

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

Aos dias quatro e cinco do mês de junho de um mil e novecentos e noventa e sete, foi realizada, na Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde a Sexagésima Sexta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. **Dr. Nelson Rodrigues dos Santos** Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde precedeu a abertura da reunião comentando aspectos relativos à gestão, formação e capacitação de Recursos Humanos, tema este que integra a agenda básica dos assuntos a serem tratados neste Colegiado. **ITEM 01 - RECURSOS HUMANOS PARA O SUS - PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE: DIAGNÓSTICO E TENDÊNCIAS** - **Dr. Nelson** apresentou ao Plenário os Senhores Expositores do item, destacando a satisfação em tê-los neste Conselho. Propôs ao Conselheiro **Newton** que coordenasse a mesa durante a apresentação desse item. Conselheiro **Newton** saudou os convidados e passou a palavra ao **Dr. Efrem Maranhão**, Médico, Cardiologista, Professor de Medicina, militante nas áreas de Saúde e Educação. **Dr. Efrem** comentou sobre a situação atual do ensino superior no país. Relatou sobre os avanços legais desde a Constituição de 1988 até a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB, publicada em dezembro de 1996. Apresentou comentários sobre alguns artigos da LDB, destacando: **1.** as universidades como instituição que fazem o ensino, pesquisa e extensão de forma institucionalizada, com autonomia definida no Artigo 207 da Constituição Federal. Falou sobre as diversas discussões, sobre o significado dos termos “*autonomia e soberania*” e que encontra-se tramitando no Congresso uma proposta de alteração deste artigo; **2.** que a LDB procurou definir melhor quanto à autonomia, com indicadores de qualidade; **3.** quanto a autonomia das universidades em criar novos cursos. Relativo a este ponto, colocou existir duas faces: a visão da academia e do governo. Explicou que a academia consiste em a universidade ter autonomia para criar qualquer curso, e, o governo deliberou que, referente a área de saúde, face as implicações sociais e o risco da má formação profissional, as solicitações de abertura de cursos nas áreas de Psicologia, Medicina e Odontologia, passariam por este Conselho. Citou ser para Academia esta uma visão de intromissão do governo na esfera da autonomia. Referiu-se a visão de validade temporária conferida aos Diplomas em outros países, citando que em Portugal, a Ordem de Engenharia registra automaticamente o Diploma de universidades consideradas de boa qualidade, e para as demais, exigem uma avaliação para que o indivíduo possa exercer a profissão. No Brasil, colocou que esta idéia já vem sendo trabalhada, como no artigo 48 da LDB, onde o Diploma é um reconhecimento de estudos acadêmicos e que anteriormente ele seria uma habilitação profissional; **4.** quanto aos Centros Universitários, citou serem instituições que se aperfeiçoam em ensino, sem a obrigatoriedade da pesquisa e da extensão; e **5.** relativo ao Programa de Avaliação existente em algumas universidades, informou ser o caminho a percorrer na busca de melhoria da qualidade do ensino e da pesquisa. Informou também que a preocupação do Conselho Nacional de Educação é com a qualidade e para tanto, o credenciamento de uma Universidade, hoje, é feito somente por 05 anos, conduzindo a processos de avaliação de qualidade. Quanto às Universidades já existentes, citou que serão também avaliadas, enfatizando que para tudo tem sido dado um tempo limitado. Apontou como avanços o currículo mínimo, que não existe mais, hoje são parâmetros curriculares, a definição de Diploma e a federalização, que define os níveis de responsabilidade. Finalizou colocando-se à disposição deste Colegiado. Conselheiro **Newton** passou a palavra ao Professor **Antonio Rafael da Silva**, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM que manifestou-se honrado em estar neste Conselho. Historiou o processo de avaliação do ensino médico no país, o qual teve início no 28º Congresso Brasileiro de Educação Médica em Goiânia. Informou que nos dias 13 e 14 de julho de 1997, se realizará a 53ª Reunião da CINAEM, onde será apresentado o relatório final da 2ª fase de avaliação para as Escolas Médicas aos Órgãos do Governo ligados à Educação e Saúde e à Sociedade, contribuindo para reformulação do modelo pedagógico em vigor. Comentou sobre o questionário distribuído às Escolas Médicas, com objetivo de responder as seguintes questões: como andam as Escolas Médicas no Brasil e se o Médico Formando está preparando às demandas sociais. Citou que 95% das escolas responderam ao questionário da CINAEM, manifestando boa vontade em superar as deficiências no ensino médico. Informou que na 2ª fase do processo, foi trabalhando o Modelo Pedagógico, Corpo Docente e o Médico Formado. A seguir relatou algumas conclusões, dentre outras: **1.** que existe inadequação do modelo pedagógico, refletindo na qualidade da formação profissional; **2.** que até 1965, existia o domínio das escolas públicas; **3.** que a partir de 1965 as escolas privadas dominaram o ensino médico; **4.** a questão do regime jurídico: 43.4% das escolas privadas; 39.5% federais; 14.5% estaduais e 2.6% municipais; **5.** que o vínculo jurídico, o local onde a escola está instalada e a idade da mesma, foram determinantes da qualificação dos recursos humanos da escola e do desempenho do formando no teste cognitivo; **6.** que o nível de incorporação de conhecimentos no início do 12º período, foi muito pequeno; **7.** que após aplicação do questionário de avaliação com discussões sobre qualidade de ensino, os resultados do teste final demonstraram avanço significativo; e **8.** quanto ao corpo docente, que

18% tem doutorado, mas, 75% vão em busca de outras fontes de renda, sem dedicação exclusiva ao ensino. Professor **Rafael** encerrou sua apresentação agradecendo ao CNS e colocando-se à disposição. Conselheiro **Newton** passou a palavra ao Professor **Hésio Cordeiro** Presidente do Conselho Nacional de Educação. **Dr. Hésio** saudou a todos, destacando o momento de integração entre os dois Conselhos Nacionais, Educação - CNE e Saúde - CNS. Colocou uma outra tendência do CNE referente à análise dos processos, onde procedimentos burocráticos seriam melhor enriquecidos com o processo de avaliação da educação. No sentido amplo, complementou, pode, então, o CNE estabelecer mecanismos, subsidiar decisões, mudando, assim, um pouco o papel daquele Colegiado. Ressaltou o trabalho da CINAEM; a necessidade de estabelecer um papel mais destacado das Universidades na questão da Educação Permanente e à forma conjunta da Sociedade Brasileira de Cardiologia, na Informática, o desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente aos profissionais da área. Neste sentido, informou da análise de 22 (vinte e dois) projetos encaminhados pelas Secretarias Estaduais de Saúde, em parceria com as Universidades e com o Sistema Formador de Recursos Humanos relativo aos Projetos dos Pólos de Capacitação, Educação Permanente e Formação em Saúde da Família, que visam a integração docente-assistencial. Dos 22 (vinte e dois) projetos analisados, citou que foi proposto ao Ministério da Saúde a instalação de 10 Pólos de capacitação, seguindo-se à criação de mais 05 Pólos. **Prof. Hésio** finalizou comentando sobre a aproximação dos processos educacionais aos de prestação de serviços de saúde, mantendo como condutor do processo, os ideais da Reforma Sanitária do país. Conselheiro **Newton** informando que a Secretaria de Educação à Distância do MEC dispõe de um canal via satélite em todos os grupos escolares do país, colocou à disposição do Programa de Saúde da Família esta forma de comunicação para Educação Continuada das equipes de saúde. Conselheiro **Waldir Mesquita**, na condição de Presidente do Conselho Federal de Medicina - CFM, congratulou-se com o Plenário e a propósito cobrou a postura de subserviência e até de desinteresse do CNS, relativo ao Decreto 1.303, onde este Colegiado apenas aprova ou não a necessidade social do curso. Após comentários a cerca do assunto questionou: *“- Por que os mestres das Universidades não estão nas salas de aula? Como eles influenciam na formação acadêmica?”* Citando que as intenções estavam bem distantes dos gestos, esperava que desta reunião saíssem resultados positivos. **Dr. Antonio Rafael** cumprimentou ao Conselheiro mencionando que o modelo pedagógico vem sendo discutido em oficinas a nível local, nacional e junto às escolas médicas. Comentou sobre a indisponibilidade do professor com a escola; que em escola onde 80% dos docentes são Doutores, como ela não respondeu satisfatoriamente perante às escolas que não têm este perfil; que no geral, 30% dos docentes são Mestres e 18% são Doutores; que a pesquisa e a extensão não estaria influenciando no ensino, necessitando então ser questionado o fato; e ao descompromisso do professor hoje contratado por hora aula, apenas por 1 (um) ano e sem renovação do contrato. Conselheiro **Omlton** mencionou sobre a questão da compra de computadores para escolas de 1º grau, questionando se este problema existiria e se professores e alunos estariam preparados para trabalhar com computadores, frente aos baixos salários pagos na maioria dos países e às crianças desnutridas. **Dr. Hésio** informou que a questão seria atribuída ao MEC, que ao CNE caberia a crítica, a análise e sugestões e que a Câmara de Educação Básica ainda não analisou a questão. Reforçou os comentários sobre a preocupação do MEC na Educação Continuada com Tecnologia, na qualificação profissional. Conselheiro **Omlton** retomou a questão dos números fantásticos com relação à compra de computadores; aos excluídos da escola; o Mestre fora das salas de aulas e a baixa remuneração no ensino básico. **Dr. Efrem** explicou que a função do CNE é de articulação do governo com a sociedade. Reportou-se à duas situações: **1.** a resolução de ampliar em 25% o número de vagas nas entidades, que não sejam universidades, exceto a Medicina e Odontologia; e **2.** a situação do estudante estrangeiro, que tem sido objeto de discussão. Ressaltou que a idéia do governo é colocar em cada escola um computador e um Televisor. Comentou sobre as reflexões realizadas quanto aos anos utilizados para que o Médico chegue ao Doutorado, enfocando que a Residência Médica é o grande referencial de formação. Conselheira **Rita Barata** questionou se a CINAEM tem análise dos dados, no sentido de um diagnóstico claro, sobre a 1ª etapa da avaliação do ensino médico e se o CNS poderia receber este material. Conselheiro **Mário** ressaltou a expectativa das entidades organizadas quanto aos resultados do trabalho na CINAEM. **Dr. Efrem Maranhão** respondeu mostrando o avanço adquirido, no artigo 12 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB. **Dr. Rafael** esclareceu que a Escola Médica recebeu os resultados das avaliações sendo discutido nos encontros locais e nacionais. Conselheiro **Oswaldo** na qualidade de usuário, colocou sua preocupação relativa ao atendimento desqualificado à população, face ao baixo poder econômico dos profissionais, grandes jornadas de trabalho e a ausência de política governamental, constituindo portanto, um problema de recursos humanos para a saúde. Conselheiro **Gilberto** falou da preocupação do CNS em ter o seu parecer acatado pelo CNE; do possível desequilíbrio entre os profissionais no mercado de trabalho; da abertura de Campus Avançados sem mecanismo de controle; e da existência de cursos de saúde noturno. Questionou o porquê da escolha de somente 03 (três) cursos (Medicina, Odontologia e Psicologia) a terem avaliação do CNS quanto a necessidade social. Conselheira **Margareth** congratulou-se com os convidados, manifestando-se satisfeita em ver uma tentativa de

desenvolvimento de Políticas Intersetoriais de Governo na Área de Formação de Recursos Humanos. Questionou que, se a partir dos dados levantados na pesquisa, a CINAEM faria uma proposta de transformação de Modelo Pedagógico e como seriam abordados as questões do campo da sexualidade e saúde reprodutiva. Quanto ao CNE colocou a má qualidade da assistência em ginecologia e obstetria, associadas às questões do aborto e contracepção, pouco abordadas nas salas de aulas. Perguntou ao **Dr. Hésio** como estaria sendo abordada a integração entre o Programa de Saúde da Família e a Política de Saúde Reprodutiva do Ministério da Saúde, especificamente, na estrutura dos pólos de capacitação. Conselheira **Lucimar** falou da falta de tradição das Universidades na visão das equipes de saúde; na necessidade da universidade trabalhar dados junto aos serviços de saúde que os possuem, por certo, levando a um excelente corpo de pesquisa no país, principalmente diante da proposta do MS em trabalhar por resultados e avaliar impactos das Políticas de Saúde; da intersectorialidade necessária entre saúde e educação, principalmente em municípios mais distantes; e da inexistência de planos de carreira para os profissionais de saúde, no MS. **Dr. Hésio** respondeu aos questionamentos com as seguintes colocações: o atual mérito da LDB que dá margem ao exercício das práticas inovadoras no ensino; o avanço maior da Enfermagem nas propostas de inovação; quanto aos Pólos de Capacitação não foi especificado nos temas no campo da saúde reprodutiva, mas, a definição de macro-políticas; que o desdobramento de questões mais específicas seriam feitos em seminários integradores nos diversos níveis e quanto aos Campos Avançados foi proposto que os cursos fora da sede, obedeçam aos critérios de criação de novos cursos. Conselheiro **Waldir** citou a preocupação do CFM com a Educação Continuada; que a maioria dos processos éticos são relativos à medicina mais tecnológica e à necessidade de ensinar ao aluno gostar de gente, do ponto de vista mais humano. Conselheiro **Leocir** questionou quem decidiu que somente 03 (três) cursos da área de saúde passariam pelo CNS, acreditando que com isso este Colegiado perdeu espaço. Conselheiro **Newton** explicou que, quanto a determinação do CNS opinar sobre os 03 (três) cursos, foi uma posição do governo e não do CNE e que foi comunicado na reunião anterior, a participação de profissionais de saúde (1 de cada área) indicados por este Colegiado, para integrarem às Comissões de Especialistas do MEC, onde expressariam o pensamento do CNS com palavra, voz e voto. Conselheiro **Gilberto** interveio perguntando se fora decidido neste Conselho a participação de profissionais nas Comissões de Especialistas. Conselheiro **Newton** solicitou a apreciação da ata e concedeu a palavra ao **Dr. Jorge Luís do Amaral**, ex-membro da Comissão Técnica de Aperfeiçoamento dos Profissionais de Saúde - CT/APAS/CNS. **Dr. Jorge** objetou não ter sido mencionada a participação da CT/APAS no Relatório do CNS que versa sobre a necessidade social de novos cursos de saúde no país, por considerar ter sido usado o acervo da CT/APAS, construído nos últimos 5 (cinco) anos. Convidou a todos para estarem presentes nos dias 13 e 14/07 na 53ª Reunião da CINAEM, tecendo comentários sobre o evento. Conselheiro **Newton** solicitou ao Coordenador Geral do CNS, para que seja atendida a solicitação do **Dr. Jorge Luís**. **Dr. Efrem** comprometeu-se a enviar ao CNS documentos do MEC, pertinentes à Saúde, registrando a satisfação de estar neste Colegiado. Conselheira **Margareth** reforçou o convite à **Dra. Iara Prado** para vir ao CNS. **Dr. Antonio Rafael** na condição de cidadão, colocou sua grande expectativa no CNS em melhorar a saúde e teceu comentários sobre a necessária decisão de Política Nacional nas questões da educação. Conselheiro **Oswaldo** parabenizou a todos expositores deixando registrado seu constrangimento quanto à ausência do **Senhor Deputado Severino Alves**. Conselheiro **Newton** agradeceu mais uma vez a presença dos relatores pela competência e abnegação demonstradas. Conselheira **Albaneide** solicitou questão de ordem, no sentido de pedir esclarecimentos sobre a composição da Comissão Interministerial, colocando que não foi contemplado na Resolução o que foi acordado no Plenário, com relação à participação de representantes de cada categoria profissional, na Comissão Interministerial, e não apenas de Medicina, odontologia e Psicologia. Conselheiro **Newton** solicitou que fosse retificada a ata da 65ª RO incluindo os representantes de cada categoria profissional da área de saúde, como membros da Comissão. **ITEM 02 - PROJETO REFORSUS: RELATÓRIO DE IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO** - **Dra. Ana Teresa** iniciou a abordagem do projeto REFORSUS pelo **Componente I - Área Programática I**, que trata dos recursos alocados na readequação física e tecnológica da rede assistencial. Informou, inicialmente, que, segundo avaliação procedida junto às Comissões Intergestoras Bipartite, ocorrera um fenômeno interessante relacionado com os projetos que chegaram, até então, ao MS: todos os 756 (setecentos e cinquenta e seis) haviam passado pelos CMS; a grande maioria pelos CES; 78% estão localizados no interior; 73,7% com pleatórias inferiores a 350 mil dólares; 24% entre 350 mil dólares e 3 milhões de dólares; 2,2% apenas, acima de 3 milhões. Isso, asseverou, foi constatado em uma divisão macro, já numa divisão regional, o comportamento é outro: no RS, o Hospital do Trabalhador, que está sendo equipado pelo REFORSUS e que serviu de base para algumas decisões relacionadas com os pedidos que são feitos, solicitou 1 milhão e oitocentos mil dólares para instrumental cirúrgico e, na reorganização dos dados, esse valor baixou para 400 mil dólares, o que significa dizer que a “*forma de pedir*” influência no valor gestionado; na **Região Sudeste**, especificamente o Estado de Minas Gerais, apresentou 200 (duzentos) projetos, na maioria de pequeno porte; na **Região Centro-Oeste**, Brasília optou por alocar todos os recursos em um hospital só, o de Planaltina; Goiás, em

