria exercer o papel do órgão? Como cobrar os princípios da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, e como seriam as punições legais. Solicitou ao Senhor Secretário que antes da regulamentação deste Projeto de Lei, que seja verificado cuidadosamente cada passo desta medida. Conselheiro **Komora** questionou de que forma a Santa Casa do Estado do Pará estava dentre as entidades a serem subordinadas à Secretaria Estadual de Saúde. Concordeu com a busca de um modelo adequado, comentando experiências em outros países. Reforçou a necessidade de cautela na reformulação do sistema/organizações sociais. Parabenizou **Dr. Eduardo** e o Governador **Siqueira Campos** pela coragem de enfrentar uma alternativa criativa que poderá servir para outras comunidades do país. Conselheiro **Dellape** mostrou-se preocupado com as Santas Casas que não deveriam entrar na questão das Organizações Sociais. Indagou sobre o artigo 1º do Projeto de Lei 117/96 apresentado, dizendo não entender “*seus fins lucrativos*”. Comentou achar perigoso o executivo com poder de nomear e qualificar entidades como Organizações Sociais. Criticou a distribuição dos percentuais na composição do Conselho de Administração ou curador. Relativo à Tocantins parabenizou o Senhor Secretário e perguntou quanto seria pago por mês à administração São Camilo e se as despesas são pagas somente com verba do SUS. Conselheiro **Jocélio** comentou que a transferência de gestão ou gerenciamento de público para privado não significa sucesso administrativo. Referiu que existe alternativas de melhoria dentro do SUS; que não existe privatização sem fins lucrativos; e que os serviços que corrigiram as falhas e adotaram a NOB têm obtido êxito. Questionou se seria possível não usar a verba do REFORSUS, se o Conselho Estadual poderá opinar sobre cada transformação e se foi procurado alternativas de administração destas 4 (quatro) entidades. Quanto ao Tocantins perguntou de que maneira seria assegurado a continuidade do trabalho hoje desenvolvido. Conselheiro **Eurípedes** interrogou qual a remuneração da São Camilo. Ressaltou a necessidade de revisão da legislação em vez de entrar em outros caminhos; da eventual manipulação do dinheiro público; e a falta de preocupação com os recursos humanos. Conselheiro **Gilson Cantarino** comentou que questões de regulação do Sistema de Saúde deveriam ser discutidas no CNS antes de obterem maiores avanços. Mostrou-se preocupado com a situação no Pará por se antecipar ao MARE na busca de solução sem que o processo seja aprofundado a nível nacional, acreditou ser precipitado. Colocou-se à disposição para trazer ao CNS, experiência positiva de gestão hospitalar no serviço público. Conselheiro **Piola** citou duas preocupações: **1.** O alto poder dado ao executivo para qualificação das Organizações Sociais; e **2.** Como ficaria a relação entidade X direção estadual ou municipal, exemplificando

o caso das Pioneiras Sociais. Questionou com relação a contratação de pessoal em Tocantins e quanto aos resultados financeiros positivos. **Dr. Vitor** - Secretário de Saúde do Pará, respondeu de forma geral aos questionamentos, informando: **1.** questões legais - foi consultado instâncias do poder público que pudessem avaliar o aspecto legal no Contrato de Gestão, onde seria deixado claro todos os aspectos; **2.** A constituição da entidade seguiria os mesmos passos de reconhecimento de órgão de utilidade pública; **3.** REFORSUS - citou que o hospital de clínicas hoje é um órgão estatal, inacabado, a razão social está vinculada a uma atividade que hoje só funciona em 30% do hospital, e não existe nenhum compromisso em fazer a constituição de uma Organização Social agora, mesmo antes do término da obra, concluindo então que o REFORSUS entraria porque é um órgão público, sendo posteriormente uma questão de mobilização administrativa, colocada a apreciação social. Conselheiro **Jocélio** entrevistou solicitando esclarecimentos. **Dr. Vitor** esclareceu que a lei já está em vigor, o que deve ser colocado como primícia é que haja uma apreciação de todos os Contratos de Gestão no Conselho Estadual de Saúde; **4.** Quanto a municipalização das unidades de Belém, informou que vem sendo discutido o processo de descentralização somente das unidades básicas de saúde; **5.** Quanto ao controle do estado sobre as Organizações Sociais citou que no Contrato de gestão estaria assegurado e nos termos de qualquer outro prestador do SUS. **Dr. Vitor** reforçou que a proposta apresentada não está acabada destacando os cuidados que estão sendo tomado para que não seja traduzido em prejuízos à população. Agradeceu ao Plenário colocando-se à disposição deste colegiado. **Dr. Eduardo Novaes** - Secretário de Saúde de Tocantins - respondeu aos questionamentos informando que o valor pago à São Camilo é R\$ 180.000,00/mês (sem participação no faturamento total) incluindo o pagamento de 11 (onze) diretores de hospitais, seus assistentes e os cursos de reciclagem quando necessário. Quanto aos Recursos Humanos citou serem pagos pelo estado. Teceu comentários sobre a baixa nos custos, que a verba do SUS é a mesma que anteriormente não cobria as despesas e o Estado teria que acrescentar com suprimento de fundo. Destacou que o gerenciamento adequado baixou o custo operacional e elevou o custo/benefício através de uma central de compras. Quanto a continuidade do trabalho conta com a participação e sensibilização da comunidade. Quanto ao questionamento se o Estado poderia gerenciar em vez de São Camilo, colocou acreditar que não, em virtude da precariedade de recursos humanos. Enfatizou a modulação dos hospitais de 1.5 a 2.5 (pessoal X número de leito), o custo da refeição passou de R\$ 8.40 para R\$ 2.49, e o medicamento passou de R\$ 36.000 para R\$ 15.000. Conselheiro **Omlton** agradeceu aos expositores e questionou ao Plenário se teria alguma proposta. Conselheiro **Jocélio** apresentou proposta de Resolução relativo ao Estado do Pará, onde o CNS propõe: **1º)** que o governo do estado busque alternativas e consulte os municípios quanto a municipalização das unidades de saúde, dentro dos princípios da NOB; **2º)** caso não haja interesse, que a transformação de entidades em Organização Social seja aprovado no CES; e **3º)** uma vez aprovado no CES, que não se utilize verba pública estatal para reforma de uma unidade que será transformada em Organização Social. Conselheiro **Komora** comentou sobre a distinção de poderes entre o Estado, Município e a União. Que o Estado do Pará é soberano para tomar decisões no âmbito de seu território. Colocou discordar de atitudes autoritárias dos Conselhos de Saúde em deliberarem o que um outro poder constituído pode fazer ou não. Posicionou-se contrário ao item 3 da proposta do Conselheiro **Jocélio**. Reivindicou os 20% do REFORSUS para entidades filantrópicas. Conselheiro **Eurípedes** comentou que a matéria sobre Organizações Sociais deverá passar na Assembléia Legislativa e experiências em São Paulo, onde os Diretores das regionais foram indicados pelos Vereadores e que também indicaram o donos das cooperativas. Enfatizou que processo é complexo, concordou com a proposta do Conselheiro **Gilson** acrescentando que o CNS conseguiria construir uma proposta, recomendações gerais de modelo de gestão, como alternativa das Organizações Sociais. Conselheiro **Mozart** propôs a formação de uma comissão permanente do CNS, que proceda o estudo e o acompanhamento da matéria, trazendo ao CNS posições efetivas. Recomendou a participação da FIOCRUZ e da ABRASCO para contribuir e fazer análise das diversas experiências de gestão e gerenciamento do Sistema de Saúde no país. Acrescentou que esta comissão seria de acompanhamento e propor medidas com vistas à adequação dessas iniciativas inovadoras à transformação do SUS. Conselheiro **Ferreira** propôs que as minutas de Resolução que envolvam o problemas de Estado, Município e União sejam apreciadas primeiro pela Assessoria Jurídica do Ministério da Saúde. Conselheiro **Omlton** agradeceu mais uma vez aos convidados colocando o CNS à disposição dos Senhores Secretários de Saúde do Pará e Tocantins. **ITEM 03 - RELATO DA COMISSÃO DA REFORMA DO ESTADO E ORGANIZAÇÕES SOCIAIS** - Conselheiro **Gilson Cantarino** relator da matéria apresentou uma síntese do documento informativo, elaborado pelo Grupo de Trabalho, designado pela Resolução CNS nº 211, de 05 de dezembro de 1996, sendo o mesmo encarregado de analisar e discutir junto ao Ministério da Saúde - MS, Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE e às instâncias pertinentes, as propostas de Reforma do Estado em suas relações com a saúde e o SUS. Conselheiro **Gilson** solicitou a atenção dos Conselheiros por ser um assunto que está nas pautas políticas como prioridade e por haver opiniões divergentes dentro do Conselho Nacional de Saúde. Informou que o Grupo de Trabalho convidou o **Dr. Guido Carvalho** para participar da análise e discussão final do texto, tendo em vista sua grande experiência e conhecimento jurídico. Lamentou a ausência do **Dr. Guido** para

participar do debate sobre a parte legal do relatório, mas disse que a mesma poderia ser suprida pelos conhecimentos do Conselheiro **Mozart**. Colocou que o relatório inicia frisando a idéia do Ministro **Bresser Pereira** apresentada no livro *“Crise Econômica e Reforma do Estado no Brasil”*, onde afirma que: *“a reforma terá como objetivos, a curto prazo, facilitar o ajuste fiscal, particularmente nos estados e municípios, onde existe um claro problema de excessos de quadros e, a médio prazo, tornar mais eficiente e moderna a administração pública, voltando-a para o atendimento aos cidadãos”*. Destacou dentre outros os seguintes pontos: **1)** a simples transformação de Hospitais Públicos, Universidades Públicas, os Institutos de Pesquisa e os Museus Públicos, em entidades de outra natureza jurídica sob o contrato de gestão com o poder público, não é reforma do estado; **2)** que as entidades citadas se tornariam um outro ente jurídico, que é a Organização Social Autônoma que o Ministro **Bresser** diz não ser privatização, não sendo uma entidade de direito privado, mas que seria uma *“publicização”*; **3)** que o grupo entendeu que isso levaria a uma privatização dos órgãos gestores do próprio Estado; **4)** para que uma instituição possa tornar-se Organização Social Autônoma bastaria um ato do Ministro; **5)** que em nenhum momento estaria sendo considerado as esferas deliberativas da saúde; **6)** a autonomia atribuída às Organizações Sociais nos contratos de obras e serviços, compras e alienações, plano de cargos e salários, etc...; **7)** orçamento próprio de dinheiro público, agravado pelo fato de que haverá alienação de patrimônio e possível transferência privilegiada de imóveis públicos à particulares sem o controle legal; **8)** que um servidor público cedido a uma Organização Social perceberia remuneração adicional, criando novamente a questão de diferentes quadros e salários; **9)** a desconsideração dos conselhos de saúde por parte dos gestores estaduais e municipais; **10)** o desconhecimento ou inexistência de alguma minuta de contrato de gestão; e **11)** como poderia se imaginar instituições com pletora de demanda social desviando bens e pessoas para o atendimento à clientes de planos de saúde e seguros, estes vistos como supletivos ao próprio SUS. Conselheiro **Gilson** apresentou as conclusões do Grupo de Trabalho, como sendo: **1)** é necessária maior flexibilidade na gestão das unidades de saúde; **2)** já existem alternativas legais, tais como, autarquias, fundações e empresas públicas capazes de permitir essa maior flexibilização sem necessidade da criação de um novo ente jurídico; **3)** há vários aspectos na proposta das Organizações Sociais que são conflitantes com as disposições constitucionais; **4)** o processo de qualificação das Organizações Sociais é discricionário, cabendo exclusivamente ao Ministério da Saúde a indicação dos grupos que virão a constituir as referidas organizações; **5)** a proposta das Organizações Sociais não explicita as formas de relação entre os diferentes segmentos da clientela (SUS, convênio, seguros, etc...) podendo colocar em risco os princípios da universalidade, integralidade e equidade; **6)** a proposta das Organizações Sociais não leva em conta a organização do SUS, principalmente, no que respeita às instâncias de controle social e direção única do sistema, visto que, não prevê mecanismos de subordinação aos gestores municipais ou estaduais por parte dessas organizações; **7)** não há garantias que protejam o Estado face à criação da expectativa de direito para os credores dessas organizações em caso de descredenciamento ou insolvência; **8)** a transferência de patrimônio público para essas organizações, sem garantias de ressarcimento em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, inépcia, mal versação, etc..., constitui grave precedente; **9)** há aspectos principalmente os relativos à gestão de Recursos Humanos, na proposta das Organizações Sociais, que não atendem a necessidades identificadas pelos gestores, criando situações de difícil administração, tais como, a possibilidade de ter na mesma unidade funcionários submetidos a diferentes regimes e com diferentes remunerações. Por fim, o grupo propõe que *“num esquema mais aberto e receptivo, pelo menos no tocante a área de saúde, onde o SUS já significa uma reforma do aparelho do Estado, o MARE possa discutir alternativas de aperfeiçoamento de estruturas, gerenciamento de órgãos e entidades públicas da área da saúde”*. Não de Organizações Sociais Autônoma mais de um processo de melhoria da própria legislação visando, então um benefício para as entidades e órgãos públicos da área da saúde. Concluiu seu relato solicitando para que fosse ouvido outro membro do Grupo de Trabalho. Conselheiro **Mozart**, integrante do Grupo de Trabalho, salientou que a Constituição e as leis não foram feitas para serem interpretadas por Juristas, mas pelo cidadão. Ressaltou a ausência de transparência na questão das Organizações Sociais posicionando-se favorável a tudo que venha atender o cidadão melhor. Propôs ao Conselho Nacional de Saúde que aprove o relatório e após aprovação, o faça por resolução e faça recomendação ao MARE para que em atenção aos elementos conclusivos que aqui se opõem, abra uma negociação específica com vistas ao SUS para um encontro de soluções objetivas de dar capacidade efetiva de ação às Organizações Públicas e aquelas com quem o SUS relaciona-se no seu dia-a-dia, inclusive, com instituições privadas, lucrativas e não lucrativas. Conselheiro **Dellape** considerou válido que temos que flexibilizar não só a área da saúde como também a área de portos e de eletricidade. Ressaltou que a insatisfação é geral, o custo é alto e é preciso estudar novas formas de melhorar o que temos. Salientou que o relatório do Grupo de Trabalho está muito bom porque pegou todos os aspectos da questão. Destacou a nova palavra PUBLICIZAÇÃO citada pelo Ministro **Bresser Pereira**, onde ele disse também que país que não inventa palavra não progride. Lamentou a forma como o Projeto das Organizações Sociais vem sendo feito no Estado do Pará. Endossou a sugestão do Conselheiro **Mozart** de aprovar o relatório apresentado. Conselheiro **Piola** informou da necessidade de ser feito duas alterações de