184 três grandes hospitais; na **Região Nordeste** (com exceção do RN e PB) houve uma distribuição  
185 homogênea; **Região Norte** idem. Em continuidade, a expositora chamou atenção para as decisões  
186 tomadas a partir da análise dos projetos e que considerava de fundamental importância o plenário do CNS  
187 tomar conhecimento: **1º**) no referente à solicitação de ambulância que nas Regiões Sul e Sudeste foram  
188 pedidas com parcimônia, nas Regiões Norte e Nordeste - em alguns Estados - dos 20 (vinte) pedidos, 19  
189 (dezenove) foram de ambulância (nestes casos, sem interromper o processo, ficou decidido pela  
190 Comissão do CONASS, que seriam tirados todos os pedidos de ambulância e devolvidos os projetos à  
191 origem para que fossem refeitos); **2º**) na questão referente à modernização gerencial, houve um  
192 entendimento pela maioria dos Estados que isso significava compra de computadores e pediam somente  
193 computadores, em relação a essa questão a Comissão deliberou para que até um computador solicitado o  
194 pedido fosse atendido, já mais de um, somente acompanhado efetivamente de um projeto de  
195 modernização gerencial; **3º**) quanto ao material permanente, para não se correr o risco de fazer licitações  
196 com valores irrisórios por um custo alto, a Comissão racionalizou o valor em cima de um trabalho feito por  
197 uma Unidade do Rio de Janeiro de que os materiais com valor abaixo de R\$ 100,00 seriam cortados e o  
198 saldo devolvido para os respectivos Estados; **4º**) no referente à solicitação de compra de incineradores -  
199 há uma controvérsia muito grande, até por conta da falta de regulamentação - a Comissão decidiu cortar  
200 todos os pedidos e devolver os recursos oriundos dos cortes para os Estados de origem a fim de que  
201 sejam realocados dentro de novas prioridades. Em continuação, disse que existe a expectativa de, ainda  
202 neste mês, ser iniciado o processo de assinatura dos primeiros projetos que envolvem equipamentos e  
203 obras e que na hemorrede já foram assinados 17 (dezessete) contratos, com previsão de assinatura, a  
204 partir de julho, dos relativos ao ano de 1997. A parte de laboratório de saúde pública, segundo informou,  
205 encontra-se em atraso, embora todos os Estados tenham projetos nessa área. No que diz respeito aos  
206 pólos de capacitação do Programa Saúde da Família, explicou estarem sendo analisados pela Comissão e  
207 assim que esta apresentar o resultado de análise, os convênios serão assinados. Explicou, também, que o  
208 Ministro da Saúde deverá assinar nos próximos dias convênio com o Conselho Nacional de Pesquisa e  
209 que já existe termos de referências para soltura dos editais do Componente II, do Projeto REFORSUS.  
210 Num outro enfoque do relatório, disse que está sendo negociado com a Harvard University, ainda que sem  
211 previsão de data, um curso sobre estudo da carga da doença com 47 (quarenta e sete) vagas para o  
212 Brasil e 3 (três) para a Argentina e mais um convênio com o IBGE para a realização do Suplemento -  
213 Saúde em 1998. Afora todas essas atividades que acabara de relatar ao plenário, para finalizar falou que  
214 haverá uma missão - no "*Acordo de Empréstimo*" estão previstas duas grandes missões - do Banco  
215 Mundial para acompanhamento do Projeto REFORSUS, começando pelo Rio de Janeiro e, depois,  
216 Salvador. Aberta a sessão para debates, fizeram uso da palavra o Conselheiro **Newton** querendo saber  
217 qual era o momento previsto para os pólos de capacitação de recursos humanos, e perguntou se na  
218 intermediação do Banco do Brasil era necessário que se obedecesse os padrões normais de  
219 financiamento do banco. **Dra. Ana Teresa**, em resposta, admitiu não ter presente o valor previsto para os  
220 pólos de capacitação, mas poderia providenciar a informação imediatamente e, em referência ao Banco do  
221 Brasil, disse não ser necessário garantia, até por que é apenas agenciador do Projeto na modalidade  
222 contrato. Conselheiro **Omilton** desejou saber quem formulava os projetos para alocação de recursos, se o  
223 município ou se este contratava consultoria. **Dra. Ana Teresa** esclareceu que, quando se pensou em  
224 "*Carta-convite*" e "*Subprojeto*", foi justamente para facilitar a participação dos interessados no Projeto, de  
225 tal forma que não houvesse maiores problemas no preenchimento dos formulários. Ressaltou que nesse  
226 aspecto as instruções são claras, com indicativo das fontes de acesso, não sendo, portanto, necessário  
227 contratar serviços para essa finalidade. Conselheiro **Newton** reforçando a colocação da **Dra. Ana Teresa**,  
228 declarou ser um beneficiário do REFORSUS, tendo ele próprio preenchido a documentação necessária  
229 sem dificuldades, ao mesmo tempo em que deu seu testemunho sobre a seriedade do Projeto.  
230 Conselheira **Elizabete** fez dois questionamentos, sendo o primeiro para saber se os recursos do Projeto já  
231 foram repassados aos Estados e o segundo, como ficaria a proposta de equipar com recursos do  
232 REFORSUS o Hospital do Trabalhador, da cidade de Caxias do Sul/RS, já que estaria sendo cogitado  
233 transformá-lo em cooperativa. **Dra. Ana Teresa** explicou que o processo do Projeto REFORSUS não  
234 permite repasses de verbas às SES ou às SMS, porque a modalidade não é convênio e sim contrato, o  
235 que significa dizer que serão assinados projeto a projeto, de modo que se houver 10 (dez) projetos, haverá  
236 10 (dez) contratos. No caso de obras, salientou que os recursos serão repassados de acordo com o  
237 cronograma físico-financeiro mais a apresentação do laudo de medição da mesma. Se for equipamento,  
238 ao ser fornecida a nota fiscal, o beneficiário terá que dar recibo. Em que pese todos os cuidados na esfera  
239 federal, reconheceu que poderia ocorrer nas outras esferas explorando política do empreendimento, o que  
240 entendeu ser lamentável. À vista da indagação feita sobre a situação do Hospital do Trabalhador disse  
241 que, nesses casos, deveria ser observada a mesma conduta adotada com as Unidades Filantrópicas e  
242 admitiu não ser possível detectar "*a priori*" se uma Unidade contemplada com recursos do Projeto venha,  
243 no futuro, assumir outra forma de gestão. A propósito dessa questão, adiantou que, inevitavelmente, no  
244 Componente II, serão estudadas e analisadas as metodologias das formas alternativas de gestão que

estão acontecendo no Brasil, mas sem considerar tendências ideológicas. Conselheira **Albaneide** referindo-se, em primeiro lugar, ao fato de os projetos não estarem passando pelos CES, quis saber da expositora se a mesma teria documentos que comprovassem o contrário e, em segundo lugar, se já foram identificadas as filantrópicas que não atendiam o SUS e que teriam sido contempladas no REFORSUS, em terceiro lugar, cobrou a falta de citação do “*Sistema de Informação em Saúde*” e, por último, voltou a chamar a atenção para o fato de as Unidades públicas receberem recursos do REFORSUS e depois serem transformadas em cooperativas, organizações sociais... **Dra. Ana Teresa** fazendo alusão aos documentos que referenciam a passagem dos projetos nos CES disse que, embora solicitados reiteradas vezes, nem todos os estados haviam encaminhado, por isso, persistia a solicitação. No referente às filantrópicas que não atendem ao SUS, foi enfática em sua resposta “*Dos projetos que chegaram e que dizem respeito a equipamentos, todos constam de declaração, com assinatura do gestor de compromisso de oferta de serviço ao SUS não inferior a 70%. Nós nos comprometemos ainda, à medida que novos projetos forem chegando, ficarmos atentos para esse detalhe*”. No tocante ao tema Sistema de Informação, lembrou que o REFORSUS não decide políticas e sim instrumentaliza e fornece recursos às políticas do MS, o que vale dizer que quem detém o sistema de informação é o próprio MS. Isso vale, igualmente, para o sistema da hemorrede, não é o REFORSUS que define o projeto de interiorização dessa área e sim as Coordenações de Sangue. Concluiu dizendo que todas as informações pertinentes ao REFORSUS estão na INTERNET, para conhecê-las, basta acessar a “*home page*” do Projeto e frisou ainda que fazem acompanhamento, também, do Projeto, a Comissão do Conselho do CONASS, da Procuradoria da República, Tribunal de Contas da União, Ciset/MS, Casa Civil. A despeito de todas as explicações da **Dra. Ana Teresa**, a Conselheira **Albaneide** voltou a insistir na importância de ser discutido no CNS o “*Sistema de Informação*”, no que a expositora manifestou concordância. Conselheiro **Dellape**, último a se manifestar, perguntou se nesse primeiro ano a aplicação de recursos contemplara, inclusive, a área de desenvolvimento gerencial. **Dra. Ana Teresa** afirmou ter sido intenção consentânea de que para todo o projeto de investimento fosse feito um de modernização gerencial, mas que, infelizmente, como dissera no início de seu pronunciamento, modernização gerencial foi interpretada pelos beneficiários do Projeto como sinônimo de compra de computadores, exceção feita aos estados de Santa Catarina e Ceará. Não havendo mais nada a relatar nem a discutir Conselheiro **Newton**, Coordenador da Mesa, deu por encerrada a sessão.

**REGULAMENTAÇÃO DE PLANOS E SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE - Dr. Januário Montone**, Subsecretário de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, após comentários gerais sobre a elaboração da Proposta de Regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Saúde, destacou os seguintes pontos: **1)** que a proposta agregou contribuições dos Ministérios da Saúde, Justiça e da Fazenda; **2)** que a proposta estaria aberta à discussão não só no Congresso Nacional, como nos diversos segmentos da sociedade; **3)** relativo ao Plano Padrão/Limites e Exigências Químicas, colocou que a questão é polêmica e que nesta versão da proposta saiu ligado ao Plano Padrão, o que não seria a realidade. Explicou que o Plano Padrão estaria sendo colocado como um padrão de atendimento geral, admitindo Planos Facultativos. Reforçou que nenhum plano poderia deixar de oferecer qualquer prestação de serviço abaixo do que está colocado como exigências e limites; **4)** que o projeto objetiva regular um mercado que atinge 40 milhões de usuários e movimenta 15 bilhões de reais/ano, de modo a permitir a fiscalização, proteger os direitos dos usuários e fazer a articulação do sistema de saúde; **5)** que o Plano Padrão não estaria colocado na proposta como exigência, que todas as operadoras de seguros teriam que atender; **6)** que os Limites e Exigências Mínimas deveriam induzir ao aumento de cobertura, os quais avançam em questões oriundas dos Conselhos e dos Consumidores; **7)** a disponibilidade das seguradoras em apresentarem mensalmente o cadastro dos beneficiários, ponto este, que talvez tenham dificuldade em operacionalizar; **8)** quanto ao Fundo de Custeio e Procedimentos de Alto Custo, citou que constituiria a grande proposta que iria induzir ao aumento da cobertura, por trabalhar com o sistema de alto custo e que o mesmo poderá vir a ser significativo na formatação de custos dos planos e seguros, de modo que, deixe de haver vantagem financeira para as operadoras, no sentido de oferecerem cobertura cada vez mais baixa; **9)** que no ano passado, a nível hospitalar, o Fundo de Alto Custo destinou 1 bilhão e 250 mil reais, concentrados nas regiões sul e sudeste, onde 30% foram para procedimentos hospitalares (370 milhões), sendo 83% desses, usados para procedimentos de tratamento cardíaco e oncológico. No caso do ambulatório, 71% do custo geral pago, foram destinados à quimioterapia, diálise e hemodiálise, concentrados também nas regiões sul e sudeste; e **10)** relativo a contribuição ao Fundo de Custeio, colocou que teriam dois modelos básicos de planos, um que não cobre procedimentos de alto custo, os quais deverão ter um percentual fixo de contribuição, e outro que oferece cobertura parcial ou integral nos procedimentos de alto custo, estes, teriam uma participação correspondente ao tipo de cobertura oferecida. Ressaltou que um plano com cobertura integral não iria contribuir ao Fundo de Custeio. **Dr. Januário** comentou sobre a nova proposta de composição do Conselho Nacional de Seguros Privados, onde participam 10 representantes do Ministério da Saúde, 01 do Ministério da Justiça e 01 da Previdência, de modo a ter um formato equilibrado, entre representantes da área econômica, da fazenda, SUSEP, Seguros, Banco Central, Saúde e Social. Encerrou seu relato citando que atualmente o Conselho

Nacional de Seguros Privados normatiza, gerência e fiscaliza 12 bilhões de reais/ano, se excluir o próprio Seguro Saúde, que está em torno de 3 Bilhões. Conselheiro **Newton** colocou em debate a questão. Conselheiro **Eurípedes** comentou sobre a importância da discussão e a forma que a matéria vem sendo tratada. Ressaltou a falta de tempo hábil para o CNS discutir esta proposta; a ausência do Senhor Secretário Executivo na reunião; a proposta do MS permite a entrada do capital estrangeiro; que ela consagrou em lei o referenciamento, que é uma prática legal do Seguro saúde, mudando para pior; que colocaria como órgão regulador o Conselho Nacional de Seguros Privados, deixando 40 milhões de brasileiros fora da órbita do MS; que coloca uma comissão agregada ao Conselho, Comissão Consultiva, na qual tem 07 (sete) representantes das empresas da área; que a proposta legitima as exclusões, as limitações do número de dias de internação, as carências, a majoração por idade, dentre outras. Mencionou que se não tivesse exclusão, não necessitaria do Sistema de Alto Custo e que a questão está sendo regulada sob a órbita econômica, ou seja, na visão do Ministério da Fazenda. Relativo aos profissionais de saúde colocou que a proposta traz profundas modificações quanto ao exercício profissional criando um problema na área de recursos humanos para atender a esta população. Citou também que, apesar de prever credenciamento de referenciamento, ela cria obrigações aos profissionais e não protege os usuários, e, que a proposta consagra em lei a venda de serviços do setor público para os Planos de Saúde, concluiu dizendo que a proposta vai contrário ao que foi deliberado neste Plenário. Propôs ao CNS que reafirme o Projeto discutido neste Colegiado, tornando claro à sociedade o pensamento do CNS. Conselheiro **Solon** concordou com o Conselheiro **Eurípedes** no sentido de que esta proposta não fora discutida neste Conselho, acrescentando que em alguns pontos houve progresso. Comentou sobre a liberdade do usuário escolher o plano que melhor o atenderia e sobre situações práticas vivenciadas pelos usuários ao necessitar de atendimento médico. **Dr. Neilton**, médico, Presidente do CONSEMS do Tocantins e Vice-Presidente do CONASEMS, teceu comentários sobre a importância do item, posicionando-se favorável que o CNS se mantivesse frente à apresentação de uma proposta que não foi a discutida neste fórum e que o Ministério da Saúde - MS não poderia desconhecer o que fora deliberado neste Colegiado. Quanto ao conteúdo prático da proposta, citou estar cheia de exclusões e ilegalidades, sendo contraditória e inconstitucional em diversos artigos. Finalizou ressaltando que a proposta coloca a disposição governamental de legitimar intenções como a privatização do setor e as Organizações Sociais. Propôs ao Plenário: **1)** que resgate a proposta discutida nestes Colegiado, como sendo a única proposta a ser encaminhada de autoria do MS; **2)** que seja estabelecida uma comissão para entrar em contato imediato como **Senhor Deputado Pinheiro Landim** e expressando a posição do CNS; e **3)** que os Conselheiros como representantes de segmentos, promovam articulações junto aos Líderes Partidários e Parlamentares, no sentido de que na época da votação, não permitam a aprovação de questões que possam prejudicar a saúde da população. Reforçou que o CNS seria o maior fórum aliado ao Ministério da Saúde na construção do SUS. **Dr. Januário** respondeu aos questionamentos, esclarecendo sobre os seguintes aspectos: **1)** que o relator da matéria no Congresso antecipou a apreciação da proposta, e com isso, precedeu a necessidade de que fosse colocada uma proposta do MS e que em nenhum momento a proposta do CNS foi eliminada; **2)** que foi levado em consideração o acúmulo das discussões institucionais; **3)** que esta versão não é a versão final; **4)** que a presente proposta ainda apresenta erro técnico e de redação, necessitando de correções de textos que não se enquadram na diretriz colocada; **5)** que relativo ao direito do consumidor, a proposta relatada apresentou avanços; e **6)** que em todo o projeto está preservado o papel do SUS e o respeito à legislação. Conselheiro **Ferreira** questionou se o Sistema Supletivo é alternativo ou complementar ao SUS, face a diferença na legislação vigente. Mencionou não estar contemplado o contrato do setor supletivo com a rede hospitalar, concluindo que todos os hospitais estariam credenciados sem nenhum contrato. Reiterou que a proposta aprovada pelo CNS deveria ser encaminhada como proposta do MS. Conselheira **Elizabete** registrou seu protesto e indignação pela forma como o MS está tratando o CNS, por considerar desrespeito, inclusive, com Controle Social. Propôs que seja deliberada uma Resolução do CNS que reafirme a proposta já discutida neste Colegiado. Conselheiro **Oswaldo** colocou ser a proposta privatista, que abre espaço ao capital estrangeiro e representa um “golpe ao CNS”. Protestou o descaso com que as autoridades federais vêm tratando o CNS. Conselheiro **Newton** interveio destacando a presença do **Senhor Deputado Federal Colbery** do PMDB da Bahia. Conselheiro **Sabino** reafirmou a proposta de Resolução. Conselheira **Neide** registrou protesto pela maneira que a matéria vem sendo encaminhada. **Dr. Januário** encerrou sua fala reforçando suas colocações e destaques feitos no decorrer do item, que a proposta relatada foi resultado de discussões interinstitucionais e que o processo está aberto às novas discussões. Agradeceu a todos e colocou-se à disposição do CNS para eventuais contatos. Conselheiro **Newton** agradeceu ao Senhor Secretário pela importante contribuição. A seguir Conselheiro **Newton** colocou em discussão o texto da Resolução proposta, que após contribuições dos Conselheiros, foi **APROVADA** com a seguinte redação: *“Considerando os debates realizados sobre a Regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde, resolve: Protestar contra a maneira com que a atual direção do Ministério da Saúde vem tratando a questão da Regulamentação dos Planos de Saúde. Recentemente encaminhou ao Congresso Nacional, na*

367 *pessoa do Relator de Comissão Deputado Pinheiro Landim, Proposta de Lei de regulamentação da*  
368 *matéria. O Conselho Nacional de Saúde não pode ser desautorizado ou desprestigiado pois seu papel*  
369 *legal não é o de apenas “ser participado” das decisões tomadas pelo Ministro, mas ter parte ativa nas*  
370 *resoluções após sua discussão e deliberação, principalmente quando o próprio Conselho Nacional de*  
371 *Saúde já havia discutido e aprovado uma proposta sobre o assunto. Diante disto: a) Reafirmamos a*  
372 *proposta de regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde, aprovada anteriormente na plenária do*  
373 *Conselho Nacional de Saúde; b) Designamos uma comissão de Conselheiros para expor ao Deputado*  
374 *Pinheiro Landim e outros Deputados da comissão a posição do Conselho; c) Defenderemos a proposta*  
375 *do Conselho junto aos parlamentares e líderes, à época da votação”. Conselheiro Omilton absteve-se na*  
376 *votação por considerar que a proposta apresentada estaria respaldada por outros Ministérios e também*  
377 *pelas dificuldades na discussão da matéria neste Colegiado; propôs que um dos outros Ministérios fosse o*  
378 *responsável pelo encaminhamento desta proposta. Ressaltou que ao Ministério da Saúde caberia*  
379 *patrocinar a proposta aprovada neste Conselho. Absteram-se na votação os Conselheiros Solon e*  
380 *Lucimar. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS - A Conselheira Rita Barata solicitou a palavra e informou que: 1) a*  
381 *Comissão estabelecida para discutir as Organizações Sociais se reuniu com o MARE e recebeu a última*  
382 *versão de Minuta do Projeto de Lei da Formação das Organizações Sociais, já com incorporação de*  
383 *algumas questões debatidas no plenário do Conselho; e 2) O MARE está aberto para continuar dialogando*  
384 *e incorporando sugestões do setor saúde. Questionou se o Plenário considera válido que a Comissão*  
385 *continue mantendo contatos e trabalhando junto ao MARE. Apresentou a minuta de consulta, elaborada*  
386 *pelo Conselheiro Gilson Cantarino, que seria encaminhada ao Ministério Público, ao Dr. Antonio Carlos*  
387 *Albino Bigonha, Procurador-Geral dos Direitos do Cidadão, a respeito das duas leis aprovadas (Pará e*  
388 *Bahia). Os termos do documento foi APROVADO por unanimidade. ITEM 03 - SECRETARIA*  
389 *EXECUTIVA DO CNS: COMPETÊNCIAS E MÉTODOS - Dr. Nelson Rodrigues dos Santos relator do*  
390 *item, teceu comentários sobre a reinstalação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, Resolução*  
391 *nº 225, ainda não publicada; sobre a Comissão Interministerial - MEC e MS, Resolução nº 224 e sobre o*  
392 *Grupo de Trabalho para acompanhamento do Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional*  
393 *na Área de Saúde, Resolução nº 228. Relativo ainda a questão de Recursos Humanos, Dr. Nelson*  
394 *mencionou a proposta do Conselheiro Newton Leite, de convidar Técnicos da CGRH do SUS/MS e*  
395 *Conselheiros interessados, para junto às Comissões de Especialistas do SESU/MEC, despacharem os*  
396 *processos pendentes, bem como, a sua preocupação com o trabalho dessas comissões e com o produto a*  
397 *ser apresentado. Quanto à Proposta do Papel e Competências de Prioridades e Métodos para a Secretaria*  
398 *Executiva, citou que a mesma estaria fundamentada em decisões anteriores; que as atribuições não só do*  
399 *CNS, mas da Secretaria Executiva estariam expressas nas Leis Orgânicas 8.080 e 8.42, nos Decretos*  
400 *99.438 e 109/91, na Resolução nº 33/93 deste Colegiado, no Regimento Interno e nas conclusões da 13ª*  
401 *Reunião Extraordinária do CNS. Ressaltou ter sido feito um consolidado dessas fundamentações na*  
402 *primeira página do documento. No item Posicionamento sobre essas competências foi colocada uma visão*  
403 *relativa à direcionalidade dos papéis e competências da Secretaria Executiva. Dentre os 08 (oito) itens*  
404 *destacou: “Item 1) basicamente temos que subsidiar o Plenário e as comissões, com informações e*  
405 *análises prévias ao acontecimentos. As coisas acontecem na área da saúde e todos nós sabemos, como*  
406 *atores dos vários segmentos representados aqui que as coisas acontecem na área da saúde e a geração*  
407 *desses acontecimentos nem sempre se dá dentro deste Conselho, a maior parte das vezes se dá é foram,*  
408 *aonde os núcleos das decisões formais ou informais estão acontecendo: Congresso Nacional, Comissões*  
409 *de Saúde, outros Ministérios: MEC, Ministério da Justiça, Secretaria do Direito Econômico,*  
410 *Ministério da Fazenda, Secretaria de Acompanhamento Econômico. Então têm dezenas de órgãos*  
411 *executivos e legislativos, hoje estudando, normatizando e decidindo, além das entidades da sociedade*  
412 *civil que estão aqui, também, representadas que tem sua atuação política em todos os órgãos de*  
413 *decisão. A grande preocupação nossa é ter um sistema permanente, aumentar e sistematizar um*  
414 *mapeamento e um monitoramento de todos esses grandes núcleos de decisão que faz as coisas, na área*  
415 *da saúde, acontecer: que faz o SUS ser construído ou desconstruído; que faz ser melhor financiado ou*  
416 *pior financiado; que ajuda a descentralização ou não ajuda a descentralização; que ajuda a*  
417 *qualificação de recursos humanos ligando a qualidade ao mercado de trabalho, como foi bem colocado*  
418 *hoje de manhã, e todas as grandes questões estratégicas da construção do SUS, que estão*  
419 *acontecendo fora daqui. Então esses núcleos estão decidindo, se nós não tivermos realmente a*  
420 *competência técnica-político-administrativa de estar mapeando e monitorando permanentemente,*  
421 *afunilando os resultados desse mapeamento e monitoramento, afunilando, em tempo hábil e*  
422 *agilmente, para esse Plenário e para as Comissões”. Neste sentido, comentou ainda sobre a proposta de*  
423 *regulamentação dos planos Privados de Saúde, por ter chegado a este Conselho uma proposta elaborada*  
424 *em conjunto com os Ministérios da Saúde, Fazenda, Justiça, quando a pauta desta reunião já havia sido*  
425 *distribuída e que estaria sendo solicitado um espaço na agenda da próxima reunião para que o Senhor*  
426 *Secretário Executivo, Dr. Barjas Negri e o Dr. Januário Montone, Subsecretário de Assuntos*