redação. Sugeriu uma Recomendação ou Resolução referente ao que está acontecendo nos Estados. Conselheiro **Mozart** sugeriu que a Recomendação fosse encaminhada ao MARE, a todos os Governos Estaduais, a todos os Presidentes das Câmaras Legislativas Estaduais, à Presidência do Congresso Nacional, da Câmara e do Senado. Conselheiro **Komora** questionou se com relação as leis já aprovadas o Conselho Nacional de Saúde poderia provocar o Ministério Público para que fosse feita uma apreciação da constitucionalidade das mesmas. Após discussões sobre o encaminhamento da matéria, o Plenário **APROVOU: 1)** o relatório do Grupo de Trabalho; **2)** a Moção encaminhando o texto das leis da Bahia e do Pará ao Ministério Público em nome dos membros do Conselho; **3)** Ficou, a priori, aprovada a proposta de se redigir uma Resolução, encaminhando ao MARE, ao próprio Ministério da Saúde, aos Governos Estaduais, Assembleias Legislativa, Câmaras Municipais e Congresso Nacional, a posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das Organizações Sociais. **ITEM 04 - SECRETARIA EXECUTIVA DO CNS: COMPETÊNCIAS E MÉTODOS** - Transferido para a próxima reunião. **ITEM 05 - MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE** - **Dra. Célia Almeida**, pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, agradeceu, inicialmente, o convite que o CNS lhe fez para apresentar o assunto em pauta. Manifestou-se acreditar na importância e possibilidade de transportes mecânicos de modelos de saúde, através dos quais se conheceria a situação de outros países, cujas experiências, erros e acertos, serviriam de aprendizado para o Brasil. Justificou que iria apresentar modelos de saúde que estavam sendo desenvolvidos em países bem diferentes do Brasil, basicamente, Estados Unidos e países da Europa, face os mesmos terem iniciado o processo de Reforma Sanitária, já nos anos 80. Entregou para ser distribuído entre os Conselheiros, o texto "*Novos Modelos de Atenção à Saúde*", copiado do livro "*Políticas e Tendência de Saúde*", editado pela ENSP, livro este, utilizado nas discussões preparatórias da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Informou que havia outro texto, sobre a mesma temática, a ser publicado no próximo número da Revista "*Saúde e Sociedade*", em São Paulo. A seguir, discorreu sobre o seu tema, observando que o desenvolvimento histórico dos diversos sistemas de saúde, se situou sempre em torno ao debate entre o público e o privado, entre o Estado e o mercado. Destacou três aspectos interrelacionados em tal debate: o reflexo da crise econômica nas finanças públicas, que resultou na crise fiscal do Estado, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 70; a confluência dos diagnósticos críticos setoriais da esquerda e da direita, no ataque à assistência médica e ao profissional médico; e a hegemonia neoliberal da década. Sinalizou a mudança de consenso político, de questões cruciais, entre as décadas dos anos 70 e 80 (período de conflito e incerteza), assim como, as mudanças no direcionamento geral da política de saúde, resultando numa mudança de paradigma da intervenção estatal. Destacou os governos da Inglaterra e dos Estados Unidos no processo de mudança a nível mundial. Comentou que houve uma série de mecanismos para a contenção de custos atingindo tanto o lado da oferta como da demanda. Lembrou que todos os planos privados de saúde no Brasil estavam introduzindo cada vez mais este tipo de controle. Dando continuidade, a **Dra. Célia** apresentou alguns modelos de reforma sanitária que passaram a ser difundidos **como novos paradigmas para a reestruturação dos sistemas de serviços de saúde**, cujas questões centrais, eram a eficiência e a regulação maior do setor público. Expôs também os padrões de transformação estrutural das Instituições nos sistemas europeus e os modelos predominantes de assistência médica administrada (managed care), definida como um sistema voltado fundamentalmente para o **controle da utilização de serviços**, integrando vários aspectos ali citados. Teceu comentários sobre as HMOs (Health Maintenance Organizations) e suas características de funcionamento, informando que elas constituíam a versão mais acabada da assistência médica gerenciada, assumindo gradualmente uma parte cada vez maior do mercado nos EUA. Discorreu ainda sobre: competição administrativa, sponsors (ativos agentes coletivos ao lado da demanda) e mercado interno (reforma inglesa do working for patient), desenvolvimento e críticas sobre o mesmo. Descreveu a competição pública (proposta sueca) fazendo comparações entre este modelo e o mercado interno (proposta inglesa). **Dra. Célia** encerrou sua explanação ressaltando algumas conclusões aos processos apresentados, dizendo que os resultados variaram muito, estimulando várias revisões: eficiência e efetividade, avaliação de resultados, qualidade da atenção, etc. Recebeu aplausos do Plenário e agradecimentos do Conselheiro **Mozart**. Conselheiro **Mozart** destacou conflito entre um segmento com custos mais elevados que o total da economia e, por outro lado, a capacidade de financiar ou regular esta elevação de custos não seria possível pelos mecanismos tradicionais usados no passado, chamados reforma fiscais e tributárias. Ressaltou a necessidade de adequar a proposta de oferta de serviços à capacidade efetiva de financiamento da sociedade. Observou que os países do primeiro mundo, como os Estados Unidos, Canadá, Suécia, Inglaterra e Espanha, responsáveis pelas reformas e a ideologia das mesmas, não tinham desequilíbrios alarmantes na população com relação a rendimento e condição social, como os existentes na economia e sistemas de saúde no Brasil. Salientou que tais países já atingiram a transição demográfica e epidemiológica há muitos anos, não tendo a mesma necessidade de investimentos fixos que nós temos no caso de políticas sociais com medicamentos e saúde, saneamento, etc. Afirmou existir um quadro de absoluta desigualdade onde, país como o nosso, teria que reformar a questão de integrar e adaptar necessidades crescentes, custos

crescentes e indisponibilidades de recursos também crescentes. Teceu comentários sobre o sistema inglês, extremamente vinculado à sua coletividade com capacidade política de protestar e, sobre o Sistema Canadense, cujos princípios e leis eram absolutamente cumpridos, configurando punições para quem as desobedecesse enquanto que, no Brasil, lamentavelmente as leis não traziam punições. Citou a lei Canadense, de 1984, que impõe e constitui penalidades para cobranças por fora do sistema ou seja, o correspondente ao faturamento por fora é deduzido do valor do seguro pago à província. Comentou ainda que o sistema de administração do Canadá é inteiramente público, inclusive o seguro é público (sem competidor privado), possui abrangência (todos os serviços necessários do ponto de vista médico) e acessibilidade dos planos provinciais, tendo 63% dos seus médicos atuando na atenção básica. Conselheiro **Mozart** mencionou que no Brasil o Sistema Único de Saúde - SUS, não tem se debruçado sobre isso; é abstrato para o cidadão, se relacionando com o mesmo através de serviços que não estão ainda estabelecidos na rede. Criticou o novo sistema por não ter regra para definir os seus representantes diante da sociedade, pois as entidades entravam e saíam do SUS conforme os seus interesses. Exemplificou que havia estados brasileiros que não prestavam assistência ao parto; só ofereciam assistência naquilo que lhes convinha. Ressaltou que o SUS necessitava de reforma, ato contínuo, para qualificar e identificar os serviços, definindo-os conforme recursos disponíveis, orientando o cidadão sobre os locais de atendimento de acordo com a sua necessidade. Enfatizou que as entidades prestadoras desses serviços teriam que fazer contratos objetivos de direito público que definissem as suas responsabilidades perante o sistema, não podendo entrar e sair do mesmo, em função de suas conveniências. Reconheceu todo o arcabouço lógico dos estudiosos que criaram os sistemas dos países do primeiro mundo mas, reforçou que a realidade brasileira teria que ser identificada por nós mesmos, encontrando soluções, conforme a **Dra. Célia** abordou ou seja, qualquer caminho a seguir, deveria ser dotado de análise específica e realizado de forma profissional, buscando, pelo CNS, acompanhamento e modernização do sistema, através de reforma e adaptação do SUS conforme os preceitos constitucionais, não devendo ser feito pela emoção, mas pela análise cuidadosa e em conjunto de cada passo a ser dado, tornando o sistema cada vez mais útil à sociedade. Conselheiro **Mozart** justificou que não estava preparado para aquele debate pois nem sequer tinha lido previamente o trabalho da **Dra. Célia**, cuja explanação havia trazido luz, esclarecimentos e informações aos Conselheiros, devendo suscitar, de imediato, uma assunção de responsabilidades pelo CNS, conforme já mencionado. Conselheiro **Komora**, coordenador da mesa, lembrou que todo o material daquela apresentação foi remetido antecipadamente aos Conselheiros, pela Coordenação do CNS. Passou a palavra para o Conselheiro **Newton** que recordou ter vindo buscar a **Dra. Célia** em Brasília na década dos anos 70, iniciando na Paraíba um trabalho de administração hospitalar em termos racionais e modernos. Disse ainda que depois ele esteve na França, fazendo um curso sobre Administração Hospitalar, obtendo uma visão mais ampla, trabalhando a partir de 1994, na Coordenação Geral dos Hospitais Universitários do país. Verificou, pelas informações trazidas pela expositora, a certeza de que Saúde não se improvisa, sendo necessária uma gestão eminentemente técnica e pautada não só nos conceitos sociais, mas nos conceitos políticos e ideológicos do momento. Revelou ter aprendido, na visão da **Dra. Célia**, esses conceitos fundamentais, tendo sido reforçado naquele Conselho, a certeza de que Saúde se faz com competência, financiamento e vontade política. Parabenizou a **Dra. Célia** demonstrando emoção em revê-la. Conselheiro **Jocélio** achou extraordinário o volume de informações que a **Dra. Célia** apresentou. Fez-lhe duas perguntas: **1)** O que traziam de novo para a saúde, as mudanças políticas governamentais que estavam acontecendo no Canadá, França, Espanha e particularmente na Inglaterra, com a vitória do partido trabalhista; e **2)** Diante da frase *“o custo da mudança do sistema gestor é alto e os resultados vem a médio prazo”*, o que significaria *“alto”*? Seria treinamento? A seguir, Conselheiro **Gilson** manifestou satisfação pela exposição da **Dra. Célia** e por estar vivendo um novo momento do CNS, ao entrar em questões que lhe davam mais substâncias, conduzindo o papel dos Conselheiros a um rumo mais eficiente através da reflexão no material ali apresentado. Elogiou também a intervenção do Conselheiro Mozart. Perguntou a **Dra. Célia** se pela gama de conhecimentos seria possível fazer um raciocínio prospectivo para o Brasil, da crise que estamos vivendo, das questões que estavam sendo colocadas, da relação do Sistema de Saúde Brasileiro com o modelo econômico atual, acordos internacionais, cobrança por fora, enfim, todos os processos de desregulação que o país estava assistindo. Conselheiro **Komora** informou ter assistido recentemente uma palestra pelo Prof. Eugênio Vilaça, também batalhador e mestre na área de Sistema de Saúde. Enfatizou a revolta que se tinha quando alguém recebia recursos públicos, constituía um hospital ou uma clínica especializada e depois, resolvia sair do sistema de saúde. Por outro lado, considerou imoral, o pagamento, pelo sistema, de dois reais por consulta médica. Lembrou que o contrato, celebrado pelo antigo INAMPS, com as entidades públicas, privadas e filantrópicas, dizia que o equilíbrio econômico da relação, tinha que ser respeitado. Frizou que isto não estava sendo cumprido, resultando em problema para todos. Sinalizou que certas coisas presentes nos sistemas bem sucedidos, estão no componente operacional, no estrutural e no organizacional ou seja, coisas simples como: **a)** cadastramento de clientela, programação concreta cujo papel de estímulo deveria ser do Ministério da Saúde; **b)** protocolos médicos para evitar uso inadequado e dispendioso de medicamentos, devendo esses protocolos serem elaborados pelas