Administrativos, os quais assumiram a representação deste Ministério na elaboração da proposta, pudessem estar, neste Colegiado, para justificar a atuação dos mesmos frente a proposta e esclarecer questionamentos deste Plenário. Retornando às discussões sobre os papéis e competências da Secretaria Executiva, **Dr. Nelson** referiu-se ao **Item 2** da proposta, que trata a questão da estrutura e funcionalidade desta Secretaria. Colocou ter detectado uma questão de “*cultura institucional dos condicionamentos, os atavismos, inseridos neste prédio do MS*”, próprios dos órgãos gestores, e que não devem ser modelo para funcionamento da Secretaria Executiva. Reportou-se ao assunto da elaboração da pauta das reuniões do CNS, questionando sobre o que são **questões maiores** para entrar em pauta apesar já termos uma agenda básica?; em qual momento deveria entrar um ou outro ponto da agenda básica? Informou ter listado nesta proposta vários órgãos que produzem conhecimentos, normas, a todo momento, como o Congresso Nacional, as Comissões de Saúde, Comissões de Seguridade Social, os grupos técnicos que estudam a saúde na Câmara e no Senado, etc... Citou a existência de 1.500 Projetos de Lei, questionando quais seriam fundamentais?; que Projetos poderiam ter a participação do CNS?; quais estariam subsidiando decisões relativas a saúde? e quanto aos outros Conselhos Nacionais, que têm grupos de estudos importantes, que trabalho estariam produzindo? Comentou sobre a produção de Trabalhos da Secretaria de Acompanhamento Econômico do Ministério da Fazenda, onde está a SUSEP; do Conselho Nacional de Seguro Privado e da Secretaria do Direito Econômico do Ministério da Justiça; do IPEA; da Escola Nacional de Administração Pública - ENAP; IBGE; dentre outros, todos com os estudos que podem interessar ao CNS, colocando que seria impossível esta Secretaria Executiva afunilar todos os implementos e subsídios de decisões importantes para a saúde que passam ao largo deste Conselho. Então neste sentido, expôs ser fundamental que a agenda básica aprovada seja traduzida no maior número possível de Mesas Redondas ou de Conferências, exemplificando, as apresentações da **Dra. Célia Almeida**, sobre os Modelos Assistências nos vários países do primeiro mundo e da Equipe do MEC. Questionou o que teria ficado sobre estas palestras e quais seriam as deliberações do CNS a cerca do assunto? Colocou ser necessário criar instâncias que façam esta mediação e tragam os resultados da discussão já em forma de propostas de viabilidade de deliberação, transformando os resultados da discussão já em forma de propostas de viabilidade de deliberação, transformando os resultados em subsídios e alternativas a disposição do CNS. Considerando já existir instâncias que podem executar esta tarefa. **Dr. Nelson** colocou que não caberia a atual Secretaria Executiva, mesmo que aumentasse o número de técnicos e as competências dos mesmos. Informou estar fazendo uma sondagem com alguns Núcleos de Estudos de Política da Saúde, como com o NESP/UnB, no sentido de verificar até onde esses núcleos poderiam ajudar. Renovou uma proposta já apresentada anteriormente, onde o CNS elegeria em torno de 05 (cinco) Conselheiros, que tenham viabilidade de contatos breves com a CG/CNS, para decidirem a entrada em pauta de assuntos para cada reunião, bem como, outras decisões rápidas que ficam no interstício entre as reuniões. Solicitando o referendamentado da proposta. Solicitou também autorização para que a CG/CNS continue os contatos de possíveis convênios com os Núcleos de Estudos, colocando a seguir em discussão no Plenário. Conselheiro **Newton** dirigiu dois apelos ao Plenário: **1.** a necessidade de uma Assessoria Jurídica para o CNS; e **2.** que os trabalhos apresentados fossem transformados em anais, publicados pelo MS e distribuídos para as Secretarias Estaduais e Municipais para conhecimento. Frisou ainda que, poderia haver uma comissão editorial para subsidiar na redação dos trabalhos, posicionando-se favorável quanto às demais colocações. Conselheiro **Saad** posicionou-se a favor dos encaminhamentos que devem ser dados após apresentação dos temas da agenda básica, e à idéia de utilizar os Núcleos de Estudos, destacando o cuidado que deve-se ter com relação ao produto apresentado. Conselheiro **Omiton** citou ser favorável aos encaminhamentos relativo aos temas da agenda básica. Questionou sobre o fato do Coordenador Geral do CNS deixar de coordenar as reuniões, por entender que **Dr. Nelson** perderia o contato durante as Plenárias. Questionou à CG/CNS como ele estaria se sentido ao lado das discussões. Conselheiro **Newton** reportou-se às coordenações anteriores do **Dr. Seixas** e **Dra. Fabíola** e propôs que a coordenação da reunião voltasse ao Coordenador Geral do CNS, pela sua postura democrática. Conselheiro **Carlyle** citou que o funcionamento de um Colegiado é sempre difícil, sobretudo, quando é deliberativo e se a matéria submetida à consideração do Plenário não está adequadamente preparada com antecipação, tornar-se-ia mais difícil chegar às deliberações. Ressaltou a necessidade deste Conselho aprender mais como trabalhar em um Colegiado, colocando que presidir é uma função do próprio Conselho e apoiar é função da Secretaria Executiva. Destacou ser através do Coordenador Geral e com ajuda dele que poderia fluir para o CNS, a informação sobre a qual o Conselho delibera e que a função da Secretaria Executiva é da forma referida pelo **Dr. Nelson**, ou seja acompanhar o processo e afunilá-lo para ser submetido a apreciação. Reportou-se a uma conversa que teve com o Senhor Ministro junto com os Conselheiros **Saad** e **Margareth**, onde foi falado sobre a necessidade de reforçar a Secretaria do CNS, obtendo como resposta do Senhor Ministro, que não teria nenhum problema porque ele teria pessoal. Posicionou-se favorável aos contatos com os Núcleos de Estudos, frisando ser indispensável definir o que querem como produto comprado. Quanto ao grupo de Conselheiros para definição das pautas, acrescentou que o mesmo poderia ser renovado periodicamente, representando,



portanto, uma medida democrática interessante e que o Conselho deveria apoiar esta sugestão. Propôs que deveria também ser trabalhada a questão dos documentos que chegam para os Conselheiros, no sentido de serem enviados com antecipação de 15 (quinze) dias. Citou que em outros Colegiados é destacado em folha de roto o que se espera que o Conselho verifique com maior propriedade, salientando esta como uma das grandes funções do CG/CNS. Relativo a sugestão do Conselheiro **Newton** de que os trabalhos apresentados constituíssem um documento a ser encaminhado aos Estados e Municípios, Conselheiro **Carlyle** ressaltou que: *“este Conselho tem uma responsabilidade e um obrigação de informar, aos demais Conselhos, o sistema de controle social que se pretende estabelecer nesse país. Este Conselho deve constituir-se no ponto da pirâmide desse sistema e todas as medidas que possa fazer para reforçar, informar, capacitar os outros níveis desse sistema de controle social deve ser feito, mas até ai. A informação científico-técnica que é necessária, absolutamente indispensável, para o sistema de saúde como um todo, tem que ser feito, é uma obrigação do Ministério. Esse Conselho pode ajudar, definir padrão, decidir, deliberar, pedir ao Ministério, ordenar ao Ministério, se é o caso, de que isso seja feito, mas não é o papel desse Conselho cumprir com essa função. Mas no Sistema de Controle Social, sim, creio que deve ser feito. E essa é outra das funções que no trabalho de apoio da Secretaria Executiva a gente tem de chegar a desenvolver com precisão”*. Desculpou-se pela demora em sua exposição. Conselheira **Albaneide** agradeceu ao Conselheiro **Carlyle** por ter abordado questões que ela iria pontuar. Reforçou a importância de contratação de Assessoria Técnica, como a assessoria na área de orçamento. Solicitou esclarecimentos quanto a relação com os Núcleos de Estudos em Saúde Pública, considerando a existência de vários e em diversos estados, questionando: já que são vários Núcleos de Estudos vai ser feita licitação? o que vai ser feito? baseado em que? o que seria estabelecido neste convênio porque todos são notório saber? Citou que no seu entender estaria começando uma discussão sobre tercerização, constituindo assim um sério problema. Sugeriu ampliação nas discussões. Enfatizou que segundo o Senhor Ministro funcionários não seria problema, por isso não entenderia o porquê dos convênios. Conselheiro **Dellape** pontuou a questão da coordenação da reunião como sendo uma função que desgasta quem a exerce, lembrando coordenações anteriores. Acreditou que a função poderá se exercida por um dos Conselheiros e não seria hora para mudar. Referiu-se às questões que vêm para o CNS e ficam sem deliberação, reportando-se a um **workshop** sobre problemas jurídicos realizado na época da Conselheira **Angélica** e que até hoje o CNS não possui Departamento Jurídico. Ressaltou que o CNS precisa instrumentalizar melhor seus trabalhos através de um organismo técnico, capaz de dar sequência aos assuntos debatidos, bem como, a antecedência com que os documentos deveriam chegar aos Conselheiros. Conselheira **Margareth** reforçou a preocupação no sentido do Conselho ser respaldado por um Núcleo de Estudo, por achar legítimo e interessante e que a experiência seja extensiva às Comissões. Informou que uma das preocupações da Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher - CISMU é resgatar toda a memória dos documentos discutidos nas reuniões e transformá-los em proposta de Resolução. Ressaltou que se houvesse a possibilidade de contar com um apoio técnico os trabalhos renderiam muito mais e que os mesmos deveriam operar não apenas sobre o produto da reunião mas também na preparação. Outra questão levantada foi sobre a *10ª CNS-On Line sugiro que seja colocado as decisões principais do CNS e até das Comissões*. Conselheira **Rita Barata** discordou do encaminhamento dado pela Conselheira **Albaneide** porque não é o caso de licitar. Sugeriu que a escolha fosse pautada por condições de pragmatismo. Quanto à composição do Grupo de Conselheiros, reforçou que o ideal seriam pessoas que moram em Brasília ou que têm mais disponibilidade de tempo e deslocamento para ficarem à disposição dos trabalhos do Conselho. Conselheira **Elizabete** ressaltou a importância da preocupação da coordenação em discutir o funcionamento do Conselho. Informou que na Reunião Extraordinária, do dia 03/06 constatou que os Conselheiros estariam revoltados pela forma como estão sendo encaminhados os assuntos de saúde. Citou que algumas questões só passaram no Conselho como informe e não para discussão e isso estava abrindo precedentes para os estados, o que não poderia acontecer. Enfatizou que o Conselho teria que ter o efetivo controle social e *“as decisões tem que passar pelo Conselho”*. Propôs que o Conselho tivesse uma Assessoria de Comunicação e Imprensa. Levantou uma preocupação sobre as Diretrizes e Metas, mais especificamente, no item 3: *“A pauta das plenárias deve prioritariamente obedecer a agenda básica e seu desdobramentos, refletindo a postura ativa do Conselho, de selecionar e equacionar as questões maiores. As demandas originadas da sociedade, instituições e entidades devem constituir pauta complementar que resulta de triagem inicial...”* e concordou com a criação do Grupo de Conselheiros para avaliar os assuntos a serem discutidos no Conselho. Salientou que *“é importante que o Conselho discuta, defina e intervenha nessas questões, inclusive para não desmoralizar o papel do Conselho”*. Conselheiro **Oilton** comentou, respeitando a fala do Conselheiro **Carlyle**, que o cargo aqui é de Coordenador e não de Secretário Executivo, ressaltando diferenças entre o serviço público e o privado. No serviço Público *“a pessoa exerce funcionalmente uma atividade inerente ao cargo e isso não ocorre na iniciativa privada”*. Afirmou que: *“conduzir uma reunião não é participar executivamente dela. Não é porque nós tivemos um coordenador que por um ou outro motivo não tenha tido um comportamento profissional,*

de acordo com a opinião da maioria, que todos aqueles que vão vir para cá, vão ser igual àquele. Aparentemente fica essa idéia. Fica sempre a idéia de que tem que haver participação e eu fico sempre com a de que tem que haver resultado". Questionou ao **Dr. Nelson** como ele estaria se sentindo nessas 4 (quatro) ou 5 (cinco) reuniões com a experiência que ele tem e como vê esta questão? Conselheiro **Oswaldo** iniciou relatando sua participação como representante da COBAP em 2 (dois) Conselhos: CNSS e CNPS informando que existe nestes Conselhos uma Secretaria Executiva, ou seja, um conjunto de funcionários e técnicos que estão a serviço do Conselho com um Coordenador dessa Secretaria. Discordou de haver uma Assessoria Jurídica no Conselho, pois toda vez que houvesse um problema seria gasto muito tempo até que chegasse a informação às mãos do Conselheiro. Propôs que " *todos processos e documentos que viessem para o Conselheiro, com um prazo razoável, acredito 15 (quinze) dias, viesse com algum parecer técnico. Isso ao mesmo tempo que, esclareceria, abriria também, ao Conselheiro uma necessidade de pesquisar, de buscar conhecimento*". Quanto a presidência dos trabalhos concorda que seja exercida por um companheiro, mas não da maneira que vem sendo feita: um por cada reunião, destacando: *Acho que quem vai dirigir um trabalho como esse tem a responsabilidade de estar a par de tudo que vai acontecer. Teria que vir antes e se reunir com o Dr. Nelson para saber os temas para dirigir bem a reunião*". Salientou a ausência do Senhor Ministro nas reuniões e a necessidade da presença do mesmo frente às discussões de matérias, antes de serem apreciadas no Congresso Nacional. Concordou com a contratação de uma Assessoria Técnica. **Dr. Nelson** respondeu aos questionamentos feitos pelos Conselheiros da seguinte maneira: **1) Presidência das Reuniões** - " Eu não estou me sentindo bem até agora, não por não estar coordenando a Plenária, mas por um série de demandas, que me colocaram ainda com impedimentos para estar presente literalmente em todas as reuniões, ao lado do Presidente, exercendo minha obrigação de apoio a quem estiver presidindo à Plenária; **2) Contratação de um Núcleo de Estudos** - " *A proximidade física do NESP-UnB, a grande competência e por ter sido um dos primeiros núcleos que se formou, nos coloca uma facilidade e um pragmatismo de imediato. Todos os outros núcleos vêm exercendo suas funções com grande competência*". Ressaltou que: " *temos que ser muito competentes no que queremos deles. Temos que ser bons encomendadores*". Explicou que: " *jamais daríamos um passo desse, em nome do Conselho, sem antes trazer para o Plenário a proposta em sua qualidade e quantidade para o julgamento final*", **3) 10ª Conferência Nacional de Saúde On-Line** - " *Ontem nós fizemos uma discussão, já por delegação do Plenário na reunião anterior, de juntar num mesmo grupo a Home Page deste Conselho e a 10ª Conferência Nacional de Saúde - On Line, mantendo os dados os mais atualizados possíveis*"; **4) Pauta** - " *quando nós usamos a expressão complementar foi porque este Conselho decidiu por uma agenda básica. Isso não significa secundarizar a complementar*". Reforçou a proposta de constituir a Comissão de Conselheiros para apoiar, orientar e respaldar no dia-a-dia a Coordenação do CNS; **5) Assessoria Jurídica** - informou não ser ideal a do Ministério da Saúde. sugeriu a Procuradoria Geral e a CEPEDISA e **6) Assessoria de Comunicação Social e Imprensa** - concordou que é necessário e disse já estar mantendo contato com **Dr. José Roberto Vieira da Costa**, Assessor de Comunicação Social do Ministério da Saúde, para que seja possível ter um jornalista, pelo menos, por um período de 20 horas semanais. Conselheiro **Newton** após ouvir as ponderações dos Conselheiros, reconsiderou a proposta anteriormente apresentada sobre a presidência das Reuniões Plenárias e a retirou de ser posta em votação. Propôs que o próximo presidente da Reunião Ordinária fosse indicado na reunião anterior. Conselheiro **Carlyle** encaminhou para votação os seguintes pontos: **1) Autorização para contratação de Assessoria** - Sugeriu que o Plenário autorizasse a Coordenação a negociar essa Assessoria Técnica e trouxesse à este Colegiado os termos do convênio proposto; **2)** sugeriu que se designasse um **Grupo de Conselheiros** acessíveis à consultas imediatas, para que pudesse assistir à Coordenação na execução de algumas atividades que devam ser trazidas ao Conselho, se candidatando a fazer parte do Grupo. Conselheiro **Mário Scheffer** sugeriu que a Comissão de Conselheiros fosse composta de 4 (quatro) membros representando assim cada segmento. Conselheiro **Newton** colocou as propostas em votação e o Plenário considerou **APROVADA** por unanimidade a contratação de Assessoria Técnica e **APROVADA**, com uma abstenção do Conselheiro **Carlyle**, a Comissão de Conselheiros. Ficou decidido que cada segmento escolheria seu representante na referida Comissão e, posteriormente, encaminharia o nome à Coordenação Geral do Conselho Nacional de Saúde. **ITEM 04 - REESTRUTURAÇÃO DO CNS - DISCUSSÃO DO RELATÓRIO APRESENTADO NA 65ª REUNIÃO ORDINÁRIA PELA COMISSÃO** - Transferido para a próxima reunião. **ITEM 05 - COMUNICAÇÃO SOCIAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE** - Com a palavra, **Dr. João Roberto** chamou a atenção para a preocupação precípua da Comunicação Social/MS, que é com a informação. Dentro desse processo, deixou claro que existe a chamada **campanha publicitária** e a **assessoria de imprensa**, e que a informação na área de saúde não deve ser entendida somente como publicidade, da mesma maneira que assessoria de imprensa não pode ser entendida como de um Ministro ou de uma gestão. Segundo observou, é um conjunto de ações e de preocupação do próprio MS. À questão publicitária de definir uma estratégia de comunicação de informação, explicou que dentro do MS, essa função e, essencialmente, **educativa, didática e informativa**. Já na imprensa, disse, há o cuidado de se fazer mais do que a

divulgação do chamado **“release”**. De outro lado, tem se conversado muito com os grandes jornais, porque no caso da saúde este veículo de comunicação exerce um papel quase de prestador de serviço, e é importante que as informações sobre saúde sejam dadas a partir de um histórico, de uma memória, do mesmo modo que sejam bem elaboradas e consubstanciadas, vez que uma informação parcial e equivocada gera muitos problemas. Esclareceu, a propósito de tudo o que disse, que há no MS, dentro da Comunicação Social, uma Coordenação voltada para a área da imprensa e outra voltada para área de publicidade. Esclareceu, ainda, que existe uma gestão integrada entre os segmentos da imprensa e da publicidade e que não seria viável qualquer demanda publicitária sem a devida articulação com a imprensa, da mesma maneira que essa demanda precisaria ser contextualizada do ponto de vista do tema, do período, da sazonalidade, da região e do público-alvo. No aspecto pró-ativo, falou da geração de uma **“agenda positiva”**, vista como uma necessidade ampla de mobilização na saúde e da reação **“a agenda negativa”**, entendida como a informação equivocada, desviada da questão central e que, no caso, deve ser acordada. Em continuidade, disse que a ação de comunicação, tanto do ponto de vista da assessoria de imprensa como da publicidade, necessita de **produtos** para trabalhar e, em se tratando do MS, essa área buscou produto novo com possibilidade de desenvolver ações cotidianamente à informação na sua plenitude. Elencou como produtos, no referente à imprensa, as **Rádios-assessoria** (oferece-se aos comunicadores de rádio uma agenda de assuntos para que sejam divulgados com pontualidade em determinadas regiões); **Agência saúde** (criada com o objetivo de fazer prestação de serviços), **Jornal Saúde-Brasil** (voltado para os gestores do sistema, com uma página do CNS); **Saúde-Informe** (voltado para o público interno); **Voz do Brasil** (voltado para a população em geral e contendo assuntos como repasse de recursos e CMS); **Canal Saúde** da FIOCRUZ (voltado para os profissionais de saúde). No que tange à questão publicitária, disse existir uma preocupação de atingir um público específico: a família brasileira. Daí porque toda a estratégia de comunicação foi pensada para envolver esse segmento. Na verdade, destacou, houve uma determinação corajosa do Ministério da Saúde de acabar com as chamadas campanhas publicitárias que demandavam muito tempo e muito dinheiro, além de abrangerem disputa de criatividade entre publicitários. Em substituição a esse processo, pensou-se em um formato simples rápido, fácil e barato, que tivesse credibilidade e que pudesse cobrir a maior quantidade possível de temas na área de prevenção (saúde bucal, tabagismo, hanseníase, AIDS, amamentação, câncer de mama...). Optou-se, então, por um formato de 30 segundos envolvendo figuras de renome nacional. Explicou que esse processo de campanhas rápidas permite agilidade, como aconteceu no caso do cólera, que em tempo recorde foi posta no ar. Por essa razão, disse que as grandes campanhas publicitárias, hoje, no MS, se restringem a temas nacionais e citou, como exemplo, o caso dos CMS. Conforme salientou antes, a idéia era atingir a família brasileira das classes C, D e F, por isso, decidiu-se pela forma **“testemunhal”** ao invés de anúncio. No tipo **testemunhal** os maiores comunicadores do país passam a mensagem para a população, através de testemunho, sem fazer alusão ao MS. No âmbito do Governo Federal, trouxe dois exemplos de projetos, quais sejam **O Brasil Real** e o **Brasil em Ação** (nesses casos experiências que deram certo). O **Programa Saúde da Família**, também lembrou, como um experiência significativa de ser mostrada à família brasileira. Para que o plenário tivesse uma idéia do contexto da publicidade, ressaltou que há no MS um conjunto de 60 temas, e que dentro de cada universo temático se procura saber se o tema é permanente, sazonal, de oportunidade, se envolve questão institucional, se é de prevenção..., se houve reunião com o setor do MS para saber da pertinência, se já houve a coleta dos primeiros dados (informações). Vencidas essas etapas, faz-se um **“briefing”** envolvendo Assessoria de Comunicação Social e a Agência de Publicidade, e ainda mais outro **“briefing”**, daí volta-se novamente a linha técnica do MS e só então se tem um formato do produto de 30 segundos. Concluído todo esse processo, é feito o roteiro contendo a informação básica que se pretende passar para a população e como etapa final define-se a estratégia, data da gravação do roteiro e período de veiculação da mensagem. Todo esse detalhamento, admitiu ser importante para que se tenha uma idéia de como o produto se torna comercial. Além de todas as preocupações apontadas, enfatizou que existe uma outra relacionada com a definição clara de como trabalhar os produtos na assessoria de imprensa televisiva e na assessoria de imprensa escrita, já que ambas são completamente diferentes. Segundo explicou, nesse processo, é necessário saber por exemplo, que tipo de mensagem usar para o país todo, ou que tipo de mensagem usar para um segmento apenas, e qual seria o público-alvo (usuários, gestor do sistema, formador de opinião, público interno do MS, profissionais de saúde). De acordo com o surgimento do problema tem que se montar uma **matriz de atuação** que gera uma atenda positiva e uma reação a agenda negativa e isto faz com que se proceda o cruzamento dos problemas sobrepostos, buscando a apuração da informação, dando tratamento via nota de divulgação, produzindo artigos numa linguagem que atinja o público-alvo, e resgatando a memória do assunto. A propósito do resgate da memória, informou que foi feito no ano passado um trabalho nesse sentido, intitulado **“Saúde no Brasil”**, que contém dados que a imprensa precisa no dia-a-dia, como, por exemplo, os indicadores de qualidade, os profissionais de saúde, taxas de mortalidade, evolução dos recursos federais para a saúde, as doenças que mais matam, as doenças que mais internam... Enfim, se procurou condensar nessa proposta todos os dados possíveis e disponíveis

sobre a saúde no Brasil. **Dr. João Roberto** concluiu seu pronunciamento dizendo ser essas, essencialmente, as demandas verificadas a nível de comunicação social no MS. Depois disso, iniciou o período de intervenções manifestando-se em primeiro lugar, o Coordenador da Mesa, Conselheiro **Newton** para solicitar ao **Dr. João Roberto** que o material pertinente ao assunto fosse encaminhado ao CNS para ser distribuído aos Conselheiros. Ainda nesse bloco, fizeram uso da palavra Conselheiro **Waldir Mesquita** que, cumprimentando o expositor pelas informações trazidas ao CNS, levantou duas questões: uma sobre o Posto de Saúde que não teria nada a oferecer e ainda assim o governo coloca como um referencial local para a população, e a outra relacionada com a propaganda dos CMS para que sejam estimuladas pela população quando na verdade não seria considerados pelo próprio MS. Conselheiro **Mário** demonstrando preocupação no que se refere à política de comunicação no SUS, que deveria levar em consideração o fortalecimento do controle social e a promoção da saúde, disse que o que se falou no plenário foram questões de assessoria de imprensa e de campanha de mídia, e nem sequer fora mencionado o nome do IEC e, por tudo isso, estava propondo uma oficina de trabalho para discutir saúde com outro enfoque. Conselheira **Margareth** chamando a atenção para o fato do material sobre “*Saúde no Brasil*” ter sido pouco divulgado, embora contendo informações substantivas para o debate junto aos comunicadores de mídia, quis saber qual era a política sobre saúde reprodutiva que o MS teria para jogar na mídia e qual foi o impacto, dentro do próprio MS, sobre essa grande matéria que a Comunicação Social produziu. **Dr. João Roberto**, em relação ao Posto de Saúde, disse que o mesmo representa junto à população um referencial muito positivo, fato este constatado através de pesquisa, e por isso, foi mencionado na campanha de prevenção. Quanto ao estímulo dado através da mídia aos CMS, explicou que essa iniciativa foi uma decisão governamental, pois a implantação e implementação dos CMS fazem parte do “*Plano de Metas*”. Na questão da propaganda ser inverossímil, disse não concordar, haja vista que todo o material, antes de ser veiculado, é submetido a pré-testes e que qualquer indício de interpretação enganosa faz com esse material seja retido. Em referência à questão da comunicação social, admitiu ter enfatizado apenas aspectos da assessoria de imprensa e das campanhas publicitárias, tendo deixado para trás duas partes fundamentais: primeira, toda a estratégia de comunicação feita a partir da experiência do IEC, como a linguagem, o público, a forma, a abordagem, os textos; segunda, uma Oficina de Trabalho em Saúde feita com a OPAS, onde foram discutidas questões da comunicação juntamente com o IEC e CONASEMS. No que tange às políticas do MS a partir da publicação do material “*Saúde Brasil*”, assegurou estarem voltadas para a discussão de problemas e também para o desenvolvimento de ações que resolvam tais problemas. No segundo bloco, manifestaram-se: Conselheiro **Omliton** dizendo que na área de comunicação o discurso não se reproduz na prática e que tanto isso é verdade que as “*camisinhas*” prometidas para o Carnaval não foram distribuídas, nos “*Postinhos*” faltam médicos, vacinas e, por isso, desejou saber se iria haver uma integração entre a *INFORMAÇÃO* e a *FORMAÇÃO*, ao mesmo tempo que fez um apelo para que o MS gaste pouco até ter certeza de fazer uma campanha com efeito prático; Conselheiro **Carlyle**, fundamentalmente, nos seus comentários, propostas e sugestões disse que os avanços nas melhorias das condições de saúde dependem muito da assistência tradicional de saúde, fazendo com que a informação nessa área passada à população deva ser formativa (= capacitar para a cidadania em saúde) e que as formas de comunicação interpessoais, interativas, identificadas com personagens, são relevantes no processo de capacitação da população-alvo e, a propósito disso, sugeriu que fosse pensado o aspecto da formação de jornalistas em cooperação com as universidades e que na Oficina de Trabalho proposta pelo Conselheiro **Mário** o CNS se manifestaria em termos de prioridade da informação em saúde. Conselheiro **Saad** solicitou esclarecimento sobre a audiência do Canal da FIOCRUZ, **Dr. João Roberto** esclareceu que ao assumir o cargo o problema com as “*camisinhas*” já tinha acontecido. Reafirmou que toda a estratégia de comunicação é voltada para a família brasileira, especialmente às classes mais baixas e todo o produto é rigorosamente avaliado e voltado para os objetivos do MS, não obstante, admitiu que ainda assim, poderia haver problemas. Explicou, também, que a cartilha “*Saúde Brasil*” foi produzida para atingir um público específico, no caso, os jornalistas, por isso, não foi distribuída nem divulgada e que o Canal Saúde, atualmente, é uma espécie de TV Executiva a partir de uma concessão de horário feita pela Embratel. No Brasil, segundo acrescentou, não há nenhum processo de mensuração de audiência que não das TVs abertas feito pelo tradicional sistema do IBOPE. Conselheiro **Oswaldo Lourenço** citando o adágio popular de que “*a propaganda é a alma do negócio*”, disse parecer que no MS ocorra o contrário: a propaganda é feita sobre um “*negócio*” que não existe e, por conseguinte, sugeriu uma assessoria de imprensa a nível de CNS. Conselheiro **Ferreira** propôs que na oficina sobre comunicação fossem pensadas ações mais ativas para serem inseridas num projeto de prevenção, porque o que se observa hoje no âmbito do MS é que não há um envolvimento dos segmentos representativos da sociedade nas campanhas de prevenção, a exemplo de outros países. Conselheira **Albaneide**, lembrando que o **Dr. João Roberto** falara no decorrer de sua exposição que o Coordenador Geral do CNS teria pedido que fossem encaminhadas as vinhetas das campanhas, antes de serem veiculadas, nos meios de comunicação, quis saber, nesse sentido, qual era a proposta, já que até então isso não vinha acontecendo, e junto com essa preocupação colocou mais duas

questões: uma relacionada com a afirmação de que as áreas técnicas do MS são consultadas quando da elaboração das campanhas, não precisando, assim, passarem pelo CNS; a segunda no sentido de ser informada sobre o destino dado ao Tele/SUS e Tele/AIDS e, finalizando sua intervenção, ratificou a proposta do Conselheiro **Carlyle** de que as campanhas, além do caráter informativo, tenham caráter de capacitação e que sejam feitas em âmbito regional. **Dr. João Roberto** chamou a atenção para o fato de ter dito em sua fala que as campanhas publicitárias são regionalizadas (90%). Quanto ao Tele/SUS e Tele/AIDS, esclareceu que oito serviços dessa natureza foram uniformizados e processados em um único sistema o Disque-Saúde, sendo para isso aproveitado todo o material e tecnologia dos outros sistemas. No que diz respeito à regulamentação das campanhas de comunicação, deixou claro que é de responsabilidade da Comunicação Social da Presidência da República o disciplinamento das estratégias. Enquanto que à questão técnica interna, os textos todos que poderiam ser apresentados no CNS, já foram aprovados pelas suas respectivas áreas técnicas. Com relação ao envolvimento de outros segmentos nas campanhas de prevenção concorda plenamente e até adiantou que já vem sendo feito um trabalho nessa linha, ao mesmo tempo, assegurou que desde o momento em que a área de comunicação passou para a sua responsabilidade, nenhum recurso foi desperdiçado por desencontro de informação no processo de elaboração de estratégia de campanha, embora essa prática tenha ocorrido no passado. Dada a situação de emergência com que, às vezes, as campanhas se apresentam, considerou inviável as *vinhetas* passarem antes pelo CNS. Conselheira **Albaneide** insistiu na proposta de que as campanhas publicitárias, antes de veiculadas, passassem pelo CNS, fórum significativo de representação da sociedade, porém, o expositor reafirmou sua inviabilidade. Por essa razão, o Coordenador da Mesa, assumiu compromisso de levar a proposta para a Oficina de Comunicação. Conselheira **Elizabete** quis saber se o IEC, através do Projeto Nordeste, continua contemplando, como antes, apenas o Nordeste ou se já englobaria outras regiões do Brasil. **Dr. João Roberto**, em resposta, disse que o IEC da forma que está estruturado é para atender somente a região Nordeste, contudo, entende que, pelo fato de ser uma experiência que vem dando certo, deva ser estendida a outras regiões com ou sem o financiamento do Banco do Mundial. Conselheiro **Antonio Sabino** perguntou, se, dentro de uma linha mais popular, haveria alguma proposta de prevenção na área de saúde. Conselheiro **Anastácio** trouxe à tona duas informações, uma relacionada com a aquisição da vacina tríplice estrangeira que apresentou problema, dizendo que o MS tem envidado todos os esforços para regularização dessa demanda e a outra é que não existe nenhum atraso no pagamento do SUS, o mesmo vem obedecendo a agenda feita pelo Secretário Executivo. Conselheira **Neide** referindo-se à dificuldade encontrada para publicar material relativo à prevenção e educação produzidos nos grupos de trabalho que participa como representante dos deficientes e portadores de patologia, quis saber se o **Dr. João Roberto** poderia assumir o compromisso de ajudar na publicação do referido material. Conselheiro **Eurípedes**, também, apontando a questão das vacinas como preocupante, disse entender que o CNS deveria fazer uma moção para o Senhor Ministro sobre esse assunto, além disso, convocar a autoridade competente do MS para explicar o problema com as vacinas da Hepatite B. Em razão da chegada do Senhor Ministro da Saúde, o Coordenador da Mesa, deu por encerrado os trabalhos.

**5.1 - PROPOSTA DE OFICINA DE TRABALHO - POLÍTICAS DE COMUNICAÇÃO PARA O SUS** - Conselheiro **Mário Scheffer** propôs a realização de uma oficina de trabalho que apontasse proposições para uma política pública de comunicação para o SUS, nos dias 25 e 26 de agosto de 1997, durante o “*V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO*”, em Águas de Lindoia, SP. Disse que seria um evento destinado a profissionais da área da comunicação que estivessem exercendo atividades ligadas à saúde e profissionais da saúde envolvidos no desenho de políticas de comunicação para a saúde, dentro dos preceitos da Constituição de 1988 e 10ª Conferência Nacional de Saúde, teria no máximo 20 (vinte) participantes e seria promovido pelo CNS em conjunto com a ABRASCO, dividindo os custos, coordenação e organização. Em votação, essa proposta foi aprovada. Conselheiro **Newton** perguntou se os componentes seriam indicados pelo CNS e se poderiam ser escolhidos naquele momento. Conselheiro **Mário** sugeriu que a escolha se procedesse numa sessão com maior quorum. Conselheiro **Eurípedes** solicitou a indicação dos representantes do CNS. Conselheiro **Mário**, então, submeteu à consideração do plenário os nomes dos seguintes Conselheiros: **Margareth M. Arilha Silva, Mário Scheffer, Neide Barriguelli, Oswaldo Lourenço**, tendo sido aprovados.