sociedades médicas as quais tem autoridade e compromisso social de fazê-los, sendo necessária essa cobrança por parte do Ministério da Saúde; **c)** estímulo à economia, acoplado ao controle externo e auditoria (número de consultas, número de exames, número de procedimentos, etc.), sendo também responsabilidade do Ministério da Saúde, mesmo que fosse para propor às Secretarias Estaduais e Municipais; **d)** Construção de indicadores de resolutividade da rede de ambulatórios, de diagnósticos e da assistência farmacêutica. Observou que sistemas com bons resultados tem outros acessórios como, “home care” para pacientes graves, sistema de resgate técnico e outros. Concluiu dizendo que a organização do sistema e o controle da assistência cotidiana ao cidadão teria que partir como uma proposta do Ministério da Saúde que não seria mais um executor e sim um regulador, proponente e um financiador, nos moldes do sistema internacional. Perguntou a **Dra. Célia** e ao **Conselheiro Mozart** se eles concordavam com suas colocações e como se desencadearia esse processo. Conselheiro **Omiton** fez alusão sobre reportagem publicada na revista Exame, falando dos gastos na Saúde, sobretudo na área privada, mostrando o custo que as empresas pagavam anualmente aos empregados, onde o custo no Brasil (1.250 dólares) estava bem próximo ao que pagava o empresário americano (1.300 a 1.400 dólares) e muito distante do que pagava o empresário canadense (500 dólares). Perguntou a **Dra. Célia** se ela havia lido a referida reportagem e que relação existia entre o sistema de saúde do Canadá e o nosso sistema, quanto a gasto por empresa. Quiz saber ainda se seria possível no Brasil, o que ocorre nos estudos do “managed care” (assistência médica administrada), onde os médicos são descredenciados quanto não prescrevem os medicamentos disponíveis numa das prestadoras de serviços de seguradoras americanas. **Dra. Célia** passou a responder às perguntas. Quanto às mudanças políticas governamentais nos países abordados pelo Conselheiro **Jocélio**, disse estar acompanhando à distância, mas achava cedo para avaliar as tendências do governo trabalhista. Disse que não houve desestruturação completa dos sistemas nas reformas de 94/95, mas as avaliações mostravam que não foram resolvidas as questões centrais. Sinalizou que, por outro lado, o governo trabalhista foi enfático ao falar que manteria a política econômica. Comentou que aquele era o problema de todos os governos de esquerda ou de oposição aos conservadores, quando assumiam o poder. Deu como exemplo, a Itália, Alemanha e Espanha. Colocou como questão, a capacidade daqueles governos em não partirem de premissas muito diferentes dos aliados conservadores no plano macroeconômico, com políticas muito complexas. Observou que as mobilizações políticas estavam mais relacionadas à previdência social como um todo e a perda de direito, do que à saúde. Comentou existir, até o momento, no plano social, cartas de intenções que não transpõem recursos e que, o grande problema é o índice de 10% de desemprego estrutural. Ressaltou que toda reforma implicava em investimentos altos, gastos com administração, avaliação, desenvolvimento de indicadores, contratos, etc. Manifestou preocupação com alguns traços da nossa reforma, pois a política do Ministério da Saúde era gerencial, local, havendo necessidade de uma política de diretrizes claras, de nível nacional, numa perspectiva que estivesse condizente com a constituição. Mencionou que qualquer política de reforma era transitória por definição, pois, na medida que se começava a implementá-la, se mexia com atores na arena política e os resultados eram muitas vezes inesperados, sendo preciso se trabalhar com dados de realidade. Disse ainda que o risco de fragmentação vivido no país é muito grande, sem uma condução clara, devido ao não desenvolvimento de instrumentos que facilitassem tal condução, dependendo de trabalho árduo. Lamentou a falta de negociação técnica e política do governo diante da necessidade de se desenvolver mecanismos de controle. Enfatizou que para termos uma política universalizante e equitativa seria necessário compactuar, incorporando graus de desigualdades. Acrescentou que a diferença entre a incorporação de graus de desigualdade numa política equitativa e neoliberal, era a pactuação clara com os diversos atores (prestadores, sindicatos, usuários, planos privados e públicos) e portanto, o governo não poderia banir a capacidade de pactuação, ao considerar atores parasitas ou corruptos, como rótulos generalizadores. Quanto à falta de padronização de protocolos colocada pelo **Conselheiro Komora**, a **Dra. Célia** disse que cada vez estava ganhando mais força, principalmente nos EUA onde a Associação Médica norte-americana sempre foi a mais forte do mundo. Sinalizou que a elevação dos custos foi motivada pela incapacidade de coordenação do setor público e que médicos estavam sendo descredenciados ou demitidos, se saíssem dos padrões estabelecidos. Considerou a proposta do **Conselheiro Komora** importante para o Brasil pois a incorporação tecnológica passou a ser feita por pressão de mercado, onde os planos de saúde é que vêm fazendo isto de forma autoritária, ficando os médicos sem reagir, devido a problemas de mercado de trabalho. Enfatizou a necessidade de se perder um pouco a visão imediatista, do despercimismo, das dificuldades conjunturais e prosseguir para a construção dos projetos, cujas etapas do planejamento seriam extremamente difíceis, mas que teriam de ser vencidas. Afirmou ser um processo de construção e desconstrução, em que se provoca o debate, pactua, negocia, implementa e, nunca termina. Citou o exemplo da Alemanha, com leis de contenção de custos na assistência médica, previstas até o ano 2004. **Dra. Célia** ressaltou ainda outros pontos, dizendo que o estado não era mais provedor, mas regulador e que aquela máxima deveria ser assumida no Brasil. Destacou que, em algumas áreas, o setor privado não entrava por falta de poder aquisitivo da população. Reforçou que o processo de descentralização teria enfoque de aliviar o nível central e não de aproximar as necessidades, da oferta.

Quanto às perguntas do **Conselheiro Omilton**, a **Dra. Célia** disse não ter visto o artigo da revista Exame mas, sobre o aspecto abordado, o que nos unia ao EUA, era a força do setor privado embora seja forte naquele país e pouco regulado no Brasil, sem o acompanhamento do setor público, com risco de exclusão; e, o que nos afastava do Canadá, era que nele o seguro público cobria a maioria dos custos e consequentemente o gasto das empresas seria menor. Conselheiro **Omilton** mencionou que no Brasil, a empresa pagava duas vezes ao que **Dra. Célia** arguiu dizendo que na realidade a contribuição na era dupla porque o imposto geral ou previdenciário não era para a saúde. Lembrou que, apesar das críticas à sociedade americana, a questão dos direitos é muito mais garantido. Conselheiro **Dellape** argumentou que o pagamento mencionado pelo Conselheiro **Omilton** era duplo mesmo, pois, quando a contribuição previdenciária era de 6%, passou a 8% com justificativa de ser repassado 30% para a Saúde, tendo sido instituído há 25 anos e nunca retirado. Informou a **Dra. Célia** que houve várias tentativas de regulamentação de planos de saúde e na última, o ex-ministro Adib Jatene acompanhou, nomeou grupo, mandou para a Câmara e aguardava-se o resultado final. **Dra. Célia** disse ter acompanhado tal negociação, acolhendo-a com satisfação. Despediu-se, do Plenário, recebendo agradecimentos da mesa. Conselheiro **Mário Scheffer** manifestou preocupação da entidade dos portadores de patologia, quanto a notícias nos jornais do dia anterior, dizendo que o governo estava com uma proposta pronta sobre a questão do plano padrão, do ressarcimento e do fundo de alta complexidade. Estranhou saber que tal medida já iria passar pelo Congresso sem antes ser discutido no CNS. Propôs que o **Dr. Nelson**, Coordenador Geral do CNS, solicitasse ao Ministro para que a proposta referida viesse para discussão no CNS, lembrando que o plano padrão já havia sido recharçado pelo mesmo, ao qual foi apresentada uma contra proposta. Informou que na semana seguinte iria ser realizado um ato público em São Paulo, em defesa da proposta do CNS. Conselheiro **Mozart** retornando ao assunto em pauta, fez um fechamento final com os seguintes comentários: **1)** Na estratégia de construção do SUS deverá se analisar, do ponto de vista epidemiológico, as necessidades de cada conjunto populacional dentro do território; a oferta tende a condicionar a demanda; **2)** A resolutividade só poderá ser feita diante da análise epidemiológica; e **3)** Resgate da questão da organização de serviços sob o ponto de vista físico, de capacitação de recursos humanos, elaboração de normas, padrões, protocolos, etc. pois não será possível prover uma boa rede de serviços, sem organização; há necessidade de estruturar e organizar as bases de cooperação. Conselheiro **Mozart** lembrou a postura que sempre o CNS levantou, diante de determinados impasses colocados pelo sistema, sobretudo em relação ao cidadão. Encerrou dizendo que enquanto não houver uma conscientização da responsabilidade de se fazer o que ali foi apresentado, o sistema seguirá sem direção. **ITEM 06 - RELATO DA REALIZAÇÃO DA PLENÁRIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE** - Conselheiro **Jocélio** relator da matéria, informou que após a 10ª conferência Nacional de Saúde, foi realizada a 1ª Plenária de Conselhos de Saúde e no dia 16 de abril aconteceu a 2ª Plenária, cujo relatório foi entregue a todos os Conselheiros. O relator destacou a presença do **Dr. Rafael Guerra** - Presidente do CONASS, **Dr. Gilson Cantarino** - Presidente do CONASEMS, **Dr. Amadeu Bonato**, Conselheiro Suplente da CONTAG, Conselheiro **Carlos Alberto Komora** representante dos Prestadores de Serviços de Saúde, dentre outras autoridades presentes no evento. Ressaltou que a Plenária reuniu 21 (vinte e um) Conselhos Estaduais e 32 (trinta e dois) Conselhos Municipais de Saúde, além de Conselhos locais e distritais. Informou que ficou definido na Plenária os seguintes pontos: **a)** Reforçar atos públicos, manifestação nos Estados em defesa do SUS e pela aprovação da PEC 169; **b)** Elaborar um abaixo-assinado a favor da PEC 169, a passar junto aos usuários do SUS; **c)** Elaborar uma moção, a ser aprovada em todos os Conselhos de Saúde do país, Câmaras Municipais e Assembléias Legislativas dirigida ao Presidente do Senado e da Câmara e a todas as lideranças partidárias da Câmara Federal e do Senado, além de outras autoridades, pela imediata aprovação da PEC 169; **d)** Entregar o abaixo-assinado e a moção em Brasília, em uma manifestação, no dia 20 de agosto, levando-os à Câmara Federal, Senado, Ministério da Saúde, Ministério da Fazenda, Ministério do Planejamento e Presidência da República. Comentou que poucas entidades nacionais estavam presentes, que foi cobrado a participação de mais Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde e de mais representantes dos usuários. Com relação ao Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, citou que o **Dr. Nelson Rodrigues** abordou o tema, explicou como seria o trâmite da aprovação final do relatório e a importância da divulgação do mesmo no país. Quanto ao Plano de Metas do Governo para a Saúde, tema abordado pelo **Dr. Álvaro**, informou ter sido polêmico, face a complexidade da questão. Ressaltou que a Plenária não votou nada, mas levantou hipóteses para que no próximo evento, agendado para 19/08/97, possa estar configurado melhor o papel e o financiamento de uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Declarou acreditar ter sido a Plenária bastante produtiva e que depende do Conselho Nacional de Saúde viabilizar ou não este conjunto de propostas. Informou sobre a realização do Ato Público em defesa do SUS marcado para o dia 20/08/97 em Brasília. Conselheiro **Komora** salientou que o Ministério da Saúde e o CNS não deram a devida importância a essa Plenária de Conselhos de Saúde. Levantou os seguintes questionamentos: “- *Será que foi porque o movimento dessa Plenária ainda é muito incipiente ou está um pouco desorganizado? Houve muita boa vontade da Coordenação Geral do Conselho Nacional de Saúde para nos ajudar mas, por exemplo, o Ministro acabou não sendo convidado. Acho que*