**ITEM 06 - CONCEITO DE USUÁRIO PARA COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA** - O Conselheiro **Mário Scheffer** apresentou a proposta feita pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP - e complementada pelo grupo de Conselheiros representantes de usuários, assim redigida: **a)** aplica-se ao termo “usuários” uma interpretação ampla, contemplando coletividades múltiplas, que se beneficiam do trabalho desenvolvido pela instituição. **b)** Representantes de usuários são pessoas capazes de expressar pontos de vista e interesses de indivíduos e/ou grupos sujeitos de pesquisas de determinada instituição e que sejam representativos de interesses coletivos e públicos diversos. **c)** Em instituições de referência para públicos ou patologias específicos, representantes de “usuários” devem necessariamente pertencer à população-alvo da unidade ou à grupo organizado que defenda seus direitos. **d)** Nos locais onde existam fóruns ou conselhos de entidades representativos de usuários e/ou portadores de patologias e deficiências, cabe a

essas instâncias indicar os representantes de usuários nos Comitês de Ética. **e)** A indicação de nomes de representantes de usuários para os Comitês de Ética deve ser informada ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estadual e Municipal correspondentes. Depois de explicações feitas pelo Conselheiro **Mário Scheffer** e Conselheiro **Saad**, foi sugerida pela Conselheira **Lucimar** a retirada da necessidade de informação ao CNS, por já estar incluída no processo de registro de CEP na CONEP. Também foi sugerido não incluir, no momento, a instância dos Conselhos Estaduais, por não estarem acompanhando ainda os Comitês que são organizados a nível institucional local. Assim foi **APROVADA** a proposta com modificação apenas no último item, que ficou assim redigido: **e)** A indicação de nomes de representantes de usuários para os Comitês de Ética deve ser informada ao Conselho Municipal correspondente. **ITEM 07 - PROPOSTA DO MINISTRO DA SAÚDE PARA AS ÁREAS DE ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E MEDICAMENTOS - INAN/CEME** - Conselheiro **Newton** manifestou a honra da presença do Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde, **Dr. Carlos César de Albuquerque**, que sempre trazia ao Conselho, alento e esperança. Enfatizou a posição dos Conselheiros em somar esforços na solução dos problemas enfrentados pelo Ministério, passando a seguir, a palavra ao Senhor Ministro, que agradecendo as palavras do Conselheiro **Newton**, se colocou à disposição dos Conselheiros para as seguintes questões: extinção da CEME e do INAN, programa de descentralização da FUNASA, programa das vacinas, encaminhamento da reavaliação da Vigilância Sanitária, propostas de planos de saúde e outros assuntos de interesse dos Conselheiros. Conselheiro **Eurípedes**, demonstrando satisfação em estar novamente falando com o Senhor Ministro, expôs a preocupação das entidades médicas nacionais, com a proposta de regulamentação de Planos e Seguros de Saúde, que o Governo, através dos Ministérios da Saúde, do Ministério da Justiça e do Ministério da Fazenda, enviou à Comissão Especial do Congresso Nacional, responsável pela referida regulamentação. Ressaltou que tal proposta não havia passado pelo Conselho e se contrapunha à várias questões da anteriormente discutida e aprovada por aquele Colegiado, inclusive, quando o Ministro era então Conselheiro. Manifestou a decepção de sua entidade pela não homologação da proposta do Conselho Nacional de Saúde, comentando que, do ponto de vista da política de saúde, quarenta milhões de brasileiros (parcela da população de maior poder aquisitivo e de maior voz na sociedade), deixariam a órbita do MS, pois, a proposta do Governo estaria estimulando a um grande crescimento dos planos e seguros de saúde, levando a um questionamento acerca da política daquele Ministério, embora, na Constituição, a inscrição do direito à saúde, era uma conquista histórica da sociedade brasileira assim como, a existência do SUS. Conselheiro **Eurípedes** deixou um apelo sobre a possibilidade de, a nível do Congresso Nacional, ocorrer uma negociação junto ao Governo, no sentido de uma modificação na proposta em questão. Senhor Ministro da Saúde esclareceu a seguir os seguintes aspectos: **1)** A proposta aprovada pelo CNS não foi retirada do Congresso Nacional; **2)** A proposta apresentada pela Comissão conjunta do Ministério da Saúde, do Ministério da Justiça e do Ministério da Fazenda, é uma contribuição às propostas ou às emendas que estão no congresso e que ainda se encontram abertas; **3)** A proposta do Governo não conflita fundamentalmente com a do CNS; **4)** No que se refere aos quarenta milhões de brasileiros, trinta e dois milhões deles estão relacionados ao seguro em grupo e apenas oito milhões estão relacionados a seguros individuais. A proposta não cerceia o uso de nenhum cidadão ao SUS nem obriga a todos darem cobertura total aos seguros, pois, se isso viesse a acontecer, se teria então um seguro saúde extremamente estilizado e uma sobrecarga de demanda ao SUS, maior do que ele estaria, atualmente, preparado para suportar; **5)** A proposta regulamenta o pagamento ao SUS, das empresas seguradoras, pelos Serviços que foram usados, propondo portanto, como inovação, a criação de um fundo mútuo (ainda não regulamentado) pois hoje, todos os procedimentos de alto custo, recaem, em sua maioria, sobre o SUS, trazendo pacientes que pagam seu seguro privado de saúde, ocupando o pequeno espaço daqueles que não podem pagar tal seguro, ficando as empresas eximidas de suas responsabilidades. Na possibilidade de se criar um plano conjunto (empresa e governo contribuindo para um pressuposto fundo a ser criado), as empresas contribuirão mais, ou menos, conforme o maior ou menor nível de seguro que elas oferecerem e, com isso, se estaria aliviando, pelo menos, de 50%, os custos do SUS. O Senhor Ministro comentou que seria fantasia se pensar que as empresas poderiam sustentar a cobertura total. Isto traria para a sociedade e para o próprio SUS, uma situação pior do que a tentativa de um esquema de negociação pois, não se sabe quanto a sociedade brasileira gasta com a saúde, visto não se ter ainda condições de controlar gasto com medicamentos e de controlar a maior parte das relações privadas (médico-paciente). Mencionou que, pela proposta do governo, estaria se tentando montar um sistema nacional SUS que permitirá compartilhar e conviver dois sistemas, pois, nos lugares onde havia predominância de um ou de outro sistema, não deu certo. Informou que na sua recente viagem aos Estados Unidos, conversou longamente com a Ministra da Saúde a qual enfrenta problemas similares ao nosso. Disse que a mesma virá nos visitar em novembro e, na oportunidade, tentará trazê-la ao CNS. Conversou também, em Genebra, com a Ministra da Saúde do Canadá e com estes contatos, obteve um grau de aprofundamento e de pesquisa, adequado para a proposta do governo. Destacou que se houver alguma falha constrangedora, ele acreditava que poderia assumir um pouco de tal constrangimento por não ter discutido o assunto a "priori". Justificou que lutava

853 contra o tempo; havia um pedido de urgência para discussão em Plenário, de uma proposta que também  
854 não era a do CNS, que levaria a um encerramento da questão antes de se puder passar à nova versão  
855 que, se cuidadosamente analisada, não apresenta pontos fundamentais divergentes e por isso, o  
856 Ministério optou por cumprir o prazo que lhe foi dado, de 20 a 30 dias, para fazer a sugestão da proposta  
857 em questão. No decorrer de suas colocações, o Senhor Ministro da Saúde ressaltou ainda que a proposta  
858 do governo não excluía nem diminuía o poder do Ministério da Saúde no contexto da gestão dos planos e  
859 que, a representação dos três Ministérios, na referida proposta, garantia um aspecto que nenhuma  
860 proposta anterior, inclusive a do CNS, havia apresentado ou seja, o fato de que as empresas não venham  
861 quebrar e o segurado fique sem assistência. Destacou que o Ministério da Justiça baseou-se num estudo  
862 muito grande de uma enorme contribuição do PROCON e que tudo foi colocado de uma maneira muito  
863 clara, a saber: O Ministério da Fazenda, cuida da garantia de que os planos tenham recursos para  
864 financiar o que realmente se comprometem: o Ministério da Justiça cuida dos aspectos de proteção ao  
865 cliente (consumidor) e o Ministério da Saúde cuida dos ressarcimentos ao SUS e dos aspectos técnicos.  
866 Propôs que o grupo conjunto dos três Ministérios, responsável pela elaboração da proposta do governo de  
867 regulamentação de planos e seguros de saúde, viesse apresentá-la para discussão, na próxima reunião do  
868 CNS. Conselheiro **Newton** informou que o Conselheiro **Eurípedes** estava agendado para discutir o  
869 assunto em questão, numa reunião, no dia seguinte, com o referido grupo, do qual faziam parte, entre  
870 outros, o **Dr. Barjas Negri** - Secretário Executivo do MS e o **Dr. Januário**. Conselheira **Elizabete**  
871 manifestou ao Ministro a preocupação quanto ao que seria mesmo o papel do CNS, pois, verificou-se que  
872 vários assuntos não têm passado por discussão naquele colegiado, tais como: **1)** a questão da proposta  
873 do governo, ali levantada pelo Conselheiro **Eurípedes**, cujo conteúdo seria discutido no dia seguinte e  
874 que, embora o Ministro tivesse apresentado pontos positivos na mesma, o CNS teria que discuti-la,  
875 inclusive por ter uma Comissão do Conselho designada para este assunto; **2)** o Plano de Metas que só foi  
876 informado ao CNS depois de divulgado na imprensa; **3)** a extinção da CEME e do INAN em que também  
877 não foram ouvidos os representantes dos referidos órgãos. Questionou quanto a política de extinção dos  
878 mesmos, inclusive como ficaria o processo de distribuição de medicamentos, etc. A Conselheira destacou  
879 ainda a questão do Orçamento de 1998 que deixou de ser discutida pela Comissão, por falta de dados  
880 concretos para que o Conselho pudesse se pronunciar. Diante do exposto, evidenciou um forte  
881 desrespeito à atuação do CNS e perguntou que tipo de controle social seria aquele. Ministro **Carlos C.**  
882 **Albuquerque** informou que, com relação ao orçamento, havia realmente um atraso porque o MS estava  
883 se empenhando em não apresentá-lo da forma anterior, em que ele e os demais Conselheiros reclamaram  
884 durante anos, pela má distribuição. Sinalizou que aquele era o momento de transição de modelo  
885 organizacional, tentando tornar a macro estrutura do Ministério, num Ministério enxuto a fim de se cumprir  
886 o que a legislação determinava, desafio este já apresentado no passado pelo crítico **Gilson Carvalho**.  
887 Concordeu com as questões levantadas pela Conselheira **Elizabete**, se colocando à disposição para  
888 qualquer punição por parte do Conselho, ressaltando porém, que algumas situações necessitavam de  
889 adaptações a curto prazo para que se tivesse um novo e mais ágil modelo de gestão. Reconheceu que  
890 determinados assuntos como orçamento e, a inclusão e exclusão de programas, não poderiam jamais  
891 deixar de passar pelo CNS. Explicou que não seria possível se discutir a extinção da CEME junto aos seus  
892 funcionários porque se gastaria seis meses e nada seria feito e portanto, no momento, não haveria mais  
893 tempo de continuar financiando um órgão que se distorceu no decorrer dos anos, não funcionando como  
894 deveria, comprando medicamentos a preço de mercado e fazendo distribuição inadequada dos mesmos  
895 (medicamentos para malária estavam indo para o Rio Grande do Sul em vez de ir para Amazônia).  
896 Comentou que a CEME já havia empenhado, em três meses, 50% de seu orçamento, evidenciando que  
897 não seria mais possível injetar recursos num sistema que consumia nas suas estranhas grande parte  
898 desses recursos, os quais já são escassos. Sinalizou que não estava falando absolutamente de que havia  
899 desonestidades e desvio ou não de verbas mas, enfatizava a necessidade de uma recomposição dentro  
900 de um sistema mais moderno, mais ágil, mais eficiente, mais eficaz e mais descentralizado de gestão.  
901 Argumentou portanto, que para atos de gestão, não haveria, no momento, tempo para uma discussão no  
902 CNS como ele também gostaria que acontecesse. Lembrou que a política de descentralização já havia  
903 sido aprovada por aquele Conselho, sendo pois Constitucional, já era lei, não tendo mais o que se discutir,  
904 porém, se ter a ousadia de cumprir a lei. Ministro **Carlos C. Albuquerque** ressaltou que, a essência da  
905 CEME seria preservada: “definir as políticas de saúde, definir a RENAME, definir o medicamento  
906 mínimo, garantir financeiramente o fornecimento de medicamentos de programas, estimular os  
907 laboratórios oficiais, (...)”. afirmou arcar com diversos órgãos de medidas eventualmente intempestivas  
908 mas tinha a absoluta certeza que as medidas tomadas foram em bem do Serviço Público, da sociedade e  
909 da política de saúde do país e do SUS. Disse ainda que, como as essências da CEME e do INAN não  
910 desaparecerão, a definição caberá, no seu entender, ao Conselho Nacional de Saúde, dada as  
911 circunstâncias atuais. Reforçou sua colocação dizendo que deverão ser trazido para discussão naquele  
912 Colegiado, as políticas de medicamento, de saúde da mulher, as políticas da criança, do adolescente, do  
913 idoso, da formação de médicos de família, a política de agentes comunitários de saúde e outras.

Reafirmou que gostaria de ter discutido melhor a situação da CEME e do INAN, porém, o tempo não era suficiente pois só existiam ainda seis ou oito meses de CPMF e, antes do fim desta contribuição, o MS precisava se recompor sendo necessário financiamento vinculado, antes de julho ou agosto. Enfatizou que o MS não havia tomado nenhuma medida que ferisse a lei ou decisões anteriores aprovadas pelo CNS, sendo tais medidas meramente executivas. Conselheiro **Newton** ressaltou que sempre foi questão daquele Conselho a descentralização e a municipalização. Com relação à CEME, disse que o Senhor Ministro havia esquecido de informar que estava sendo repassado aos municípios, os recursos para a aquisição de medicamentos e que este era também um compromisso com o Conselho, estando já se cumprindo. Conselheiro **Oswaldo** manifestou ao Senhor Ministro sua preocupação como usuário sobre pontos já abordados pela Conselheira **Elizabete**. Recordou que quando o Senhor Ministro esteve naquele Conselho, expondo os planos de meta, o Plenário deliberou uma Resolução de que aquele assunto fosse debatido no CNS, antes de ser divulgado. Considerou como falha do Senhor Ministro, o não cumprimento da referida Resolução. Quanto às questões levantadas, observou que eram problemas sérios cujos meandros não se tornava claro apenas num pequeno debate. Indagou sobre o que ocasionou a extinção da CEME e do INAN e o que iria acontecer com o problema da nutrição e do abastecimento dos postos de saúde, com as novas medidas. Mencionou a crítica do pediatra, **Gilson Carvalho**, sobre a proposta do governo de regulamentação dos planos e seguros de saúde, em que ele apresentava três características do plano, como merecedoras de uma crítica severa. Conselheiro **Oswaldo** leu então a primeira característica: *“O plano carece de uma reafirmação clara do compromisso de implementar e defender o Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição, em todo o ordenamento jurídico do país”*. Informou que um pequeno grupo de sua representação estava também fazendo um estudo sobre o assunto e que daria cópia do mesmo ao Senhor Ministro, para uma análise mais detalhada. Procedeu a leitura de algumas das observações já feitas pelo referido grupo, sobre artigos destacados da proposta em questão. Solicitou que, se possível, fosse dada uma aprofundada maior ou fosse enviado um documento que esclarecesse melhor a situação dos planos e como ficará resolvido o problema da nutrição e dos medicamentos. Ministro **Carlos C. Albuquerque**, identificando as perguntas do Conselheiro **Oswaldo** como extremamente abrangentes, fez as seguintes considerações: **1º)** Com relação ao Plano de Metas, lembrou tê-lo apresentado àquele Conselho, por duas vezes e, embora não submetido à Comissão ou projeções específicas, se os Conselheiros o analisassem não encontrariam nele nenhuma meta que já não tivesse sido aprovada por aquele colegiado, conforme já dito no decorrer daquela discussão. Reafirmou que o plano não era inovador nesse sentido mas sim no que se referia à gestão, a qual caberia ao poder executivo; **2º)** Quanto aos medicamentos, os que já foram comprados, serão distribuídos, da mesma forma, pela CEME. A parte não comprada será distribuída com os recursos dentro dos tetos estaduais e municipais, a partir da idéia de uma cesta básica que deverá variar de uma região para outra e sazonalmente. Criticou novamente neste ponto, que estavam mandando para Santa Catarina, em julho, anti-diarréicos e rehidratantes; **3º)** Com relação à nutrição, não mudará nada neste ano; continuará, mais ou menos, a mesma sistemática porque, até então, a única tarefa do INAN era o programa do leite e este continuará igual. Considerou que o leite servia muito mais como um instrumento freqüentemente político do que realmente como solução de problema nutricional brasileiro. O Senhor Ministro informou que o novo INAN estará como uma subsecretaria e trabalhará num programa de definição, de prioridade, de política e de programas suplementares. Ressaltou como metas, transferir, sob controle, os recursos dentro dos tetos dos Estados, ficando o Ministério com este controle e a supervisão porque antes ele ficava executando sem controlar, sem supervisionar e sem avaliar resultados. Mencionou que haverá uma inversão de sistema de administração e de gestão. Comentou que existia uma boataria em torno do assunto, tendo sido alertado de que não conseguiria atingir seus objetivos porque já nove Ministros haviam tentado e *“caíram”* de véspera. Enfatizou que: extinguir a CEME e o INAN; mandar chamar consultoria da Inglaterra, da França e dos Estados Unidos para reavaliar e redefinir qual será a nova Vigilância Sanitária e sua nova função; propor regulamentação dos planos de saúde; propor dividir, pelo menos, aquilo que o SUS sustenta de forma subtendida; propor dentro do governo, a vinculação de financiamento ... são reformas que serão procedidas de acordo com a legislação vigente (Constituição Federal, Lei Orgânica de Saúde ...). Com relação a entrada de capital estrangeiro nos planos de saúde, disse não ser assunto de sua competência e sim da política do governo. Chamou atenção de que compete ao MS, assumir e executar as ações voltadas para a saúde. Entretanto, ressaltou que se os membros do CNS não estão de acordo com o que chamou de *“capitalização perversa dos planos de saúde”*, demonstrassem sua insatisfação através de manifesto que, enquanto Presidente do CNS, se propunha levar até o conhecimento do Ministro da Fazenda. Porém reafirmou que na condição de Ministro da Saúde, seu papel é de cuidar para que não haja exploração do povo brasileiro nem do Sistema Único de Saúde. Encerrou pedindo desculpas pela veemência de sua fala. Conselheiro **Dellape** manifestou preocupação com o orçamento de 1997 e de 1998 pela dificuldade, inclusive, dele ser montado. Com relação ao de 98, considera pior, tendo em vista a CPMF estar prestes a se encerrar. Enfatizou que o Ministério da Saúde necessitava ter o seu orçamento próprio; uma fonte permanente. Disse que enquanto não se tiver o



975 dinheiro vinculado, nada poderá ser levado muito a termo. Lembrou o reajuste que não se tem há dois  
976 anos. Conselheira **Albaneide** saudou o Ministro, iniciando a sua falação em cima do que ele havia  
977 colocado sobre a ousadia de cumprir a lei. Reportou então à discussão do plano de metas e prioridades  
978 trazidas por ele, ao CNS, quando na ocasião ela levantou que constava no referido plano, a extinção do  
979 INAN e da CEME e a descentralização da FUNASA e de algumas ações da Vigilância Sanitária. Referiu-se  
980 então a todas as decisões do CNS, órgão deliberativo, em que definiu, por exemplo, na Resolução do  
981 INAN, pelo fortalecimento deste órgão, tanto política como tecnicamente, resolução esta, proposta pela  
982 Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição - CIAN. Com relação à CEME, a Conselheira **Albaneide**  
983 leu alguns parágrafos da Resolução CNS nº 151, de 10/05/95, que considera: a importância social desse  
984 órgão e sua importância estratégica na Política de Saúde para a população; a necessidade de se  
985 estabelecer mecanismos de Proteção e Transparência da CEME, evitando-se possíveis desvios de seus  
986 objetivos; e outros. Quanto a FUNASA, à Conselheira **Albaneide** ressaltou que foi aprovado na 10ª CNS a  
987 descentralização desse órgão e a forma como se deveria ocorrer essa descentralização ou seja, gradual,  
988 pactuada e resolvida as questões administrativas dos servidores. Fez a seguir algumas perguntas ao  
989 Senhor Ministro: **1)** Como ficará a vida dos 23.400 servidores da FUNASA, ativos, que têm problema de  
990 enquadramento desde 1991; **2)** Como ficarão as decisões do CNS sobre a manutenção da CEME, INAN e  
991 FUNASA. Propôs a possibilidade de ser discutido profundamente a “vida” desses órgãos, como ficará a  
992 descentralização da FUNASA, a política de alimentação e nutrição, e a política de medicamentos, antes  
993 que fosse encaminhada alguma medida ou proposta ao Excelentíssimo Senhor Presidente da República,  
994 sobre a extinção dos mesmos. Propôs ainda que se ouvisse naquele Plenário, os Presidentes dos três  
995 órgãos em questão, para se poder tomar algumas deliberações acerca do assunto. Conselheiro **Omliton**  
996 lembrou que foi trazido ao Plenário, quando o Senhor Ministro era ainda Conselheiro, um relatório  
997 assinado em 06/11/96, mostrando profunda irregularidade na CEME, decorrente da compra superfaturada  
998 de fatores anti-hemolíticos, detectada por uma Comissão da qual ele era membro juntamente com os  
999 Conselheiros **Mozart** e **William Saad**, demonstrando que a referida compra trouxe um prejuízo para o  
1000 Ministério da Saúde, em torno de três milhões e novecentos mil reais. Procedeu a seguir, a leitura de  
1001 parágrafo contido no relatório: “para tanto, recomendamos ao Senhor Ministro da Saúde que determine a  
1002 realização de exames minuciosos nos fatos destacados neste relatório e solicitamos ainda que seja  
1003 encaminhado ao CNS, oportunamente, os resultados desses exames e levantadas, se for o caso, as  
1004 responsabilidades administrativas pertinentes”. Conselheiro **Omliton** ressaltou que a informação trazida ao  
1005 Plenário foi de que o **Dr. José Carlos Seixas**, Ministro da Saúde Interino, na época, teria nomeado uma  
1006 Comissão e aberto um processo administrativo sobre o qual não se soube o resultado. Propôs que fosse  
1007 convidado o responsável pela referida Comissão, para dar esclarecimentos sobre o assunto, porque o que  
1008 aconteceu conseqüentemente, foi a exoneração do Presidente da CEME e, aparentemente, não ocorreu  
1009 mais nada, até o momento, em relação ao relatório. Sinalizou ter conhecimento de que foi endereçado ao  
1010 Senhor Ministro, um relatório apócrifo (sem assinatura), da entidade Pró-Saúde, contendo denúncias de  
1011 iniciativas que foram tomadas no sentido de se melhorar a qualidade dos produtos importados (fatores  
1012 anti-hemolíticos) notadamente de empresas que não estão industrialmente instaladas no Brasil e que,  
1013 portanto, não teriam condições de responder por tal qualidade. Informou que a última notícia que teve  
1014 sobre os produtos objetos daquela licitação, foi de que eles estavam interditados e a empresa importadora  
1015 não se interessou em substituí-los. Diante do exposto, Conselheiro **Omliton** propôs efetivamente o  
1016 encerramento das atividades da CEME, com apuração de responsabilidades, pois o dinheiro do  
1017 contribuinte foi queimado e, até o prêmio. Comentou que o relatório gerado em seguida, dentro de uma  
1018 forma abominável (apócrifo), tentou recuperar, em suas entrelinhas, servidores que estavam envolvidos no  
1019 processo de licitação mencionado no relatório da Comissão do Conselho. Citou que teve acesso ao  
1020 relatório do Pró-Saúde e lamentava profundamente pelo que foi colocado pois não tinha nada a ver com a  
1021 realidade. Destacou que servidores citados positivamente no mesmo, têm uma relação direta com as  
1022 irregularidades apontadas no processo em questão. Reforçou que definitivamente legitimava a posição de  
1023 se acabar com a CEME embora lamentando, porque era uma grande idéia como configuração, tendo em  
1024 vista o seu objeto social. Afirmou que os responsáveis pela extinção da CEME foram seus dirigentes e não  
1025 os seus funcionários, entre os quais havia muitos de bom nível e de competência comprovada.  
1026 Conselheiro **Omliton** evidenciou que, em decorrência das medidas a serem tomadas, surgia a questão da  
1027 dispensação de medicamentos e imaginava que a idéia do Senhor Ministro, nessa fase de transição, seria  
1028 de providenciar a Farmácia Básica, feita em laboratórios oficiais, constante no programa do Ministério e  
1029 talvez independesse das dotações orçamentárias que irão se fazer nos estados. Pronunciando-se como  
1030 cidadão e não como empresário no setor industrial farmacêutico, o Conselheiro **Omliton** lembrou ao  
1031 Senhor Ministro que os laboratórios oficiais que poderão dar importante contribuição naquele processo,  
1032 fossem vistos sob outra versão diferente da de curto prazo, por ele colocada. Comunicou ter estado, a  
1033 convite, recentemente no Canal Saúde, da FIOCRUZ, debatendo a questão de medicamentos e, o  
1034 Secretário Municipal do Rio de Janeiro, **Dr. Gazola**, declarou no mesmo canal, que tentou varias vezes  
1035 comprar de laboratórios oficiais, porém, o medicamento era mais caro que o do laboratório privado.

1036 Conselheiro **Omiton** observou que o testemunho do referido Secretário deverá ser considerado não só  
1037 pela sua carreira mas também porque é mantido no cargo por prefeitos de diferentes gestões e partidos.  
1038 Quanto a algumas questões da SVS, colocadas pelo Senhor Ministro, disse que são muito importantes e  
1039 difíceis de serem discutidas no momento, propondo, porém, uma audiência com o Senhor Ministro, para  
1040 apresentar-lhe outras versões, embora considere válidas as por ele colocadas. O Senhor Ministro  
1041 concordou com a audiência, quando aquelas questões serão recolocadas. Conselheira **Margareth** fez  
1042 alusão aos comentários referidos, especialmente no âmbito da Comissão de Orçamento do CNS, dizendo  
1043 que os mesmos são feitos sempre no melhor sentido e espírito de boa fé e de colaboração, com uma  
1044 melhor atuação do MS, especificamente até com a pessoa do Ministro, por ter sido inclusive colega como  
1045 Conselheiro. Considerou delicada a situação do Ministério, observando que ele tinha dezoito meses pela  
1046 frente, correndo, portanto, contra o tempo como acontecia também com todos ali. Em relação à questão  
1047 do orçamento e saúde da mulher, a Conselheira **Margareth** demonstrou ter apreendido, juntamente com  
1048 os demais, como são distribuídos os recursos e portanto, todas as objeções e colocações que tem feito,  
1049 não se referia a uma linear e simplista afirmação de que tal item, não aparecia no orçamento. Reconheceu  
1050 que o Ministério estava gastando com a assistência à saúde da população feminina e em particular, com  
1051 as questões da saúde reprodutiva, porém achava que gastava mal e, para que ocorresse uma mudança  
1052 naquele panorama, seria preciso que o MS definisse claramente qual a sua política de assistência à saúde  
1053 da mulher e mais especificamente no campo da assistência de saúde reprodutiva. Referiu-se à  
1054 apresentação do **Dr. João Roberto** na área de comunicação social (item 5), que mostrava como na  
1055 publicação “*Saúde no Brasil*”, alguns gráficos e dados que apareciam, eram relativos. Levantou os  
1056 seguintes pontos: **1)** a questão das cesarianas feitas pelo SUS, que denotam um gasto substantivo e  
1057 muitas vezes desnecessários; e **2)** a situação da esterilização e dos métodos anticoncepcionais orais.  
1058 Comentou que o MS gastava com tudo isso mas restava saber se irá continuar a gastar nos mesmos  
1059 moldes e qual a direção que vai tomar no sentido de assinalar, para os gestores do SUS, uma mudança de  
1060 rota em relação aos problemas de saúde reprodutiva que o país enfrentava. Ressaltou que não se tratava  
1061 de questões do controle de natalidade mas seria necessário se operar no campo dos direitos sexuais e  
1062 reprodutivos. Reafirmou sua colocação através de um apelo que fez ao Ministério para que defina,  
1063 claramente, qual será o seu conjunto de diretrizes políticas no âmbito da saúde reprodutiva. Conselheiro  
1064 **Mário Scheffer** retomou a questão dos planos de saúde observando que a principal divergência entre a  
1065 proposta pela Plenária do CNS e a versão interministerial, é a questão da cobertura universal que poderá  
1066 quebrar os planos de saúde, conforme o Senhor Ministro repetiu várias vezes. Perguntou se seria possível  
1067 notificar o Ministério da Fazenda e o Ministério da Justiça, para que encaminhem a este Conselho a  
1068 planilha de custos dos planos, pois se realmente for provado que os planos vão quebrar, ele poderia até  
1069 mudar de opinião. Manifestou o seu repúdio à questão do “*Pergunte AIDS*” que era um instrumento  
1070 importante de informações e prevenção que foi confirmado oficialmente pelo **Dr. João Roberto**, Assessor  
1071 de Comunicação. Disse que o referido programa, que funcionava bem, foi absorvido pelo “*Pergunte*  
1072 *Saúde*”, inclusive com desperdício de material informativo e de mídia, ali espalhado, com um número  
1073 telefônico que não mais funcionará. Conselheiro **Piola** revelou ao Senhor Ministro, sentir-se estimulado a  
1074 fazer comentários, por ele já ter sido companheiro do Conselho, hoje presidente do mesmo, sendo todos  
1075 testemunhas da sua atuação, procurando dar ao Conselho um papel mais relevante. Disse que o Ministro  
1076 havia esclarecido muito bem a respeito da questão do orçamento, de suas propostas, muitas  
1077 compartilhadas no CNS, e de uma reestruturação na peça orçamentária do MS. Comentou que, mesmo  
1078 naquela intenção, existiam ainda algumas idéias gerais, alguns parâmetros e alguns critérios que poderiam  
1079 ter vindo ao Conselho, sobretudo a Comissão de Financiamento do mesmo. Achava que era uma questão  
1080 de relacionamento entre o MS e o CNS. Teceu comentários também sobre o envio da proposta  
1081 interministerial referente aos planos de saúde. Quanto à questão da pressa e da necessidade que todo  
1082 Governo tem e, como a Conselheira **Margareth** falou, todos também correm contra o tempo, argumentou  
1083 que muitas vezes a ausência de uma discussão maior, traz prejuízo, podendo, às vezes, atrasar todo um  
1084 processo. Não querendo entrar na discussão da proposta, destacou a idéia da criação do fundo, achando-  
1085 a interessante, mas embora do jeito como foi colocada, entendia como sendo uma bitributação, não  
1086 sabendo se este aspecto havia sido apreciado antes de enviar a proposta. Levantou outro ponto com  
1087 respeito a proposta das Organizações Sociais, discutidas naquele Conselho, perguntando se o  
1088 posicionamento do mesmo já havia chegado ao Senhor Ministro. Informou que, nos contatos com o  
1089 MARE, tomou conhecimento de que o Governo pretende encaminhar a proposta de Organizações Sociais  
1090 talvez sob a forma de Medida Provisória e que o Hospital Presidente Vargas, em Porto Alegre, seria o  
1091 primeiro. Reafirmou portanto, a necessidade de um melhor entendimento porque ao mesmo tempo em que  
1092 o Conselho está tomando algumas posições, o Ministério toma outras. Achou importante se ter a  
1093 sensibilidade quanto ao que seria realmente relevante para ser motivo de uma discussão no Conselho pois  
1094 há questões que poderão ser discutidas numa segunda etapa. O Senhor Ministro informou que a  
1095 viabilidade de reajustes diferenciados na tabela do SUS, estava sendo estudada intensamente. Recorreu à  
1096 compreensão dos Conselheiros visto que, em 6 (seis) meses, dentro dos quais, muitos feriados

(festividades do Natal até a Páscoa), estava tentando a modificação da gestão, enfrentando uma estrutura conservadora que impede a implantação do SUS. Informou sobre um grave problema chamado Fundo de Estabilização Fiscal - FEF, dizendo ter conseguido até o momento, o menor contingenciamento de todos os Ministérios, com previsão para este ano, de um bilhão, cento e trinta reais, com a perspectiva de ser devolvido conforme a arrecadação, sendo pouco mais que 5%, enquanto aos demais Ministérios está sendo aplicado em torno de 8,5 a 15%. Sinalizou que, com a queda do FEF, isso poderá abalar a tentativa de revisão da tabela do SUS. Comentou estar pagando inúmeras dívidas da CEME, do INAN e da FUNASA, acima de quinhentos milhões, além da dívida dos 25%. Ressaltou que a vinculação é uma questão de honra e que já existe o consenso entre as áreas econômicas da vinculação, devendo esse consenso ser fechado dentro do Governo Federal, quando então se poderá negociar com os Governadores e Prefeitos. Esclareceu ter aceito o cargo de Ministro da Saúde com a condição de que não saberia fazer o que **Dr. Adib Jatene** foi magistral em fazer pois, o problema de financiamento da saúde não é problema do MS mas sim do Governo e da Sociedade como um todo. Disse que lutará para receber o valor necessário e só responderá ao povo pela gestão do que lhe foi fornecido, devendo o restante ser cobrado do Governo. **Dr. Neilton**, representante do CONASEMS, solicitou uma intervenção ao verificar a importância da colocação do Senhor Ministro com relação ao apoio da sociedade nas propostas defendidas por ele junto ao Governo. Disse que o CNS estava representando a sociedade, apoiando a construção do SUS dentro dos princípios que se defende e, portanto, será muito maior a força do Ministério quando em conjunto com o Conselho. Reforçou então, a importância das discussões naquele Colegiado. Senhor Ministro concordou com a colocação do **Dr. Neilton**, estando ciente que pode contar com o apoio do Conselho. Porém acha que deverá ser feito primeiro um certo acordo dentro do Governo e levado ao Congresso, para então o CNS trabalhar com a sociedade e suas representações. Reforçou que, no momento, é fundamental a subvinculação e a vinculação pois é disso que está prestando conta. Respondendo à Conselheira **Albaneide**, disse que não poderá abrir mão de sua responsabilidade em ter a pretensão de saber gerir, administrar e buscar as melhores estratégias, garantindo o fortalecimento daquilo que é a essência da CEME e do INAN, devendo isto lhe ser cobrado pela Conferência Nacional de Saúde e pelo CNS. Em relação à FUNASA, informou que já existe um pré projeto de descentralização progressiva, que poderá ser apresentado, ao Conselho, pela **Dra. Elisa**, Presidente daquele órgão. Justificou que, por motivos complexos, não foi possível se fazer o mesmo processo de descentralização com a CEME e o INAN. Quanto aos funcionários desses órgãos, o Senhor Ministro enfatizou que os seus direitos serão preservados lembrando que o MS tinha hoje cinquenta e oito mil funcionários descentralizados do antigo INAMPS. Reafirmou que as funções da FUNASA não desaparecerão mas serão transferidas progressivamente para estados e municípios conforme as condições deles em absorver os funcionários, sendo pois, diferente da CEME e do INAN, que são órgãos centralizados. Comentou ainda sobre uma colocação em que se mencionou ter o **Dr. Gilson Carvalho** falado acerca da ausência, na proposta de regulamentação dos Planos de Saúde, de que o SUS fora fortalecido. Disse então que não havia essa necessidade pois isso já foi dito várias vezes, não havendo no documento, nada que diminua a importância do SUS. Quanto às questões levantadas pelo Conselheiro **Omlton**, demonstrou desconhecer o relatório citado e solicitou ao Coordenador do CNS para providenciar, junto aos órgãos auxiliares, a localização do mesmo. Em relação aos laboratórios oficiais mencionou a necessidade de uma reestruturação dentro de um papel mais definido e competitivo. Exemplificou que, se for retirar a compra de vacinas que o MS faz ao Bio-manguinhos, este será fechado. Disse que a diferença do preço entre os laboratórios de produção de medicamentos do governo e o dos laboratórios privados nem sempre é maior. Levantou o aspecto de que os governos estaduais ou federal financiam os custos e os investimentos dos laboratórios públicos inclusive, o MS, financia o medicamento e depois o compra. Ressaltou ser este um assunto para ser discutido em outra etapa, noutro patamar da administração do MS. Reforçou que cabe àquele Ministério definir as macropolíticas de saúde do país, com a ajuda do CNS; as regionais terão que ser feitas pelos Conselhos Estaduais e Municipais. No seu entender, acreditava que o grande momento de glória do CNS será quando puder vir a ele as definições dessas macropolíticas. Revelou que não esperava presidir o Conselho por muito tempo mas tinha esperança de voltar como Conselheiro. Informou estar sendo montado um grande sistema de coleta de dados e informações de perfil epidemiológico, de prevalência, de renda per capita por estado e por município, exames realizados, etc. e que o CNS, mediante essas informações, optará pelas prioridades e pelas políticas, se responsabilizando pela escolha. Sobre as colocações da Conselheira **Margareth**, o Ministro concordou dizendo que o MS está se esforçando para que não haja gastos desnecessários. A Conselheira **Margareth**, à semelhança do Conselheiro **Omlton** solicitou direito à réplica, em audiência da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher. Em relação ao abordado pelo Conselheiro **Mário Scheffer** o Ministro falou que iria pedir ao Ministério da Fazenda a planilha de custos dos planos de saúde, embora acredita que eles não a tenham. Orientou que interpelassem os representantes dos Ministérios que viriam ao CNS no dia seguinte. Sobre o "Disque AIDS", houve a junção com o "Pergunte Saúde" porque se quer abrir um novo espaço, aproveitando a grande clientela daquele, para criar o hábito da população no "Pergunte Saúde" que só