foi uma pisada de bola nossa. Será desconfiança? Será que a gente está achando que esse movimento de Plenária é um movimento desse ou daquele grupo político? Porque se for isso, eu quero antecipar dizendo que não seria. Será que foi falta de tempo dos membros do Conselho para comparecer? Será que foi falha de comunicação, de insistir, de reiterar que tinha Plenária? Ou será que nós sofremos, no caso da Plenária, a mesma coisa que os Conselheiros Estaduais e Municipais se queixaram o tempo todo, falta de custeio?”. sugeriu que o Plenário discutisse estes questionamentos considerando que muitas coisas que estão acontecendo no âmbito da saúde no país, inclusive toda essa discussão que mobiliza a imprensa, e que hoje mobiliza as áreas econômicas, o Congresso Nacional, seriam resultante desse processo de atuação dos Conselheiros de Saúde, no âmbito municipal, estadual e nacional. Comentou ainda sobre a Conferência Nacional de Saúde On-Line e a importância da comunicação. Concluiu propondo que os Conselheiros questionem o porquê de não terem comparecido ao evento. Parabenizou **Dr. Álvaro** pela apresentação do Plano de Metas durante a 2ª Plenária de Saúde. Conselheiro **Gilson Cantarino** informou ter ficado impressionado com o nível das discussões na Plenária, com seriedade e sem corporativismo. Manifestou-se satisfeito em poder acompanhar a qualidade dos trabalhos e criticou a falta de custeio referida por vários participantes. Após discussões relativas a garantir maior participação dos Conselheiros e estratégias a serem adotadas no próximo evento a Comissão elaborou uma Moção em Defesa do SUS a ser enviada aos participantes dessa Plenária e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que foi **APROVADA** pelo Plenário. **ITEM 07 - RELATO DA 10ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTOS DAS RECOMENDAÇÕES E MOÇÕES - Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**, relator do tema apresentou ao Plenário cópias impressas de páginas da “*Conferência Nacional de Saúde On-Line - Uma Proposta em Construção*”, tal como estão hoje em sua fase de discussão, no endereço: [www.datasus.gov.br/cns/cns.htm](http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm). Explicou que a Conferência Nacional de Saúde On-Line significa colocar na Internet informações de todas as Conferências Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, Resoluções dos Conselhos de Saúde, etc..., disseminando e permitindo acesso a informações sobre saúde e o SUS, estimulando a participação, de forma livre, independente, democrática e dinâmica. Passou a palavra à **Dra. Maria Luíza** que destacou a ajuda do Sr. Ezequiel, Técnico da DATASUS, idealizador desta possibilidade de divulgação das questões de saúde. **Dra. Luíza** apresentou os objetivos princípios e propostas da Conferência On-Line que deverá buscar complementações nos seguintes computadores: **1.** vinculados à Rede Nacional de Informações em Saúde; **2.** da Procuradoria Geral da República; **3.** do Congresso Nacional; **4.** das entidades da sociedade civil; e **5.** de outras entidades interessadas. Passou a palavra ao **Sr. Ezequiel** que detalhou melhor a proposta. Conselheiro **Komora**, coordenador da mesa, no momento, manifestou a satisfação de ver uma excelente proposta, parabenizando o grupo pelo trabalho. **Dra. Maria Luíza** procedeu a leitura da proposta de Resolução que aprova a criação e delega ao Coordenador Geral do CNS a coordenação do processo de implementação da “*Conferência Nacional de Saúde On-Line*” e dá outras providências. Colocado em discussão e a seguir em votação. O Plenário posicionou-se **FAVORÁVEL** à Resolução. **ITEM 08 - LEITURA E APROVAÇÃO DAS ATAS 63ª E 64ª E APROVAÇÃO DA PAUTA** - Colocada em aprovação a ata da 63ª RO, que foi aprovada pelo Plenário nos termos. A ata da 64ª RO posta em aprovação, teve propostas de emendas pelo Conselheiro **Omlton** que solicitou a inclusão de proposta de Oficina de Trabalho sobre Política de Genéricos para o País na seguinte forma: “*Conselheiro Omlton propôs a realização de uma Oficina de Trabalho, com o objetivo de discutir e formular uma política de genéricos para o país. Aprovada uma resolução que deverá ser formulada e ser objeto de apreciação e aprovação por ocasião da 65ª RO do CNS*”. E na página 22, linha 1312 - “*O Senhor Secretário de Saúde, mencionou que foi solicitado o andamento do Projeto de Lei do Conselho Municipal na Câmara de Vereadores de São Paulo, quando foi constatado que o mesmo encontrava-se retido na Comissão de Justiça nas mãos de um vereador do PT*”. O Conselheiro **Omlton** propôs e foi aprovado que seja, este Senhor Vereador identificado e convidado para participar de uma próxima reunião do Conselho Nacional de Saúde. Conselheira **Albaneide** solicitou que fosse acrescido a linha número 690 “*foi colocado quanto a necessidade de descentralização, mas gostaria que o plenário discutisse com detalhes a descentralização das ações do INAN, CEME e da Vigilância Sanitária*”. A ata da 64ª RO foi aprovada com as alterações que constarão do final da mesma. **INFORMES - Informe I** - Conselheiro **Oswaldo** solicitou ao plenário, que fosse lida uma carta endereçada a Senhora **Zélia Maria dos Santos** - Presidente da FENASP e assinada pelas Senhora **Maria Terezinha Infantis Yamuchi** - Presidente do Centro Médico de Ribeirão Preto e o Senhor **Jovenal Setolui** - Presidente do Fórum de Defesa Profissional, cujo o teor versava sobre o repúdio a abertura de treze novas escolas médicas no país, como pretensão de algumas instituições de ensino - entre elas certamente algumas que foram chamadas, recentemente, no jornal “*Folha de São Paulo*”, de fábrica de diplomas e profissionais medíocres - pior que não ajudar, agravaria a situação. Informado ao Conselheiro que esse assunto seria ponto de discussão no dia seguinte da reunião plenária. **Informe II** - Conselheiro **Gilson Cantarino** fez a leitura do seu parecer a Moção da 10ª Conferência Nacional de Saúde sobre Ementa: Situação Jurídica do Pessoal contratado a partir de 1986 na forma das disposições contidas no Título X, Seção II, art. 1216 é seguintes do Código Civil para prestação de serviços destinados a erradicação é o controle de endemias em áreas onde haja

transmissão atual ou potencial. Foi aprovada uma recomendação com adendo do Conselheiro **Jocélio**, que seria redigida pelo Conselheiro **Gilson Cantarino**. **Informe III** - Conselheiro **Carlos Alberto Komora Vieira** apresentou parecer a um conjunto de 3 (três) situações distintas, em Olinda, São Luís, Maranhão e Alagoas, denunciada por entidades diretamente prejudicadas. Informou que em Olinda, até onde pode apurar a situação foi superada, pelo que vale registrar o ocorrido e a recomendação ao DECAN e a C.I.T para que desencadeassem medidas de sua esfera de competências para responsabilizar, se for o caso, os gestores pelo mau gerenciamento do SUS a eles confiado. Quanto às denúncias do Maranhão e Alagoas em que pese a gravidade dos fatos ali apresentados, insistindo informou que deve ser juntada a manifestação dos gestores locais e regionais e, sobretudo dos Conselhos Municipais de Maceió, São Luís e Estaduais do Maranhão e Alagoas. Apresentadas ao plenário denúncias feitas pelos CMS de Imperatriz e Balsas e pelo Movimento Popular de Saúde - MOPS do município de Amarante todos dos Estado do Maranhão. Após discussões o plenário decidiu que aos municípios de Imperatriz, Balsas e Amarante - MA, seria formado uma comissão constituída de um representante do CNS, da SAS e Auditoria para dirimir dúvidas sobre as questões. **Informe IV** - Conselheiro **Gilson Cantarino** apresentou o seu parecer ao Projeto de Lei nº 2636/96, que dispõe sobre Ouvidorias do Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Lido o parecer emitido pelo **Dr. José Paul Freire de Carvalho** jurista do Rio de Janeiro, cujo os comentários finais: *"foram que muito embora o PL em tela, contemplasse uma proposta da 10ª Conferência Nacional de Saúde, objetivando o aprofundamento do controle social e democratização do SUS, na sua opinião sua vinculação com os Conselhos de Saúde não se encontra claramente definida no projeto, pois aos Conselho caberia apenas a indicação dos ouvidores. Acredita que tal vinculação deveria ser operacionalizada não com a criação de mais um órgão especializada no âmbito da Administração Pública, mas um fortalecimento das atuais atribuições dos Conselhos de Saúde. Sugeriu que em vez da criação de um órgão especializado, sejam os Conselho de Saúde provido dos meios necessários do seu pleno funcionamento como ouvidorias, como legalmente e de fato já se constituem, sendo cada um dos seus Conselheiros um ouvidor a Serviço da Sociedade. Acreditamos que o fortalecimento do Controle Social deve ser dar por dentro dos Conselhos de Saúde, que constituem as instâncias mais transparentes plurais e democráticas na representação dos interesses da sociedade na Área de Saúde Pública"*. O plenário propôs que fosse feito convite ao Deputado Tuga Angerami para uma conversa sobre o PL para que seja proposto alguma ementa ao referido projeto. **ITEM 09 - RECURSOS HUMANOS PARA À SAÚDE - CRIAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL E EQUACIONAMENTO DE QUESTÕES, LIGADAS AO PLANO DE QUALIFICAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, À MESA DE NEGOCIAÇÃO, NOB DE RECURSOS HUMANOS, REMUNERAÇÃO DE RH E ANÁLISE DO DECRETO Nº 2.207 DE 15 DE ABRIL DE 1997 E PORTARIA Nº 531 DE 10 DE ABRIL DE 1997** - Conselheiro **Newton** apresentou ao Plenário a proposta de **REINSTALAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS - CIRH** considerando a exigência legal e o estado de desativação do funcionamento da mesma. Destacou como objetivo imediato da CIRH: a definição do preceito legal *"ordenar recursos humanos para saúde"*; *necessidade social de profissionais e cursos; mercado de trabalho e qualidade da prestação de serviços*. Citou também que a CIRH deveria considerar a formação/capacitação profissional e gestão de Recursos Humanos, considerando os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, Conferências de Recursos Humanos e de áreas que estudam a questão. Propôs que a CIRH deveria ter um prazo definido para apreciação e aprovação do Plenário. Conselheiro **Mozart** destacou a visão de intersectorialidade da CIRH articulada à questão da ciência, tecnologia e da pesquisa. Citou o artigo 14 da lei Orgânica que disciplina as Comissões Permanentes de Integração entre os Serviços de Saúde e as Instituições de Ensino, comentando que esta questão não evolui e que deveria constituir ponto de pauta em reuniões do CNS. Solicitou ouvir Dr. Roberto Nogueira a cerca da matéria. **Dr. Roberto Nogueira** - Coordenador de Recursos Humanos para o SUS, concordou com o Conselheiro **Mozart** relativo ao caráter necessariamente intersectorial da CIRH. Comentou sobre a formação de pessoal nos diversos níveis e discussões a respeito; sobre a articulação dos Ministérios da Saúde, Educação e do Trabalho no sentido de criar e manter trabalho para o nível médio frente as perspectivas de Reforma do Estado, lembrando a questão dos Atendentes de Enfermagem ameaçados de demissão, e, sobre a formação de pessoal para o Programa de Saúde da Família. Relativo à gestão de pessoal frente a Reforma do Estado, criação de novas modalidades de contratação, retorno da CLT, contratos temporários, etc... colocou ser objeto de grandes discussões entre trabalhadores, gestores e gerentes. Sugeriu a participação de 01 (um) representante do Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, na CIRH/CNS. Enfatizou que ao discutir Política de Recursos Humanos faz-se necessário trabalhar na formação e na gestão de pessoal. Levantou a necessidade de discutir sobre estratégias na capacitação dos gerentes locais e do gestor municipal. Em referência ao artigo 14 da Lei Orgânica, **Dr. Roberto** destacou a importância das Comissões e que a matéria vem sendo conduzida junto às Bipartites, principalmente agora com o advento do Programa de Saúde da Família. Conselheiro **Newton** entrevistou esclarecendo, sobre estudos feitos pelas Comissões de Especialistas/MEC e Comissão de Ensino Médico, junto ao Ministério da Saúde, objetivando propor às Universidades diretrizes para formação do médico, com vistas à saúde da