1158 tinha 700 ligações por ano, com toda uma estrutura. Fez a observação de que toda vez que se ligar no  
 1159 número da AIDS, cairá no “*Pergunte Saúde*”. Comprometeu-se voltar atrás caso haja prejuízo. Quanto às  
 1160 colocações do Conselheiro **Piola**, o Ministro concordou com ele e disse que estava usando uma estratégia  
 1161 de gestão de “*tempo de guerra*”. Orientou para que o orçamento fosse cobrado do Secretário-Executivo,  
 1162 **Dr. Barjas Negri**. Em relação às Organizações Sociais, do que se refere a órgãos do MS, nesse momento  
 1163 e, especialmente o Hospital Presidente Vargas - HPV, está “*congelado*” porque o MS, assim como o  
 1164 Governo do Rio Grande do Sul, não concordaram com a proposta do MARE para o HPV. Informou  
 1165 portanto que o MS, o MARE e o Governo do Rio Grande do Sul estão rediscutindo e tentando fazer algo  
 1166 mais real. Comprometeu-se que, quando a proposta em referência ficar pronta, será submetida à  
 1167 discussão no CNS, devendo ser considerada como uma proposta experimental do MARE. Sobre a  
 1168 bitributação, disse não ter entendido bem a colocação do Conselheiro **Piola**, mas sinalizou que não existe  
 1169 nada regulamentado sobre o fundo, estando a idéia de sua criação aberta para ser discutida. Explicou que  
 1170 a idéia é de que o SUS não pague mais sozinho o alto custo, mas compartilhá-lo com as empresas de  
 1171 seguro, sem que haja prejuízo para ambos. Disse que haverá necessidade de apoio de técnicos do  
 1172 Ministério da Fazenda e de contratação de uma empresa de cálculos atuariais caso haja um ambiente  
 1173 político propício à aprovação do fundo. Conselheiro **Eurípedes** retornou a questão da CEME e do INAN  
 1174 dizendo que fosse levado em consideração as deliberações da 10ª Conferência Nacional de Saúde, como  
 1175 também as repercussões em relação aos funcionários pois a descentralização já era uma posição do  
 1176 Conselho e daquela Conferência. Senhor Ministro da Saúde voltou a esclarecer que a questão da  
 1177 FUNASA era diferente da CEME e do INAN, não tendo serviços extintos, pois os mesmos passarão a  
 1178 serem executados em Estados e Municípios. Quanto aos outros dois órgãos, provavelmente terão uma  
 1179 redução da necessidade de funcionários porque eles perderão as suas funções de compra, distribuição,  
 1180 etc. Enfatizou porém, que todos são funcionários federais e portanto, têm estabilidade e não perderão os  
 1181 seus empregos pois seria inconstitucional destituí-los. Comprometeu-se de que o processo seria de  
 1182 maneira negociável, sinalizando que algumas das funções que ficarão no MS precisarão de reforços de  
 1183 funcionários. Conselheira **Neide Barriguelli** parabenizou o Senhor Ministro pela extinção da CEME porque  
 1184 ela como usuária do SUS há 12 anos, nunca conseguiu receber nada desse órgão mais sim da Secretaria  
 1185 de Saúde de São Paulo cujo Secretário, **Dr. José da Silva Guedes**, tem se empenhado na compra de  
 1186 medicamentos, inclusive, os da AIDS. Conselheiro **Newton** agradeceu a presença do Excelentíssimo  
 1187 Senhor Ministro da Saúde e pronunciou que o CNS estará sempre de braços e coração abertos, com a  
 1188 vontade intrínseca de colaborar com a sua gestão. Senhor Ministro demonstrou também gratidão a todos,  
 1189 ciente de ter a confiança e a compreensão de sua sinceridade aos Conselheiros. Referiu que pretende  
 1190 conversar depois sobre sua recente viagem a Washington, em que se abriu para o MS, grandes frentes de  
 1191 recursos, de integração e solução, em princípio, do problema de vacinas e etc. Reiterou mais uma vez,  
 1192 que estava com ousadia e coragem de cumprir a lei. **ITEM 08 - ANDAMENTO DAS ATIVIDADES DA**  
 1193 **COORDENAÇÃO DE AUDITORIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E DO SISTEMA NACIONAL DE**  
 1194 **AUDITORIA - A Dra. Deildes de Oliveira Prado** distribuiu documento aos presentes e apresentou-o  
 1195 oralmente. Iniciou dizendo que as responsabilidades do nível federal do Sistema Nacional de Auditoria -  
 1196 SNA - têm sido baseadas na Lei 8.080/90 e na Lei 8.689/93 que pontuam: esclarecer o SNA, coordenar a  
 1197 avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional de forma descentralizada e em regime  
 1198 de cooperação técnica com Estados, Municípios e DF. Continuou: Partindo dessa definição legal e do  
 1199 preceituado no Plano de Ação e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde, a Coordenação Geral do  
 1200 Controle, Avaliação e Auditoria - CAUDI definiu o seu plano de ação para o biênio 97/98, trazendo como  
 1201 estratégias fundamentais: cooperação técnica a estados e municípios, programação pactuada através dos  
 1202 Escritórios de Representação do MS nos estados e a integração intra e inter institucional, com participação  
 1203 da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, Fundo Nacional de Saúde - FNS, CISET, Procuradora da  
 1204 República e Tribunal de Contas da União. Esta proposta vem efetivando-se na prática a partir do  
 1205 Treinamento de Capacitação para os Auditores do SNA Federal, Estadual e Municipal no segundo  
 1206 semestre de 1996, com enfoque no funcionamento do SUS, que contou com a participação de 1014  
 1207 servidores, que deu início à implementação do SNA nos outros níveis de gestão. Referiu-se à necessidade  
 1208 de levantamento da real situação do funcionamento do SNA a nível estadual e municipal, solicitado à  
 1209 CAUDI pela Presidência da República. Estes dados foram levantados pelas estruturas regionais de  
 1210 auditoria do MS junto às Secretarias de Saúde e Comissões Bipartites, que retrataram o seguinte quadro,  
 1211 com referência ao ano de 1996: municípios em condição de gestão semi-plena - 144, sendo 01 com  
 1212 núcleo de controle, avaliação e auditoria funcionando de forma incipiente, 07 funcionando de forma parcial,  
 1213 21 funcionando de forma plena e 105 sem núcleo de controle, avaliação e auditoria. Este resultado  
 1214 reforçou a necessidade de fortalecer os laços de parceria com estados e municípios através de uma ação  
 1215 pactuada e integrada, tendo como um dos itens fundamentais o desdobramento do treinamento de  
 1216 capacitação para técnicos dos níveis locais do SNA, como forma de agilização do processo de  
 1217 implementação e estruturação do SNA, pré-requisito para a qualidade de acordo com a NOB. No primeiro  
 1218 semestre deste ano a CAUDI está efetivando 10 treinamentos, todos organizados a nível local pelo

Escritório de Representação do MS, junto com secretarias estaduais e municipais de saúde. Dos eventos já realizados neste primeiro trimestre, 200 técnicos de estados e municípios foram treinados. Concomitantemente a CAUDI vem buscando formas de tomar sua atuação mais eficiente e eficaz, através da introdução de metodologias modernas de avaliação, permeadas pela gestão da qualidade dentro de um processo de melhoria contínua. Exemplo dessa prática deu-se através da realização de Workshop para a construção de indicadores específicos para atividades de auditoria, que assegurem eficiência, eficácia, qualidade da assistência à saúde, aplicabilidade dos recursos destinados às ações e serviços de saúde, o crescimento e a inovação, bem como a avaliação dos impactos e resultados. A aplicabilidade destes indicadores retratará para o Sistema a qualidade da assistência à saúde que está sendo disponibilizada para a população brasileira, de forma específica, a qualidade da ação de auditoria, ressaltando que este conjunto de indicadores serão colocados à disposição dos níveis estadual e municipal, aos quais deverão somar-se os indicadores que contemplem as especificidades locais. A Coordenadora relatou então, concluindo, as atividades do SNA: as atividades institucionalmente colocadas, para a estruturação do SNA requeridas na Lei 8.689/93, no Decreto Lei 200/67, na MP 1.015/95 e no Decreto 1.226/94, estão assim encaminhadas: **1)** a PT/GM/MS 392/97 formalizou a constituição de Grupo Técnico de Trabalho com representatividade da SE/CAUDI/SAA/CISSET/CGER/CJ, tendo como missão elaborar a estrutura administrativa do nível federal do SNA, quer atendendo o cumprimento da legislação supra citada, quer atendendo ao processo de reestruturação administrativa/funcional do MS; **2)** neste processo de discussão alguns itens foram consensuados: a criação do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria; as atribuições do nível federal; o reconhecimento do SNA do SUS como a instância única responsável pelo processo de auditoria; a multidisciplinaridade da equipe; a necessidade do exercício da atividade em tempo integral; a relação de interface com estruturas internas do MS; a relação de parceria com outras instituições. A **Dra. Halley**, da Coordenação/MS relatou as conclusões do Workshop realizado em 21 e 22 de junho de 1997, que contou com a participação de servidores da CAUDI, do MS, do IPEA, do Hemorio e outros. Estabeleceu-se a missão do SNA, ou seja, avaliar a qualidade da atenção à saúde prestada ao usuário do SUS, em relação à assistência, gerência, gestão e aplicação dos recursos. Os participantes organizaram-se em grupos orientados a definir os requisitos dos interessados, o que medir para avaliar o desempenho do processo de auditoria, para avaliar o desempenho do processo de assistência e da aplicação de recursos e para avaliar o desempenho da gerência e gestão da assistência. A estes foram acrescentados os indicadores de eficiência, de eficácia, de crescimento e inovação e de satisfação e conformidade dos serviços. A CAUDI, em seqüência está trabalhando no levantamento de indicadores já existentes, para nos dias 28 e 29 de julho/97 realizar Encontro de Trabalho e, através da metodologia do Desdobramento da Função Qualidade - QFD, cruzar estes indicadores com os requisitos e necessidades elencadas nos trabalhos já citados. A partir daí, estarão definindo os indicadores específicos para o SNA. A próxima etapa será a incorporação a nível local e, em seis meses, a avaliação da sensibilidade desses indicadores, juntamente com o nível local. A seguir a **Profª. Maria Angélica Gomes**, Coordenadora Geral dos Escritórios de Representação do MS, falou das atividades fim do órgão: vigilância sanitária de portos aeroportos e fronteiras e a coordenação do sistema de auditoria, sendo incumbência da atual administração unificar a estrutura do MS nos Estados e melhorar a qualidade das ações. Referiu que levantamento mostrou, já num primeiro momento, que as representações têm nível muito baixo de atuação. Em alguns estados a auditoria serve como referência, estão com boa produtividade, por isso foram incluídas no Grupo de Trabalho para reestruturação da auditoria. A avaliação mostrou que o contato com os estados apresenta resultados variáveis, com levantamento de questionamentos sobre autonomia e responsabilidades dos níveis federal, estadual e municipal. Concluiu pela necessidade, além da estruturação e legislação, de pactuar diretamente, trazendo os conflitos para a mesa de negociação. Exemplificou citando conflitos entre Secretarias de Estado e grupos de auditoria, às vezes com auditores exacerbando do seu papel legal e, outras vezes, existindo falta de colaboração dos estados. Citou a Secretaria de Saúde de Santa Catarina que recebeu vários ofícios solicitando reuniões para programação da auditoria e, não os tendo respondido, reclamou posteriormente não ter participado da programação. Vê-se na prática a necessidade de resolver e acordar estas ações, e se o acordo não estiver claro, deverá ser renegociado, corrigido e pactuadas as normas e procedimentos. Questiona como essas dificuldades da auditoria pactuada chega aos Conselhos Estaduais e Municipais. Não se poderia ou deveria recorrer a estes fóruns para renegociar? Referiu-se também ao desnível das equipes, também não proporcional à produtividade, como em Rondônia, onde existe um único médico e no Rio de Janeiro com 184 pessoas lotadas, apesar de muitas estarem emprestadas. A questão que hoje se impõe: todos os auditores devem assumir 40 horas ou deve-se selecionar os que de fato poderão cumprir esta carga horária? Auditores cedidos tenderiam a voltar para a área federal pela expectativa da carreira. Seria justo sair para a área federal? Concluiu dizendo que o ponto fundamental desse debate é que seja pactuado e que se estabeleça qual é o pacto. As três instâncias deverão assumir a responsabilidade. Em seguida a palavra foi passada para o **Dr. Carlos Eduardo**, representante do CONASS, que iniciou dizendo que o processo vem sendo permeado por muito conflito, parte salutar e parte desnecessário. Ressaltou a importância de

determinar qual o desenho de avaliação se quer implantar no SNA, dizendo ser pobre a herança do INAMPS, com desenho voltado para a avaliação da pertinência do cuidado hospitalar, muito individualizado e com sentido contábil, características importantes mas não suficientes se quer montar um sistema que atenda aos preceitos constitucionais de universalidade e integralidade. Portanto haveria necessidade de aprofundar a definição do objeto do SNA, por exemplo abrangendo o Programa de Saúde da Família, o que exigirá um esforço muito grande de modernização. Além disso a auditoria tem sido muito “de papel”, e deveria incluir questões relativas ao meio ambiente, ao trânsito, à segurança no trabalho, etc. Em São Paulo se tem discutido o desenho de um sistema que possa atender a esta complexidade. Referiu-se também ao treinamento para formar uma cultura entre os auditores, enfatizando que a auditoria operacional deve ficar a nível das instituições locais e a nível municipal. O primeiro ponto para discussão neste fórum seria o aprofundamento e a delimitação clara do objeto, contemplando desde a auditoria operacional, descentralizada, até a auditoria do sistema, analítica e de cobertura, do nível federal e estadual, com proposição de um desenho adequado. Tem havido dúvida entre os prestadores que não sabem a quem recorrer quando há uma glosa, quem é o responsável, se o gestor municipal, estadual ou federal, apesar de a NOB esclarecer a responsabilidade municipal. O segundo ponto seria que a capacitação passe a ser direcionada aos técnicos dos estados e municípios. Dada a especificidade de cada município e extrema diferenciação, esta capacitação deve ser pactuada com o nível local, regionalizada, adaptação à realidade epidemiológica de cada local, trazendo para dentro da auditoria o enfoque de vigilância à saúde, de epidemiologia e usando técnicas modernas (qualidade) com as devidas adequações. Apresentou finalmente as seguintes propostas: **1)** que o Grupo de Trabalho que está fazendo a estruturação do SNA incorpore representação do CONASS e CONASEMS; **2)** funcionamento da Comissão Corregedora Tripartite, prevista no Decreto, para dirimir conflitos e embates; **3)** apoio técnico e financeiro aos Estados por parte do MS, que tem conhecimento técnico-científico na área para apoiar a estruturação dos municípios e estados; **4)** participação maior de outras instâncias de controle, como o CNS e os Conselhos Estaduais e Municipais, onde ainda é pequena a discussão sobre o SNA. Em seguida a **Dra. Ana Maria**, Secretária Municipal de Cáceres/MS, falou representando o CONASEMS. Apresentou as seguintes propostas desse órgão: **1)** inclusão no Grupo de Trabalho dos representantes do CONASS e CONASEMS, esclarecendo que tem havido competitividade dos níveis e que o prestador que recebe a auditoria não sabe a quem recorrer, com informações truncadas levando ao descrédito do SNA. Para o avanço do processo de descentralização tem que haver a implantação do sistema e os três níveis têm que pactuar suas responsabilidades; **2)** importância da auditoria do sistema no nível estadual e federal, com implementação do controle social para o avanço do SUS; **3)** considerar a regulamentação da Comissão Corregedora Tripartite; **4)** reavaliar os cursos com pactuado dos gestores dos três níveis; **5)** enfoque no impacto da ação de saúde, na mudança do modelo assistencial, referindo que a Portaria 3046 não atende a esta necessidade, devendo então haver a construção de novos parâmetros. Informou que no Estado do Mato Grosso foi constituída a Câmara de Auditoria, com dois membros do COSEMS e dois da Secretaria Estadual, desenvolvendo auditoria operacional e do sistema, de qualidade, pactuada nos três níveis de gestão. Enfatizou que estas seriam as condições para construção de um SUS realmente forte. O Presidente da Mesa agradeceu aos apresentadores, referindo-se à sua satisfação em verificar a superação do modelo anterior do INAMPS e a preocupação com a qualidade, abrindo o debate. O Conselheiro **Mozart** manifestou que faria uma avaliação doutrinária do tema, pois geralmente se confunde os termos avaliação, controle e auditoria, usados muitas vezes incorretamente como sinônimos. Ressaltou em primeiro lugar que o SUS é um sistema único, federativo, com competências e atribuições concorrentes ou específicas, mas que não podem ser isoladas. Citou a Constituição Federal, Art. 23 e Art. 30 respectivamente: cuidar da saúde e assistência pública é competência comum da União, Estados e Municípios e depois, compete aos municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. O que caberia a cada um dos atores não foi regulamentado e sempre que existiam atribuições comuns não pactuadas existirão os conflitos. Esclareceu que, portanto, a União interfere nos municípios porque cuidar da saúde é atribuição da União. Definiu ainda que administrar, na teoria da administração é planejar, organizar, dirigir, coordenar, controlar e avaliar, todos esses termos juntos, que são atividades meio para que se conduzam atos finalísticos de atenção ao indivíduo e à coletividade, e só devem existir em função de seus fins. Se a cidadania não está considerada no sistema, este é imoral e ilegal, porém muitas vezes os sistemas até dificultam o alcance dos fins. Pela Lei Orgânica da Saúde compete ao nível federal estabelecer o SNA e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em cooperação com Estados e Municípios. O controle registra e a avaliação compara, não são e não devem ser a mesma coisa. A auditoria de gestão registra fatos contábeis e financeiros e analisa a boa prática de gestão. Onde ficaria o sistema Ciset no SNA? Deixamos a Ciset e criamos o SNA? E o compromisso de atuar sistematicamente? Citou a SNA? Deixamos a Ciset e criamos o SNA? E o compromisso de atuar sistematicamente? Citou a situação de São Paulo, onde depois do acúmulo de papel por 20 anos, a ponto de não se dar conta das análises, levou a glosa geral de 10%, mas que todas essas causas foram perdidas na justiça, não se conseguindo punir os fraudadores.

Referiu ainda à confusão do SNA com coordenar e avaliar. O Art. 33 da CF diz que fiscalizar é atribuição do servidor público, não sendo necessário ser auditor para isso, mas fiscalização e auditoria são atos diferentes, tanto que os Conselhos fiscalizam e pedem auditoria. O Fundo Nacional de Saúde deve acompanhar a execução orçamentária e financeira. Pergunta como estão definidas no SNA, composto por diferentes órgãos do MS, as atribuições deles e a organização do sistema. Acrescentou ainda que para analisar conformidade tem que haver um programa, para verificar se a ação desenvolvida está em conformidade com o programado ou não. Outras áreas é que deveriam dizer se aquela desconformidade significou prejuízo para a saúde do cidadão. Citando ainda o sistema de controle interno e externo, concluiu que tem-se ainda um longo caminho a percorrer para o aprimoramento das atividades de interesses individuais e difusos da cidadania, não existindo sistema de auditoria se não existe sistema de programação nos estados e municípios. Esta seria a principal lacuna, que faz com que as atividades de auditoria sejam aleatórias e, portanto, todas as etapas da administração devem ser cumpridas. O Conselheiro **Omlton** parabenizou a **Dra. Angélica** pela sua apresentação e ressaltou que denúncias à Secretaria de Vigilância Sanitária não resultam em nada e que no Aeroporto de Confins existem 80 médicos para a vigilância sanitária, enquanto em São Paulo menos da metade. Referiu ainda que denúncia de fraude na compra de medicamentos, publicada em jornais e protocolada no MS, depois de um ano não foi respondida. Posteriormente foi feita compra semelhante e por último, agora em março/97, outra compra, esta sem licitação, suspensa por liminar, através de advogado da empresa interessada. Perguntou: quando vai se poder ter um sistema de auditoria para saber a aplicação do dinheiro público está sendo feita de acordo com as boas práticas a administração pública? Perguntou ainda se todos os municípios têm capacidade de controle das compras, adendando que as compras fracionadas serão mais caras, apesar de haver mecanismos, como os consórcios, para superar o problema e se, enquanto se fazem os projetos do SNA, estaria havendo ação efetiva. O Conselheiro **Saad** ressaltou ser esta uma questão fundamental, assunto mais importante que algumas particularidades da pauta e endossou as palavras do Conselheiro **Mozart** quanto à necessidade de voltar ao assunto. Manifestou ter sido boa a exposição por ter levantado angústia e depois aliviado pelo entusiasmo e esforço da equipe, apesar ainda do pequeno porte diante da magnitude do problema. O Grupo de Trabalho deverá chegar ao final em 30/dezembro, havendo mesmo a falta de uma definição de atribuições, não se podendo discutir propostas tangenciais ao sistema. A Conselheira **Albaneide** referiu-se a documento repassado pela Secretaria de Saúde da Bahia aos municípios e à sua preocupação com os municípios muito pequenos que estariam contratando médicos para auditar eles mesmos. A Conselheira **Cláudia** perguntou como ficaria o papel dos Conselhos não reconhecidos no próprio município, como o de São Paulo, e, ainda, como ficaria a auditoria do próprio Ministério da Saúde. A Conselheira **Elizabete** citou que o levantamento mostrou 105 municípios sem sistema de auditoria implantado, perguntando quais os motivos, se seriam dificuldades com recursos humanos e equipe mínima para o trabalho. Perguntou ainda se os critérios para a equipe, como os auditores não poderem ter vínculos com o sistema, estariam sendo cumpridos e se foi feito novo levantamento após o primeiro. Continuou ainda apresentando propostas concretas: Comissão teria até julho para elaborar o novo desenho, contemplando também as propostas da 10ª Conferência, e então apresentar este novo modelo no CNS antes da definição final. Foi também colocado pelo Conselheiro **Sylvio**, que a Comissão levasse em conta a questão dos erros médicos, pois mesmo os médicos não sendo empregados do hospital, demonstram vínculos por receberem ordens e, ao final o hospital é quem paga. O **Dr. Carlos** iniciou respondendo que a avaliação histórica da evolução dos trabalhos desde os tempos do INAMPS traz satisfação, apesar das dificuldades. A descentralização pode ser acompanhada de repasse de recursos gerências e até de recursos humanos aos municípios, não se podendo barrar o processo por falta de condições destes, devendo ser efetivado o apoio técnico e financeiro. Citou a situação do médico não assalariado, que leva a descompromisso com a qualidade da atenção, devendo serem criados mecanismos de atribuição de responsabilidades, apesar da responsabilidade da compra de serviços ser da direção do hospital. A **Dra. Deildes** referiu-se à situação de disparidade dos estados e municípios, apesar do pre-requisito para as condições de gestão, elencando as razões seguintes: **1)** não havia sido criado na Secretaria Municipal um núcleo, divisão ou seção, orientação esta que vem sendo dada para ser feita por Lei a ser votada na assembléia estadual ou municipal, com as especificidades ali decididas; **2)** falta de definição da estrutura mínima; **3)** falta de definição das atribuições específicas, inclusive regimento interno. Acrescentou que será feita nova avaliação no final do primeiro semestre e que está sendo discutida no CONASS e CONASEMS proposta de alteração do Decreto 1.651, que define atribuições gerais. Estados e Municípios já estão discutindo seus regimentos, com apoio técnico do MS, mas de forma independente. Quanto à capacitação disse que está se desenvolvendo a qualificação para atividades de auditoria de profissionais que já conhecem o sistema de saúde, como apoio aos municípios. Enfatizou que o MS ainda precisa atuar prioritariamente no apoio aos municípios e que em outra etapa deverá contemplar maior desenvolvimento de outras ações de competência federal. Referiu ainda que muitas vezes o conflito é provocado por desconhecimento, sendo o SNA um sistema de controle atípico do SUS e a Ciset um sistema de controle do setor público. O auditor do SNA não decide, sendo o seu