família. Conselheira **Rita** propôs a inclusão de 01 (um) representante do segmento previdenciário na CIRH. Conselheiro **Dellape** lembrou a recomendação da Conferência de Saúde de 1977, referente ao Agente Comunitário. Comentou que hoje o programa está melhor estruturado e que o Enfermeiro volta a fazer visita domiciliar como fazia há 40 anos. Comentou sobre a situação do Atendente de Enfermagem; a desproporção entre a equipe médica X equipe de enfermagem; mão-de-obra de saúde; a formação médica atual e a necessidade do país em investir na educação. Quanto à Mesa de Negociação falou que deverá ser especificado o real objetivo da mesma. Conselheiro **Newton** colocou em discussão a composição da CIRH. Após discussões no Plenário a proposta de instalação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos foi **APROVADA** com a seguinte composição: um representante do Ministério da Saúde; um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; um representante do Ministério da Educação e do Desporto; um representante do Núcleo de Estudos de Recursos Humanos de Saúde da FIOCRUZ; um representante da Federação Nacional dos Médicos; um representante da Associação Brasileira de Enfermagem; um representante de Outros Profissionais de Nível Superior de Saúde; um representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde; e um representante das Entidades Nacionais de Portadores de Patologia e Deficiência. Destacou que: **1.** Todas as indicações deverão recair em dirigentes, técnicos e profissionais envolvidos e experientes na área de Recursos Humanos de Saúde; e **2.** Ficam indicados o DIESE e a CINAEM ao Nível de Assessoria Permanente. Ficou definido propor para esta Comissão Intersetorial a missão inicial de definir nos aspectos conceitual e de articulações intersetoriais, as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos de saúde (Lei 8.080/90, Art. 6º), de criação Comissões Permanentes de Integração Serviço-Ensino (Lei 8.080/90, Art. 14), participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Lei 8.080/90, Art. 15), e aplicação dos objetivos da formalização e execução da política de recursos humanos, critérios de preenchimento dos cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, e a regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço (Lei 8.080/90, Título IV), assim como elaborar proposta de plano de trabalho a ser apreciada e aprovada pela plenária do Conselho Nacional de Saúde. Esta Comissão teria 60 (sessenta) dias a partir do preenchimento das suas representações, para apresentar ao Conselho o seu relatório de atividades. Conselheiro **Dellape** solicitou registro em ata que: “- esta Comissão feita sem educadores, irá chegar aos resultados que as outras anteriormente formadas chegaram, e daqui um ano eu vou cobrar”. A seguir o Conselheiro **Jocélio** apresentou ao Plenário, uma decisão do CNS tomada há 3 (três) meses atrás sobre o **Conselho Gestor do Projeto de Qualificação Profissional (Nível Médio)** relatado pelo Dr. Roberto Nogueira. Conselheiro **Jocélio** colocou que o Conselho Gestor seria pequeno e ágil nas decisões. Propôs a participação de 05 (cinco) membros (MS, CONASS, CONASEMS, CNTS e CNTSS), questionou se o setor privado integraria este Conselho Gestor. Conselheiro **Newton** colocou em discussão se seria uma subcomissão? Se integraria à CIRH ou se teria a configuração de uma comissão independente? Conselheira **Rita** considerou que, por tratar-se de um programa, seria mais produtivo se houvesse um grupo específico para o mesmo. Conselheiro **Gilberto** propôs a participação de 01 (um) profissional de nível superior. Dr. Roberto sugeriu a participação de 02 (dois) representantes do MS e no segmento Profissional de Saúde de Nível Superior 01 (um) representante de Enfermagem. Conselheiro **Gilberto** explicou que em fórum específico seria determinado o representante e que possivelmente seria da Associação Brasileira de Enfermagem, pelo contingente de pessoal de nível médio. Colocado em votação, o Plenário **APROVOU** a seguinte composição: 02 (dois) representante do MS; 01 (um) do CONASS; 01 (um) do CONASEMS; 01 (um) da CNTSS; 01 (um) da CNTS e 01 (um) representante de Entidade de Nível Superior. **REINSTALAÇÃO DA MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO** - Propôs a constituição da mesa com 08 (oito) membros empregadores e 08 (oito) trabalhadores. Citou que o setor privado não quis participar. Dos Empregadores seriam: CONASS - 02 (dois); CONASEMS - 02 (dois); Ministério da Saúde - 02 (dois); MEC - 01 (um); MARE - 01 (um); e dos Trabalhadores seriam: Entidades Sindicais de Categoria Profissional - 04 (quatro); Representações das Entidades Gerais dos Trabalhadores - 04 (quatro) (01 (um) da FENASP, 01 (um) da FETRAMS, 02 (dois) da CNTSS mais as 04 (quatro) Federações de Profissionais). Conselheiro **Newton** colocou em discussão. Conselheiro **Dellape** citou que o MS não teria competência de discutir salários, seriam 02 (duas) vagas sem o que dizer, a discussão salarial seria do MARE. Conselheiro **Jocélio** reforçou a proposta. Conselheiro **Eurípedes** questionou a inclusão do Ministério do Trabalho - MT. Comprometeu-se a levar a questão dos Recursos Humanos e da Mesa de Negociação para apreciação junto às outras entidades médicas. Conselheiro **José Lião** propôs a participação da Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde - CNTS. Conselheiro **Jocélio** respondeu que a inclusão do MT não foi discutida e quanto a CNTS, por falta do setor empregador privado, ficaria prejudicado o diálogo. Conselheiro **José Lião** na condição de Presidente da CNTS reforçou sua proposta. A proposta foi colocada em votação sendo **APROVADO** a seguinte composição: Ministério da Saúde - 02 (dois) representante; CONASS - 02 (dois); CONASEMS - 02 (dois); MEC - 01 (um); MARE - 01 (um); MT - 01 (um); CNTSS - 02 (dois) (sendo 1 (um) estadual); CNTS - 01 (um); FENASP - 01 (um); FETRAMS - 01 (um); Federação Nacional dos Psicólogos -

01 (um); Federação Nacional dos Enfermeiros - 01 (um); Federação Nacional dos Médicos - 01 (um); e Federação Interestadual dos Odontólogos - 01 (um) representante, num total de 18 (dezoito) membros.

**ANÁLISE DO DECRETO Nº 2.207 DE 15/04/97 E DA PORTARIA/MEC Nº 531 DE 10/04/97** - Conselheiro **Newton** procedeu a leitura do artigo 10 do Decreto 2.207, comentou quanto a abertura de vários cursos de saúde no período de dezembro/96 a abril/97 e as negociações entre os Ministérios da Saúde e da Educação, apresentando então a proposta de uma **COMISSÃO INTERMINISTERIAL**. Conselheiro **Newton** procedeu a leitura da Minuta de Portaria Interministerial - artigo 10: criar a Comissão Interministerial com a finalidade de definir e propor: **a)** procedimentos, critérios, parâmetros e indicadores de qualidade para orientar a análise dos pedidos de autorização de cursos de graduação em MEDICINA em ODONTOLOGIA e em PSICOLOGIA; **b)** critérios e parâmetros de necessidade social para orientar a análise dos pedidos de autorização dos cursos de graduação em saúde e procedimentos a fins; Artigo 2º - A comissão seria presidida pelo Senhor Secretário da Educação Superior do MEC e integrada por: 01 (um) representante do MEC - pelos Senhores Abílio Afonso Baeta Neves e Luis Roberto Liza Curi; pelos representantes das áreas de Medicina, Psicologia e Odontologia; 02 (dois) representantes do MS - a definir. A respectiva comissão teria um prazo até 30/06/97 a partir da publicação para concluir seus trabalhos. Conselheiro **Newton** explicou que as Comissões de Especialistas do MEC são comissões assessoras, com pessoas de notório saber e que caberia ao MS compor essas comissões com 01 (um) representante em cada. Foi colocado a Minuta em discussão. Conselheiro **Gilberto** sugeriu a inclusão no Artigo 1º de: “*todos os cursos da área de saúde*”. Conselheiro **Paulo** afirmou ser este Decreto inconstitucional não contemplando as demais profissões. Informou que o Fórum dos Profissionais de Saúde estaria trabalhando com assessoria jurídica, mostrando a inconstitucionalidade do Decreto. Propôs que o CNS se posicione a este respeito. Conselheiro **Newton** solicitou que no Artigo 1º fosse mantido os subitens “*a*” e “*b*”, não representando redundância. **Dr. Nelson Rodrigues**, informou ter estado em reunião no MEC negociando a Minuta de forma que fosse paritária, mantendo a responsabilidade deste Colegiado em opinar sobre a necessidade social em todos os cursos da área de saúde. Conselheiro **Eurípedes** propôs Moção de Apoio ao Decreto, incluir os demais cursos e suspender os cursos abertos inadequadamente, antes que seja criado um fato social. Conselheiro **Saad** informou que a Comissão Especialistas de Ensino Médico já entrou com medidas judiciais para intervir junto às Universidades. Foi aprovada a Moção de nº 24 com seguinte texto: “- A Plenária do Conselho Nacional de Saúde tendo em vista que constitucionalmente cabe ao SUS ordenar a formação de Recursos Humanos na área da Saúde e a necessidade de formar profissionais na área da saúde com qualidade inquestionável. Tendo em vista que Universidades criaram cursos na área da saúde irregularmente, em desacordo com a Portaria 531 do MEC e M.P. 1.498, Manifesta: - Posição contrária a abertura dos cursos criados irregularmente; - Apoio a Portaria 531 e Decreto 2.207 do MEC, ressalvado o Art. 10 do referido Decreto, onde propõe se incluir os demais cursos da área da saúde. - Solicita todo o empenho da Assessoria Jurídica do MEC no sentido de tornar as medidas judiciais necessárias para que se cesse o funcionamento dos cursos criados ilegalmente”. Conselheiro **Newton** colocou em votação a Minuta de Portaria que cria a Comissão Interministerial (MS e MEC) e dá outras providências. Proposta **APROVADA** pelo Plenário.

**INDICAÇÃO 761/97 DO DEPUTADO ARLINDO CHINAGLIA SÃO PAULO - ÁREA DE SAÚDE** - No decorrer da apresentação do **ITEM 09**, o Conselheiro **Eurípedes** apresentou parecer relativo à Indicação 761/97, que sugere ao Poder Executivo a proposição de Projeto de Lei que altera as atribuições e composição da Comissão de Especialistas em Ensino Médico/MEC, proíbe a criação de novos cursos médicos e a ampliação de vagas nos cursos existentes, nos próximos 10 (dez) anos, e dá outras providências. Conselheiro **Eurípedes** explicou que a matéria veio ao CNS por solicitação da Assessoria Parlamentar da Presidência da República, e, que a mesma foi discutida na reunião passada. O Conselheiro relator procedeu a leitura da Indicação, com suas respectivas propostas de alteração e de seu parecer, posicionando-se **FAVORÁVEL** à sugestão do Senhor Deputado Arlindo. Destacou que na justificativa desta, é citado o trabalho que a Comissão Nacional de Ensino Médico - CINAEM vem desenvolvendo na área do ensino médico. Após comentários dos Conselheiros **Newton**, **Oswaldo** e **Gilson Cantarino**, favoráveis ao parecer apresentado, o Plenário considerou **APROVADO** o parecer do Conselheiro **Eurípedes**.

**PARECER SOBRE A NECESSIDADE SOCIAL DE ABERTURA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO - CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ** - Conselheiro **Artur Custódio** relator do processo, apresentou ao Plenário seu parecer posicionando-se à favor da criação do curso em pauta. O Plenário após apreciação do parecer do conselheiro relator e do Conselho Estadual de Saúde - RJ, votou **APROVANDO** o parecer relatado, posicionando-se portanto **FAVORÁVEL** à criação do Curso de EDUCAÇÃO FÍSICA em Goytacazes - RJ.

**ITEM 10 - RELATO DAS PRIMEIRAS RECOMENDAÇÕES E PRAZO DE ETAPAS SEGUINTE DA COMISSÃO DE REESTRUTURAÇÃO DO CNS** - Conselheiro **Newton** apresentou os resultados das reuniões da Comissão de Conselheiros designados na Resolução nº 211 de 05/12/96, para proceder a análise da composição atual do CNS e propor justificadamente sua recomposição. Conselheiro **Newton** colocou em discussão os diversos itens: **1)** quanto a participação do IDEC limite-se a presença das Comissões Específicas do CNS, quando convocado e em função de assessoria. Colocado em votação. **APROVADO**. **2)** Aprovar a participação no

Conselho, na qualidade de prestador, da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE, em substituição à Associação Brasileira de Hospitais. Colocado em discussão. Conselheiro **Omiton** colocou não haver condições de votação dessa forma. Conselheiro **Dellape** comentou que não competiria a este Conselho a possibilidade de alterar a composição, que poderia ser feito uma sugestão ao Senhor Ministro da Saúde que, caso ele aceitasse, poderia ser levado ao Senhor Presidente da República, que poderia ou não assinar. Outro ponto discordado pelo Conselheiro **Dellape** foi que o médico não tivesse um lugar permanente, explicando que o médico ainda é o capitão da equipe de saúde, portanto não poderia ter uma posição associada com outras pessoas e seria mais fácil aumentar o número de vagas do que tirar alguém. Conselheiro **Newton** citou que, quanto a participação do médico, seria discutido na composição final do CNS. Conselheiro **Mozart** falou que o CNS poderia propor ao Governo mudanças necessárias. Conselheiro **Omiton** comentou sobre a ausência de segmentos e que precisaria ser questionado se os mesmos teriam interesse em continuar participando do CNS, salientando que o Ministro quer um Ministério de resultados. Conselheiro **Gilberto** teceu os seguintes comentários/esclarecimentos: **1)** a comissão se reuniu duas vezes; **2)** houve discordância relativa ao item 04 da proposta; **3)** de que sinalizar 4 (quatro) vagas para trabalhadores e 4 (quatro) para profissionais de saúde dependeria de aprovação dos fóruns respectivos; e **4)** que existe a proposta de ampliação, feito pelo Conselheiro **Gilberto**, de mais 4 (quatro) vagas na composição total do CNS, passando de 32 (trinta e dois) para 36 (trinta e seis) Conselheiros, os Usuários ficariam com 18 (dezoito) vagas, isto é 50%, 8 (oito) vagas para Governo e Prestadores, 8 (oito) vagas para Profissionais e Trabalhadores e as 2 (duas) restantes contemplaria a CNC, CNI e CNA. Em relação as 8 (oito) vagas de Trabalhadores e Profissionais a proposta feita pelo Conselheiro **Gilberto**, foi a seguinte: “- 5 (cinco) vagas para Profissionais de Saúde, sendo 1 (uma) vaga para as entidades médicas, 4 (quatro) para serem disputadas por 31 (trinta e uma) entidades nacionais de profissionais que representam 13 (treze) profissões regulamentadas e 3 (três) vagas para sem disputadas em outro fórum composto por 4 (quatro) entidades nacional de representação geral. Conselheiro **Gilberto** reforçou que não foi dado unanimidade em relação ao proposto no item 04”. Conselheiro **Ferreira** reiterou as palavras do Conselheiro **Gilberto**. Posicionou-se contrário à redação em nome da Confederação Nacional do Comércio. Conselheiro **Newton** colocou que a decisão final tomada na segunda reunião da comissão foi unânime com excessão da composição. Conselheiro **Jocélio** solicitou seriedade na condução dos trabalhos. Com referência ao item 04 da proposta, informou existir problemas neste sentido. Citou que as 4 (quatro) entidades gerais de Trabalhadores de Saúde (CNTS, FENASPEs, FETRAMS e CNTSS) representam os níveis universitário, básico e médio da estrutura das várias Federações. Enfatizou que a CNTSS representa 131 (cento e trinta e um) sindicatos e mais algumas Federações. Ressaltou que reduzir de 4 (quatro) para 3 (três) vagas destinada às entidades gerais, seria impossível. Absteve-se de opinar quanto as vagas da entidades de categorias profissionais, reforçando que não daria para inclusão da categoria médica baixar uma das vagas e se as entidades de categoria profissional acham tão importante ter-se-ia que buscar outra alternativa, que não fosse retirar as vagas das entidades gerais. Disse ainda que como o médico é uma categoria profissional teria que ser discutido a vaga nesse campo. Conselheiro **Gilberto** reafirmou que no seu entendimento as entidades médicas devem ter uma vaga e as 7 (sete) restantes distribuídas da seguinte forma: 4 (quatro) vagas disputadas por 31 (trinta e uma) entidades nacionais de profissionais de saúde e 3 (três) para entidades gerais mencionadas anteriormente pelo Conselheiro **Jocélio** e que de acordo com a lista apresentada não haveria número suficiente de Entidades sequer para preencher as suplências. Ressaltou ainda que o Modelo Assistencial atual é centrado no médico e que nas equipes multidisciplinares não poderia pretender que todas os outros profissionais ficassem à margem do processo, destacando que o critério de distribuição não poderia basear-se na quantidade de profissionais ou trabalhadores inscritos, mas sim na especificidade da atuação profissional. Questionou como excluir o profissional Dentista, Farmacêutico, Enfermeiro, etc... que têm atividade específica na saúde? Encerrou sua fala solicitando aos Conselheiros que reflitam sobre a questão. Conselheiro **Mozart** comentou que se a matéria não estivesse devidamente madura, fosse solicitado vistas. Conselheiro **Newton** perguntou se o Conselheiro **Omiton** pediria vistas. Conselheiro **Omiton** posicionou-se a favor de que os argumentos em discussão fossem esgotados. Propôs que os não satisfeitos com a matéria relatada possam ter a oportunidade de analisá-la. Colocou que a entidade empresarial recente-se com a redução desse quadro e propôs ao Plenário que a questão fosse submetida às bases. Solicitou respeito à indústria devida a mesma pagar assistência médica para 15 milhões de brasileiros. Levantou questionamentos quanto a suplência da CUT ser exercida pelo próprio segmento. Conselheiro **Newton** colocou que a comissão cumpriu a tarefa recebida e que caberia ao CNS apreciar, aprovar ou não. Colocou em votação a proposta do Conselheiro **Omiton** de que esta análise fosse suspensa e que voltasse a pauta após ser submetida à consideração das entidades aqui representadas. Proposta **APROVADA** pelo Plenário. **ITEM 11 - QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS - O Prof. Elias Jorge** apresentou o **Material de Apoio a Apresentação do Relatório da Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário - Bloco “A” - Referente só ao Ministério da Saúde: 1)** Resoluções do CNS nº 200, 213 e 219, pag 01 e 04; **2)** Relatório da Execução Orçamentária/96 (Nota Técnica - cumprimento parcial da Resolução nº 200 do CNS), pag 05 a 17; **3)** Execução Orçamentária e



Financeira-1997 até 30/04/97 (aberto), com detalhamentos), pag 18 a 27. **Bloco “B” - Relativos à União e Seguridade Social:** **1)** Execução Orçamentária do Governo Federal, pag 01 e 09; **2)** Orçamento 96/97 Seguridade Social, pag 10 a 14; **3)** CPMF e Comparativo MS 96/97, pag 15 a 23; **4)** SIVIRE 1º/04/92 a 31/01/97, pag 24 e 25; **5)** Evolução (?) Dívida Federal 93/96: Andima, pag 26 a 28. **Relatório da Reunião da Comissão de Acompanhamento Orçamentário do CNS** - Presentes: **Professor Elias, Dra Clair, Gilson Carvalho, Dr. Olímpio, Dr. Omilton, Dra. Stela e Dra. Albaneide.** Pauta: **I** - Informes; **II** - Orçamento 96/97 e 98; **III** - Financiamento da Saúde - LDO 98/PEC 169; **IV** - Inativação do Conselho Nacional de Seguridade Social e Situação Orçamentaria de 96/97 e 98; **V** - Assuntos Gerais; **VI** - Sugestões e encaminhamentos ao Plenário. **I - Informes:** **1)** Foram finalmente, homologadas e publicadas as Resoluções 200, 213 e 219 do CNS, aguarda-se implementação de itens. **2)** Reunião da Coordenação da POPS, com Procuradoria e DATASUS no Rio dias 23 e 24/04/97. **3)** Reunião da Coordenação do Movimento SOS-SUS (Pró-PEC 169) dias 15 e 16/04/97 e 06/05/97, em Brasília. **4)** Reunião da Comissão de Acompanhamento Orçamentario do CNSS em 17 e 29/04/97, em Brasília. **5)** Está em andamento mini-curso sobre Orçamento para Monitores em Capacitação de Conselheiros do DF, em Brasília 05 a 07/05/97. **6)** Reunião sobre Conferência Nacional de Saúde - ON LINE, via INTERNET, Rio em 24/04/97. **7)** Contatos com ANDIMA, para atualização dos dados sobre Dívida Mobiliária Federal Interna, 1993 a 1996, **(complemento à publicação 1893 a 1993).** **8)** Estão previstas: **8.1)** Participação Reunião do COSEMS-SC em 07 e 08/05/97, Florianópolis. **8.2)** Reunião Técnica POPS, Rio, 13/05/97. **8.3)** Encontro Estadual de Seguridade Social, 14/05/97, Recife-PE. **8.4)** Encontro Estadual de Assistência Social, 15/05/97, Maceió-AL. **8.5)** Encontro Nacional do CONASEMS, Brasília, 16/05/97. **8.6)** Participação atividades do Núcleo de Saúde Coletiva, UFPE e CES em 27 e 28/05/97, Recife-PE. **II - Orçamento 96, 97 e 98** - Comparando a Execução 96 e 97, pelo fluxo de caixa, nota-se incremento nominal correspondente a 80% da arrecadação de CPMF. Entretanto mantém-se uma média mensal de repasses ao MS de 1,35 bilhões inferior à proposta aprovada pelo Congresso Nacional de 20,4 Bilhões, portanto 1,7 Bilhão por mês. O Cronograma de repasses financeiros é muito inferior até ao montante disponibilizado orçamentariamente (defasagem de 2,5 Bilhões de reais). Essa defasagem é insuportável e injustificada quando se analisa o comportamento das receitas. Mantido este procedimento, haverá crises, descabidas e desnecessárias, a exemplo do que ocorre no Hospital das Clínicas da UFMG neste momento (suspensão do atendimento, paralisação de vários setores, fechamento). Quanto ao Orçamento 98, embora o cronograma geral da SOF/MPO esteja em pleno andamento, não existem elementos para que a Comissão possa analisar. Haverá necessidade de reuniões extraordinárias da Comissão com a Área Técnica do MS (Planejamento e Orçamento) não se descartando a necessidade de reunião específica do CNS para tal fim ordinária ou extraordinária. **III - Financiamento, LDO/98 e PEC 169** - A Lei de Diretrizes Orçamentarias-LDO para 1998 está em tramitação no Congresso Nacional, a comissão entende que devam ser encaminhadas propostas de emenda que contemplem o disposto na Emenda Constitucional - PEC 169, ou seja 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Setor Saúde, como consta do Artigo 55 do ADCT-CF/88, constou do Plano Plurianual-PPA - 91/95 e das LDO de 1990, 1991, 1992 e 1993, e nas LDO de 1994 e 1995, embora com veto do Executivo. Será no entender da Comissão uma forma de explicitar a real capacidade, de se aprovar a PEC 169 e o efetivo interesse do Poder Executivo em assegurar a vinculação constitucional de recursos para o Setor Saúde. Embora a LDO se refira ao Orçamento da União, podem ser incluídos dispositivos relativos à contra-partida de Estados, DF e Municípios. É uma tarefa para a Assessoria Parlamentar do MS e um desafio para os Conselheiros do CNS e suas representações. **IV - Inativação do CNSS e Situação Orçamentaria 96, 97 e 98. - Com relação a 1996:** - A saúde teve um corte de 20 Bilhões para 14 Bilhões uma recomposição para 16,4 Bilhões e um cancelamento de 2 Bilhões. - A Previdência encerrou o ano com saldo de caixa bem inferior ao de 31/12/95, mas cumpriu todos os compromissos orçamentários e financeiros. - A Assistência sofreu cortes drásticos nas Dotações originais e terminou o ano com um valor pago de 174 milhões em benefícios da LOAS para uma disponibilidade orçamentaria (após os cortes) de 130 Milhões. Estão sendo estudadas alternativas de solução. - **Com relação a 1997:** - Na Saúde anuncia-se um novo não cumprimento da Lei Orçamentaria. - Na Previdência e Assistência embora o corte em valores nominais seja menor que na Saúde em termos percentuais é muito superior. Ou não funciona o INSS ou não se pagam os benefícios da LOAS (Idoso e Portador de Deficiência) e/ou fecham-se creches, asilos, impedem-se programas essenciais, etc.. Com tudo isso o Conselho Nacional de Seguridade Social não se reúne desde outubro de 1996. É urgente que se convoque e que se realize reunião do CNSS, não só para tratar da questão orçamentaria, mas também para isso. Os Conselhos Setoriais, Saúde, Previdência e Assistência, tem se reunido e devem se manifestar tanto em relação à inativação do CNSS quanto às questões orçamentarias específicas do Setor e da Seguridade Social como um todo. **V - Assuntos Gerais:** **1)** Foi trazido ao conhecimento da Comissão, proposta da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo que propôs alterações no Fundo Nacional de Saúde. A Comissão vai estudar o Documento, que está a disposição dos demais Conselheiros, para emitir posicionamento e submetê-lo ao Plenário do CNS. **2)** Foi apresentada Sinopse do andamento da POPS Brasil e assim que houver dados mais confiáveis será feita apresentação ao Plenário. **3)** Foram apresentadas as idéias básicas da Conferência Nacional de Saúde - ON LINE, e via



INTERNET, e a Comissão considerou que, caso se concretize, este será um instrumento fundamental para disseminação dos estudos e trabalhos da mesma conforme Plano de Trabalho para 1997 (Resolução nº 213 CNS). **4)** Foi lembrado que a Lei 8.689 (Extinção do INAMPS) prevê em seu Artigo XII, prestação de contas trimestral, pelo Setor Público, ao Conselho e ao Poder Legislativo em sessão pública, e que tal dispositivo deveria ser exigido pelos Conselhos de Saúde através de recomendação do CNS. **5)** Foi também levantado que já na Resolução nº 29 de 1992 o CNS, recomendava a destinação de 10% do Orçamento dos Estados e Municípios para a Saúde, entendeu-se que deveria ser encaminhado expediente pela Coordenação do CNS ao CONASS, CONASEMS, CES e CMS, com cópia desta Resolução e de outras referentes ao tema. **V - Sugestões e Encaminhamentos - A Comissão sugere a Plenária do CNS:** **1)** Convocação de Reunião Específica para tratar da questão orçamentaria, Execução 97 e Aprovação da Proposta Orçamentaria para 1998. Tal reunião deverá ser precedida da Reunião da Comissão com a Área Técnica do Ministério da Saúde (Planejamento e Orçamento) onde seria apresentada detalhada e discutida a proposta da área técnica para 1998. Sugere-se Reunião Extraordinária do CNS no **dia anterior à Reunião Ordinária** de junho ou alternativamente o **1º dia da Reunião Ordinária de junho**. (Aprovado). **2)** Resolução: Propor ao Ministério da Saúde que determine à Assessoria Parlamentar do Ministério da Saúde encaminhar junto ao Congresso proposta de emenda à LDO 98 referenciada na PEC 169/93, nas Resoluções nº 29/92 e nº 67 e 68/93 do CNS, assegurando 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Setor Saúde. **3)** Resolução: Recomendar ao Ministro da Saúde que determine à Secretaria-Executiva do CNSS que viabilize a realização de Reunião Plenária do CNSS, no prazo máximo de 15 dias. **4)** Resolução: Recomendar ao Ministro da Saúde que formalize através de Portaria a recomposição da Comissão de Acompanhamento Orçamentario conforme já deliberado pelo plenário do CNS, nos termos das Resoluções nº 162 e 166 da seguinte forma: Artigo 1º - Reestrutura (Res. nº 162/213); Artigo 2º - Nomeia os Componentes (Res. nº 162); Artigo 3º - Estabelece Coordenação e Substituto (Res. nº 166); Artigo 4º - Define Normas de Funcionamento (Res. nº 166). **5)** Resolução: Recomendar ao Presidente do CNSS que encaminhe expediente aos Ministros da Fazenda e do Planejamento no sentido de excluir os dispêndios da Seguridade Social dos contingenciamentos Orçamentários ( Dec. 2.183 e 2.214) e das restrições em relação ao Cronograma Financeiro, seja em relação ao atualmente disponibilizado orçamentariamente seja em relação ao orçamento aprovado pelo Congresso Nacional. **6)** Resolução: Reiterar a necessidade de cumprimento do previsto nas Resoluções nº 200 e nº 213 que ainda não tenha sido implementado (Cronograma, Análise Setorial, etc.). **7)** Resolução: Aprovar a proposta de instituição da Conferência Nacional de Saúde - ON LINE, via INTERNET, nos termos em que foi apresentada na 65ª RO do CNS. **8)** Resolução: **1)** Determinar que a Coordenação Geral do Conselho encaminhe aos CES, CMS, CONASS, CONASEMS expediente lembrando a existência das Resoluções nº 29/92 e nº 67 e 68/93, e do Artigo 12º da Lei 8.689. **2)** Encaminhar junto ao expediente cópia das Resoluções e da Lei. **3)** Encaminhar cópia da Resolução e do expediente ao Ministério Público Federal. **9)** Aprovar o presente Relatório e as sugestões ao Plenário e determinar que o Relatório e o Material de Apoio a apresentação do mesmo blocos A e B sejam considerados anexos à ata da presente reunião. Aprovado pelo Plenário por unanimidade, sendo a Reunião Extraordinária marcada para 03/06/97 as 10 horas e a da Comissão com a Área Técnica (Planejamento e Orçamento) para 02/06/97 às 14 horas. As Resoluções receberam os números 231 a 236 como se segue: **RESOLUÇÃO Nº 231, de 08 de maio de 1997** - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando o Relatório da Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário aprovado por unanimidade pelo Plenário, com as alterações sugeridas, **RESOLVE:** - Recomendar ao Ministro da Saúde na qualidade de Presidente do Conselho Nacional de Seguridade Social - CNSS, que determine à Secretaria-Executiva do CNSS que viabilize a realização de Reunião Plenária do CNSS, no prazo máximo de 15 dias. **RESOLUÇÃO Nº 232, de 08 de maio de 1997** - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando o Relatório da Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário aprovado por unanimidade pelo Plenário, com as alterações sugeridas, **RESOLVE:** - Recomendar ao Presidente do CNSS que encaminhe expediente aos Ministros da Fazenda e do Planejamento no sentido de excluir os dispêndios da Seguridade Social dos contingenciamentos Orçamentários ( Dec. 2.183 e 2.214) e das restrições em relação ao Cronograma Financeiro, seja em relação ao atualmente disponibilizado orçamentariamente seja em relação ao orçamento aprovado pelo Congresso Nacional. **RESOLUÇÃO Nº 233, de 08 de maio de 1997** - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de

28 de dezembro de 1990, e considerando o Relatório da Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário aprovado por unanimidade pelo Plenário, com as alterações sugeridas, **RESOLVE:** - Reiterar a necessidade de cumprimento do previsto nas Resoluções nº 200 e nº 213 que ainda não tenha sido implementado (Cronograma, Análise Setorial, etc.). **RESOLUÇÃO Nº 234, de 08 de maio de 1997** - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando o Relatório da Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário aprovado por unanimidade pelo Plenário, com as alterações sugeridas, **RESOLVE:** - Determinar que a Coordenação Geral do Conselho encaminhe aos CES, CMS, CONASS, CONASEMS expediente lembrando a existência das Resoluções nº 29/92 e nº 67 e 68/93, e do Artigo 12º da Lei 8.689. - Encaminhar junto ao expediente cópia das Resoluções e da Lei. - Encaminhar cópia da Resolução e do expediente ao Ministério Público Federal.

**RESOLUÇÃO Nº 235, de 08 de maio de 1997** - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando o Relatório da Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário aprovado por unanimidade pelo Plenário, com as alterações sugeridas, e ainda as Resoluções 162, 166 e 213 do CNS, **RESOLVE: Art. 1º** - Recompôr a Comissão do Conselho Nacional de Saúde para Acompanhamento Permanente do Processo Orçamentário. **Art. 2º** - Determinar que a composição da referida passa a ser a seguinte: • Dr. Carlyle Guerra de Macedo e Clayr Castilhos - Representantes da Comunidade Científica e da Sociedade Civil; • Dr. Omilton Visconde - Representante dos Usuários; • Dr. Sérgio Francisco Piola - Representante do Ministério do Planejamento; • Dr. Olímpio Távora - Representante da Confederação Nacional do Comércio; • Prof. Elias Antônio Jorge - Representante do Conselho Nacional de Saúde junto ao CNSS; • Dra. Stela Félix Machado Guillin Pedreira - Representante das Entidades Nacionais de Portadores de Patologia e Deficiência; • Dr. Gilson de Cássia Carvalho - Representante indicado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS; • Dr. Dário José Bernardes - Representante indicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; • Dra. Elizabete Vieira Matheus da Silva - Representante indicada pela Central Única dos Trabalhadores - CUT; • Dra. Albaneide Maria Lima Peixinho - Representante dos Profissionais de Saúde.

**Art. 3º** - Manter como Coordenador da Comissão o Professor Elias Antônio Jorge e como substituto nesta função, sempre que necessário, o Dr. Carlyle Guerra de Macedo. **Art. 4º** - Aprovar que a Comissão se reúna ordinariamente no dia anterior ao do início das reuniões do Conselho Nacional de Saúde e extraordinariamente sempre que pelo menos 1/3 (um terço) de seus membros considere necessário.

**RESOLUÇÃO Nº 236, de 08 de maio de 1997** - O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e considerando o Relatório da Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário aprovado por unanimidade pelo Plenário, com as alterações sugeridas, **RESOLVE:** - Propor ao Ministério da Saúde que determine à Assessoria Parlamentar do Ministério da Saúde encaminhar junto ao Congresso proposta de emenda à LDO 98 referenciada na PEC 169/93, nas Resoluções nº 29/92 e nº 67 e 68/93 do CNS, assegurando 30% do Orçamento da Seguridade Social para o Setor Saúde. **ITEM 12 - APLICAÇÃO DIFERENCIADA DO AUMENTO DE 25% NA TABELA DE PROCEDIMENTOS DO SUS** - Dr. Werneck iniciou seu pronunciamento dizendo “*Estamos no meio de um processo de implantação de uma nova tabela que vai transferir e modificar a lógica de organização do sistema de ambulatório e altera as condições de responsabilização da gestão local e a transferência de recursos financeiros*”. Em prosseguimento, asseverou que uma Comissão Técnica organizada junto à Comissão Tripartite começou a elaborar a intervenção na consolidação da NOB/96 em duas vertentes: **1ª)** a habilitação (como os gestores municipais se habilitariam para cumprir suas funções e quais seriam essas funções); **2ª)** a revisão dos procedimentos de transferências de recursos. Explicou que, como já existe conscientização geral de que o sistema brasileiro na área de atenção médica, deve ter uma reorientação na prática ambulatorial, a NOB se mostra com mais vigor na parte que apresenta os pisos ambulatoriais, até por que é uma mudança que está ocorrendo no mundo inteiro. Seguindo essa tendência, explicou, ainda, que a NOB/96 começa a trabalhar a questão do ambulatório em primeiro lugar, ficando a parte da internação hospitalar para uma segunda fase. O início desse processo começou se dar pelo recolhimento interno de informações no MS, pela realização de uma reunião na Comissão Tripartite para elaborar estratégias de disseminação de informação, e para habilitação do sistema foi aprovada pela Tripartite uma Instrução Normativa, que depois de assinada pelo Ministro da Saúde será encaminhada para conhecimento e consideração do CNS. Ainda em relação à habilitação no sistema, observou que a realidade é esta: dos 4.900 municípios - o IBGE ainda não

consolidou os 800 que foram criados - já existe 3.127 em alguma condição de gestão; 2.367 insipientes; 616 imparciais e 144 em semiplena e que a regionalização das condições de habilitação melhora em número nas regiões Sudeste e Sul com 74% e 72% respectivamente, nas demais regiões em torno de 50% a 65%. Ressaltando que na distribuição de recursos desse universo de habilitação, o ambulatório fica em torno de 47% e a internação em torno de 32%, disse que os municípios onde os Estados ainda administram o sistema, as unidades públicas municipais faturam muito, vindo em segundo lugar, as públicas estaduais e as privadas e, por último, as filantrópicas, já nos municípios de gestão semiplena as unidades públicas quase não faturam. No PAB, 90% da demanda é absorvida pelo setor público e das unidades estaduais há migração para o setor municipal, continuando a permanência do setor privado e filantrópico. Por oportuno, lembrou que o setor estadual mais o setor municipal estão consumindo menos recursos que os filantrópicos e universitários, do que se depreende ser a rede pública estadual e municipal recente do ponto de vista hospitalar e concluiu dizendo que essa avaliação não poderia deixar de ser considerada quando se está discutindo uma reforma ambulatorial. Em relação à reforma ambulatorial, propriamente dita, disse ser um processo que necessita de referência voltada para indicadores que demonstrem realidades ou possibilidade de programação, possibilidade de supervisão e possibilidade de parceria das ações com o setor municipal, estadual, federal e privado. Essas possibilidades é que darão vazão as programações integradas que a NOB/96 exige. Observou que feitas algumas simulações de indicadores básico da área ambulatorial, verificou-se que a capacidade instalada do setor é muito pequena, correspondendo a 2,6 consultas por habitante/ano, exceção feita aos Estados de Santa Catarina, Distrito Federal e Bahia. Se forem considerados outros produtos e o estabelecimento de sistema que indique desempenho do processo por estado e por região, garantiu que assim outros indicadores tendem a aparecer, por exemplo, o número de exames de patologia clínica por 100 habitantes. Mostrando distorção nesse aspecto, citou o Estado do Amazonas com 190 exames de patologia clínica por 100 habitantes e o Maranhão como indicador em relação a tecnologia e o seu procedimento básico, faturando 3,29 ultrassonografia por 100 consultas médicas. Considerou toda essa digressão importante na medida em que leva a uma reflexão maior sobre o sistema, pois discutir a tabela de procedimento somente pelo valor financeiro não satisfaz numa medicina de qualidade e de responsabilidade. Ressaltou ainda, que todo o processo será informatizado, num programa fácil de ser manipulado, e sendo assim os gestores poderiam perseguir outros indicadores que considerarem importantes. Assim, disse que a tabela básica de procedimentos ambulatoriais está sendo trabalhada em três premissas, quais sejam: **a)** aperfeiçoamento do sistema de informações ambulatoriais para controle e avaliação das ações dos serviços de saúde; **b)** melhoria dos processo de gestão do SUS nos três níveis de governo e **c)** qualidade dos serviços de saúde e disse também, que, para se adequar aos pressupostos da NOB/96, além da descentralização e do incentivo à mudança do modelo assistencial priorizando as ações básicas, haverá a incorporação de procedimentos de epidemiologia e de vigilância sanitária. A referida tabela, segundo acrescentou, está dividida em blocos, por exemplo, um para todos os procedimentos em que os municípios, em algum nível de gestão, receberão automaticamente, os recursos e os aplicarão; outros para procedimentos assistenciais de média complexidade e alta complexidade na área de vigilância sanitária e de epidemiologia, já os municípios que não assumirem nenhum nível de gestão, continuarão recebendo pela tabela básica com a responsabilização das Secretarias Estaduais. Essa estrutura, salientou, foi proposta por apresentar vantagens no que diz respeito ao detalhamento e melhoria do registro das ações e procedimentos da assistência ambulatorial, significando, pois, uma amplitude maior desses procedimentos e de registro de informações que permitirá uma melhora concreta na parte de procedimentos de média complexidade. Tais procedimentos terão codificação para identificação de grupo e subgrupo, graus de complexidade, ordem de procedimentos, quer dizer, haverá aperfeiçoamento na categorização dos procedimentos realizados além de incorporar registro de ação de vigilância sanitária e de epidemiologia. Em relação ao grupo da vigilância sanitária e de epidemiologia, disse que estão sendo discutidas várias questões, porque existem problemas em inúmeros municípios relacionados à arrecadação de multas, à liberação de alvarás, cujo o dinheiro arrecadado não está indo para o fundo municipal de saúde e sim para o caixa-único das prefeituras, tudo por falta de entendimento nesse aspecto. Concluindo seu pronunciamento, enfatizou duas decisões do Ministro da Saúde relacionadas à alteração da tabela de procedimentos ambulatoriais: **1ª)** assim que a Instrução Normativa sobre o assunto for oficialmente interpretada e decidida por ele, encaminhará ao CNS; e **2ª)** a retomada, neste momento, da Comissão de Organização de Procedimentos em geral. O Conselheiro **Newton**, Coordenador da mesa, em seguida abriu espaço para o debate. Conselheiro **Omilton**, primeiro inscrito, colocou duas preocupações, sendo a primeira relacionada com o processo de compra de vacinas contra hepatite B, através de licitação pública pelo MS, com garantia de qualidade e menor preço; a segunda relacionada aos processos de compra de medicamentos que tramitam na CEME (como ficariam, no caso do órgão vir a ser extinto?); a terceira relacionada ao processo de descentralização de medicamento, já que vários estados não tem condições de manter uma vigilância sanitária adequada (Quem responderá pela qualidade dos medicamentos que serão utilizados pela população, principalmente, a mais carente?). Conselheira **Zilda** parabenizando o Secretário da SAS pela preocupação que demonstrou em avaliar o processo e por ter o mesmo mais vigilância,

perguntou se no sistema de informação estarão, também, inseridos os conveniados que fazem consultas e se na assistência familiar e comunitária, além dos públicos, participarão os similares como preconiza a NOB/96. Conselheiro **Dellape** cumprimentou o Secretário da SAS por ter feito a tabulação dos procedimentos divididos por setor, levando assim a uma economia de recursos que poderão serem aplicados em outras áreas deficitárias e admitindo que a tendência mundial seja diminuir a hospitalização, solicitou a participação dos prestadores de serviço nas reuniões da “*Comissão de Modernização da Tabela de Procedimentos*”, e por último, chamou a atenção para o fato da Comissão Bipartite e a Comissão Tripartite não terem o poder de tomar decisões sem a devida aprovação dos Conselhos de Saúde. Conselheiro **Olympio** indagou sobre a situação do CID 10. Conselheiro **Ferreira** parabenizando **Dr. Werneck** pela iniciativa de organização das informações a nível ambulatorial, manifestou-se contrário a idéia de tirar recursos da hospitalização para serem colocados no ambulatorio, sob pena dos dois sistemas virem a ser inviabilizados, também, propôs uma reconsideração em cima do exemplo do Maranhão para que não fosse penalizado quem estivesse fazendo certo e, por último, solicitou informações sobre o atraso no pagamento de alguns municípios do Rio. Conselheiro **Mozart** fez duas considerações: uma de caráter conceitual (na revisão da tabela fosse definido os procedimentos em função de que procedimentos se deseja obter das unidades prestadoras e quando fosse alocados os recursos que fosse considerada a questão específica da base epidemiológica da necessidade da população) e no campo operacional gostaria que o MS garantisse para os chamados produtos biológicos o padrão de controle da qualidade exigido. Conselheiro **Eurípedes**, em primeiro lugar, quis saber da possibilidade de reativar a “*Comissão de Modernização*” da época do Ministro Jatene, em segundo, perguntou por que o Plano de Meta coloca a saúde primária como prioridade e não coloca o pagamento dessas ações com valores condizentes como é o caso da consulta. Conselheiro **Mário** solicitou que constasse em ata que estava entregando ao **Dr. Werneck** duas inquietações sobre medicamentos de HIV: uma pedindo a liberação imediata dos medicamentos retidos no estoque da CEME; outra que se inicie o processo de licitação, já que a demanda foi maior que a previsão inicial e assim poderá vir a faltar medicação. **Dr. Werneck**, em resposta as indagações, começou assegurando que o governo vai adquirir as vacinas contra hepatite B, mas que o volume, a organização da campanha é por conta da FUNASA e que as distorções que estariam ocorrendo nessa área, a Presidente da CEME já teria tomado conhecimento. Em relação aos preços de referência dos medicamentos, admitiu estarem mais altos, porém, justificou como sendo um processo de transferência do que era pago de GAP para medicamentos e outros atos excepcionais extraordinários na introdução da tabela de procedimentos. Em última análise, explicou, fora uma tentativa de cada vez mais capacitar os estados a gerenciar todo o grupo de ações. Reafirmou, também, que para 1998 a aquisição de medicamento será feita pela SMS e SES. Em relação ao Programa Saúde da Família, disse que, embora tenha sido pensado para a rede pública, pode eventualmente vir a ser realizado por outro setor. Na questão conceitual do novo processo, concordou em não se trabalhar com os valores absolutos e números de procedimentos, número de AIH, número de consultas médicas do setor público. Também, é necessário, segundo chamou a atenção, que seja revisto no processo quais são os procedimentos pelo número absoluto que serão dados e que serão complementares financeira e orçamentariamente pelo setor municipal e estadual. Ressaltou, ainda, em relação à tabela de procedimentos que no futuro ela tenderá a desaparecer, já que o processo de programação e de integração são de responsabilidade dos Estados e municípios, ficando para a União a função de determinação, de verificação de novas tecnologias. Abordou tudo isso em razão da tendência de, doravante, se trabalhar com o desempenho em detrimento da distribuição de recursos em relação ao procedimento de fatura. Em sendo assim, destacou que quando for trabalhado os 25% do ambulatório, será trabalhado em relação ao próprio ambulatório e não na parte hospitalar, pois conceitualmente a mudança estrutural da tabela dos 25% compete somente aos recursos destinados ao ambulatório. Voltando a questão do desempenho, dos valores e dos programas, disse que nessas áreas poderão ser trabalhados os recursos destinados à vigilância sanitária. No que diz respeito ao problema de relacionamento das semiplenas com os prestadores de serviço, esclareceu que já foi levado à consideração da Comissão Tripartite e esta deverá melhorar o texto da Portaria que trata do assunto para que se possa fazer intervenções, se necessário. Essa Comissão e a Bipartite, afirmou, mudarão o perfil de decisão no sistema. Ambas, passarão a dar consistência às análises técnicas e de intervenção. Admitiu, ainda, que se deva tomar decisões importantes no sistema e submetê-las aos Conselhos de Saúde e que o CID 10 não será reeditado este ano, por falta de preparação adequada. Em complementação a fala do Conselheiro **Eurípedes**, disse que o Plano de Metas é do Presidente da República, lançado na gestão do Ministro Albuquerque e finalizando, fez os seguintes registros: **a)** a dissiminação da administração do sistema foi ampliado, tendo sido isso um fato importante; **b)** a Comissão se reunirá no dia 15/05/97; e **c)** espera que a implantação do novo processo contribua efetivamente para a melhoria na saúde. **ITEM 13 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA PRÓXIMA REUNIÃO** - Como ponto de pauta para próxima reunião foram deliberados pelo Plenário os seguintes temas: **1.** Projeto REFORSUS - Relatório de Implementação e Acompanhamento; **2)** Tema da Agenda Básica do CNS - Recursos Humanos para o SUS - Processo de Avaliação do Ensino Superior na Área de Saúde; **3)** Secretária Executiva do CNS: Competências e

1221 Métodos; **4)** Relatório da Comissão de Reestruturação do CNS - Discussão; **5)** Comunicação Social no  
1222 Ministério da Saúde e Proposta de Oficina de Trabalho Políticas de Comunicação Social; **6)** Conceito de  
1223 Usuário para Comitês de Ética em Pesquisa; **7)** Proposta do Ministério da Saúde para às Áreas de  
1224 Alimentação, Nutrição e Medicamentos - INAN/CEME; **8)** Planos de Trabalho frente a Secretaria de  
1225 Vigilância Sanitária; **9)** Atividades da Coordenação de Auditoria do Ministério da Saúde e do Sistema  
1226 Nacional de Auditoria; **10)** Execução de Orçamento de 1997 - Preparação do Orçamento da Saúde para  
1227 1998; **11)** Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos, para Profissionais de  
1228 Saúde da Associação Médica Brasileira; **12)** Informes. Nada mais havendo a apresentar, Conselheiro  
1229 **Carlos Alberto Komora** deu por encerrada a presente reunião. Estiveram presentes os Conselheiros:  
1230 **Albaneide Maria Lima Peixinho, Ana Maria Lima Barbosa, Antonio Sabino Santos, Artur Custódio**  
1231 **Moreira de Souza, Baldur Oscar Schubert, Carlos Alberto Komora, Carlos Eduardo Ferreira, Clair**  
1232 **Castilhos Coelho, Eurípedes Balsanufó Carvalho, Ernani Guilherme Fernandes da Motta, Francisco**  
1233 **Bezerra da Silva, Francisco Miguel de Lucena, Francisco Ubiratan Dellape, Gilberto Chaves, Gilson**  
1234 **Cantarino O'Dwyer, Jocélio Henrique Drummond, José Lião de Almeida, José Rafael Guerra Pinto**  
1235 **Coelho, Mário César Scheffer, Mozart de Abreu e Lima, Newton de Araújo Leite, Omilton Visconde,**  
1236 **Oswaldo Lourenço, Paulo César Augusto de Souza, Rita de Cássia Barradas Barata, Sérgio**  
1237 **Francisco Piola, Stela Félix M. Guillin Pedreira, William Saad Hossne, Zélia Maria dos Santos, Zilda**  
1238 **Arns Neumann.**