trabalho encaminhado ao gestor para que este corrija as eventuais irregularidades, e ainda aos responsáveis pelo setor, Conselhos, etc. O gestor é sempre comunicado da auditoria em sua região e geralmente é feita programação pactuada e integrada. Em resposta a outro Conselheiro, disse que até o momento a CAUDI não tem nenhuma denúncia não diligenciada ou com resposta não encaminhada aos estados, pois existem prazos legais para a defesa. O Conselheiro **Omilton** replicou que não considerou respondidas as suas perguntas. A **Dra. Deildes** informou que no ano passado houve o recolhimento de 5 milhões de UFIR com resultado de auditoria e solicitou que casos específicos deveriam ser tratados em particular por questões de sigilo. O Conselheiro **Mozart** propôs então a integração do CONASS e CONASEMS ao Grupo de Trabalho e sugeriu ouvir a Ciset sobre essa questão. O representante do CONASS acrescentou ainda que os municípios seguem a lei, e que a conta do Fundo Municipal funciona como a dos Fundos Estaduais e Nacional. Citou novamente a vigilância cruzada entre os municípios no MT e a emissão de AIH cruzada, além da criação da Câmara de Auditoria a nível regional quando os municípios não têm médicos. Concluiu dizendo a importância de flexibilidade da descentralização e da necessidade de operacionalizar o processo dos vários níveis. A **Profª. Angélica** encerrou colocando que questões não respondidas seriam aprofundadas e poderiam voltar a ser discutidas em outra reunião. Solicitou ainda ao Conselheiro **Omilton** fazer contato com a representação estadual envolvida na situação por ele descrita, pois enviaria Fax solicitando agilização.

**ITEM 09 - EXECUÇÃO DE ORÇAMENTO DE 1997 - PREPARAÇÃO DO ORÇAMENTO DA SAÚDE 1998** - O Professor Elias apresentou o relatório da Comissão de Acompanhamento Orçamentário e o Material de Apoio que integram a presente ata como anexos. O Professor Elias informou que não foi possível discutir a proposta orçamentária 98 na Reunião Extraordinária pois não haviam elementos disponíveis. Optou-se pelo encaminhamento de Proposta de Resolução à Reunião Ordinária que foi aprovada por unanimidade, recebendo o nº 239 com o seguinte teor: O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 04 e 05 de junho de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Considerando: **a)** que é responsabilidade do Conselho analisar e deliberar sobre a proposta de orçamento do Ministério da Saúde, tendo para esse efeito decidido realizar a 14ª Reunião Extraordinária; **b)** que a não apresentação da proposta de orçamento para 98, ainda que parcial, frustrou a realização desse propósito; **c)** que esse fato expressa a continuidade de uma deficiência de comunicação entre os órgãos correspondentes do Ministério e o Conselho, que prejudica as relações necessárias de cooperação para que o Conselho possa cumprir suas responsabilidades. **RESOLVE: 1-** Determinar que a Comissão de Orçamento do Conselho Nacional de Saúde, com o apoio integral da Coordenação Geral e em colaboração com o Ministério, elabore documento de análise e apreciação da proposta de orçamento do Ministério da Saúde, para 1998, de acordo com os **termos de referência** abaixo descritos. **2-** Solicitar ao Ministério da Saúde que colabore sem restrições com a Comissão de Orçamento no cumprimento da missão indicada no item anterior e, especialmente provendo oportunamente a documentação referente a sua proposta de orçamento para 1998. **3-** A Comissão de Orçamento deverá elaborar análise prévia dos dados disponíveis até o dia 1º/07/97 informar à 67ª Reunião Ordinária sobre o progresso do trabalho. **4-** Convocar Reunião Extraordinária com o fim específico de examinar a Proposta de Orçamento para 1998 do Ministério e as recomendações da Comissão de Orçamento. **5-** Estabelecer os Termos de referência para a análise da proposta de Orçamento do Ministério da Saúde para 1998: **5.1-** Visão de conjunto (resumo de diagnóstico) da situação do “*Sistema Nacional de Saúde*”, incluindo todos os seus componentes e em função da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS. **5.2-** Princípios e objetivos gerais, e prioridades e metas para 1998 (referências básicas: PPA, Brasil em Ação, documentos específicos de Saúde (MS e CNS) e proposta LDO 98). **5.3-** Políticas e estratégias: **a)** nacionais de saúde (referências básicas - NOB 96, resoluções do CNS, 10ª CNS e legislação do SUS); **b)** outras políticas públicas relevantes em suas implicações para a saúde, em particular as relativas a: reforma do Estado, Ambiente e macroeconomia (desenvolvimento). **5.4-** Orçamento por Programas e Atividades com atenção particular a: piso de gasto (nível, critérios e justificação); expansão mínima indispensável; e estrutura do gasto em correspondência e 2 e 3 anteriores. **5.5-** Financiamento: fontes e alocação, com referência especial aos parâmetros da Proposta de Emenda Constitucional - PEC 169.

**ITEM 10 - PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM DOR E CUIDADOS PALIATIVOS, PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA** - Antes de dar início à exposição deste item, o **Prof. Elias Jorge** lembrou o encaminhamento de uma Resolução resultante da discussão do item 08, recomendando a inclusão de um representante do CONASS, do CONASEMS e de um representante dos usuários do CNS, no Grupo de Trabalho constituído pelo Ministério da Saúde para estruturação do Sistema Nacional de Auditoria. Após a leitura da referida Resolução pelo Conselheiro **Newton**, a mesma foi submetida a votação tendo sido aprovada pelo Plenário. A seguir, Conselheiro **Newton** passou a palavra ao expositor do tema em pauta. **Dr. João Augusto Bertuol Figueiró**, médico coordenador da Comissão Especial do Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos, para Profissionais de Saúde da Associação Médica Brasileira - AMB. **Dr. João Augusto**



1463 agradeceu ao Conselheiros, particularmente, ao Conselheiro **Eurípedes**, pela oportunidade de trazer  
1464 àquele Colegiado assunto que tem trazido muita preocupação à Comissão e que devido a sua relevância,  
1465 exige providências. Pronunciou que sua apresentação esta se referindo à proposta de oficialização deste  
1466 programa junto ao Governo Federal, através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação,  
1467 pretendendo trazer à baila, um tema que tem sido, no Brasil, sistematicamente negligenciado pelos  
1468 educadores encarregados da elaboração dos currículos escolares. A referida proposta foi distribuída para  
1469 todos os Conselheiros e a seguir **Dr. João Augusto** passou à leitura da mesma, a qual continha, entre  
1470 outros, as seguintes informações: dados estatísticos dos diferentes tipos de dor; conseqüências das dores;  
1471 incidência das dores oncológicas e danos estatísticos das mesmas; o Instituto Nacional do Câncer nos  
1472 EEUU, elegeu o alívio da dor no câncer como a maior prioridade para a educação profissional e pesquisa;  
1473 a Organização Mundial de Saúde - OMS elegeu a dor como sua prioridade internacional; dados publicados  
1474 pela OMS mostram que o Brasil, em alguns aspectos, encontra-se na desfavorável posição do segundo  
1475 pior país da América Latina na oferta, por exemplo, de cuidados paliativos a pacientes com câncer,  
1476 demonstrando, ao mesmo tempo, a eficácia de programas educacionais em dor e cuidados paliativos na  
1477 Europa, América Latina, América do Norte, Ásia, África e Oriente; programa educacional sobre dor para os  
1478 profissionais de saúde, proposto pela Associação Internacional para o Estudo da Dor - Internacional  
1479 Association for Study of Pain - IASP, sendo útil na elaboração de programas de treinamento e para a  
1480 previsão dos recursos humanos e materiais necessários na organização de clínicas de dor; a experiência  
1481 internacional tem demonstrado relação custo-benefício favorável; profissionais da comissão da AMB são  
1482 ligados a serviços, associações e universidades reconhecidos pela sua forte influência educativa na área  
1483 de saúde no Brasil e no exterior, tendo prestado relevantes serviços à comunidade científica nacional e  
1484 internacional e à população brasileira de um modo geral; criação de novos núcleos de diagnóstico e  
1485 tratamento, segundo os modelos internacionalmente propostos, já ocorreu, por exemplo, na Universidade  
1486 de Alfenas, em Brasília, no Hospital do Servidor Público Estadual em São Paulo, nos Municípios de  
1487 Bragança Paulista, Marília, Taubaté, Santos, Sorocaba e Maceió, pela contribuição dos profissionais da  
1488 AMB juntamente com os serviços aos quais estão vinculados; demonstração da eficácia de projetos se  
1489 tem verificado no Programa APM na TV, da Associação Paulista de Medicina; nos cursos realizados pelo  
1490 Comitê Multidisciplinar de Dor da APM; no curso regular do grupo de dor do Hospital das Clínicas da  
1491 FMUSP e da Liga de Dor da Faculdade de Medicina da USP. Na continuidade da leitura pelo **Dr. João**  
1492 **Alberto** ressalta-se que o momento atual é extremamente oportuno para execução do projeto em questão,  
1493 visto haver um interesse e estímulo explícito da OMS, da IASP e das Sociedades de Oncologia para a  
1494 criação de programas educacionais nos países em desenvolvimento. Da leitura, destacavam-se ainda: os  
1495 objetivos do Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para Profissionais  
1496 de Saúde da AMB; a Comissão constituída e sua função; estruturação, apoios, estratégias, solicitações e  
1497 benefícios da oficialização do referido programa. Conselheiro **Newton** agradeceu a participação honrosa  
1498 do **Dr. João Alberto** na apresentação de tema tão importante. Comentou que, como Professor de  
1499 Fisiologia, especialista em neurocirurgia, afirmava ser uma realidade nos cursos da área de saúde,  
1500 especialmente, no curso de Medicina, a existência de apenas uma hora de aula sobre dor, acontecendo  
1501 dessa forma, não só ao estudo dos mecanismos fisiológicos da dor mas também aos mecanismos que são  
1502 utilizados para contralgias e sistema de contralgias. Conselheiro **Omilton** propôs que o Conselheiro  
1503 **Eurípedes**, conhecedor da matéria, trouxesse na próxima reunião do CNS, um relato resumido com uma  
1504 proposta acerca do assunto, tendo sido aceito pelo Plenário. **ITEM 11 - INFORMES - Dra. Lúcia** informou  
1505 ao Plenário que dentre os informes, já que não havia mais tempo para discussão desse item, estava Ofício  
1506 enviado pelo Secretário de Assistência à Saúde - **Dr. Antonio Werneck da Silva** solicitando ao CNS  
1507 análise e contribuição a minuta do Decreto que regulamenta a Lei nº 9.434, de 04/02/97, que dispõe sobre  
1508 a remoção de órgãos, tecidos e parte do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Referiu que  
1509 esse documento teria sido enviado aos Senhores Conselheiros com antecedência. Não houve  
1510 manifestação pelo Plenário. **ITEM 12 - LEITURA E APROVAÇÃO DA ATA DA 65ª E PAUTA DA**  
1511 **REUNIÃO** - A ata da 65ª RO será enviada aos Conselheiros posteriormente para ser submetida a  
1512 apreciação pelo plenário em próxima reunião. **ITEM 13 - APROVAÇÃO DA PAUTA DA PRÓXIMA**  
1513 **REUNIÃO** - Conselheiro **Omilton** solicitou que fosse incluído como tema básico da próxima reunião e  
1514 garantida a presença da **Dr. Marta Nóbrega Martinez** - para apresentar o seu Plano de Trabalho frente a  
1515 Secretaria de Vigilância Sanitária. Conselheiro **Eurípedes** comentou sobre a importância da convocação  
1516 do Coordenador da CENEPI para apresentar ao plenário a situação atual da Aquisição e Distribuição das  
1517 Vacinas e do Plano Nacional de Imunizações. Conselheiro **Solon** sugeriu uma discussão sobre o sistema  
1518 de acompanhamento do Plano de Metas/MS, acrescentando ainda que as pessoas convidadas pelo  
1519 Conselho, deveriam apresentar os temas nos horários especificados na pauta, mesmo que fossem  
1520 necessário serem cessados os assuntos em discussão, da mesma forma como é dada a palavra ao  
1521 Senhor Ministro. Conselheiro **Eurípedes** propôs deixar programado para pauta da reunião de agosto 05 e  
1522 06 a continuidade do tema básico - Recursos Humanos - Remuneração - Recomendações ao governo. E  
1523 para a reunião de setembro 03 e 04 - Educação Continuada Latum Sensum sugerindo a constituição de

uma Comissão forma pelo **Prof. Antonio Rafael da Silva** e por ele mesmo. Comentou também sobre o problemas das Hemodiálises e Diálises demonstrando preocupação quanto à questão e lembrando que houve uma Comissão discutindo o assunto neste Conselho, apresentando inclusive uma avaliação sobre o problema mas que até onde pode perceber não houve continuidade das discussões pelo menos no Conselho. Referiu que poderia ser pautado para julho ou mais para frente. Conselheiro **Mário Scheffer** solicitou que o primeiro item da pauta, deveria ser a forma de indicação do Coordenador para as próximas reuniões e que conforme a fala do Conselheiro **Solon** acompanhar mais de perto, as questões, como é feita com o orçamento, assim como a contratação das Assessorias Técnicas Exteriores que seria da UnB ou da ABRASCO que retorne ao plenário, para discussão de como se daria esse acompanhamento. Sugeriu que a CONEP apresentasse um relatório de como andaria a composição dos CEP's locais quanto à obediência do caráter multidisciplinar e à composição do usuário. **Prof. Elias Jorge** comentou sobre documentos encaminhados à Comissão de Orçamento quanto à situação dos Hospitais Universitários cuja a situação é grave e precisaria ser pautado e que o expositor deveria ser o Conselheiro **Newton**. Relatou também quanto a um processo da Procuradoria Jurídica de São Paulo, consultando o Conselho sobre o cronograma de desembolso financeiro para o município de São Paulo, cuja a resposta seria que o repasse só é feito para os municípios em semiplena, o que não é o caso de São Paulo, os demais municípios são pagos através de prestações de serviços. Quanto ao documento do Conselho Regional de Enfermagem de São Luís - MA solicitando informações da tabela SIA/SUS sugeriu encaminhamento a Tripartite. Outro documento encaminhado do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte interrogando da possibilidade de suspensão de repasse financeiro para municípios que descumprirem o plano de trabalho em qualquer nível de gestão, aconselha a indicação de Conselheiro para se manifestar dado tratar-se de assunto suficientemente polêmico. Reafirmou a inclusão como ponto de pauta - Hospitais Universitários - Situação Atual. Conselheira **Albaneide** comentou os pontos de pauta: Secretaria de Vigilância Sanitária, a Questão do REFORSUS - convite ao **Dr. Noronha** que iria comentar sobre o Sistema de Informações. Recursos Humanos - formação, para agosto, Reestruturação do CNS, tem que entrar na pauta. E solicitar a Secretaria Executiva do CNS que envie a ata da reunião anterior para devidas modificações e, se possível, a ata desta reunião (66ª). Propôs ainda à Secretaria Executiva que seja feito um levantamento de todos os pontos de pauta feitos no Plenário que não foram discutidos mais que são pontuados e transferidos para outra reunião, quando não são alterados. **Dr. Neilton** representando o CONASEMS nesta reunião agradeceu a atenção de todos, comentando ser a primeira vez que participava de uma reunião do CNS e que a **"imagem que temos lá fora é muito mais forte e mais importante e nós vemos são as dificuldade de funcionamento do próprio Conselho"**. Gostaria de comentar que o CONASEMS irá empenhar-se para que essa Entidade contribua para dar objetividade, agilidade e respeitabilidade ao Conselho. Conselheiro **Eurípedes** solicitou que o ponto Reestruturação do Conselho que estaria pautada para essa reunião, fosse transferido para agosto, porque havia dificuldades de estarem presentes alguns Conselheiros. Conselheira **Lucimar** informou que no mês de maio aconteceu a 50ª Assembléia Mundial de Saúde e que teria sido uma das pessoas que representou o Brasil na plenária dessa Assembléia, onde foram discutidos assuntos relativos a Grupo de Riscos. Considerou um ponto interessante para que o plenário discuta, uma vez que o Programa Geral de Trabalho da OMS será baseado nessa Assembléia. Conselheira **Albaneide** solicitou informações sobre a Resolução e quanto a Portaria Interministerial que havia sido discutida e contestada no dia anterior e já estaria publicada. Gostaria de saber como ficaria essa questão. Referiu que essa resolução precisaria ser reformulada considerando o que o Conselheiro **Newton** havia colocado, que seria formada por um representante de cada uma das entidades profissionais. Questionando ainda que na própria ata consta 2 (dois) representantes do Ministério e aparecerem 4 (quatro) nomes. Comentou que foi votado uma coisa e saiu outra. **PARECER SOBRE A NECESSIDADE SOCIAL DE ABERTURA DO CURSO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES - ARACAJU - SE** - O Conselheiro **Antonio Sabino dos Santos** procedeu a leitura de seu parecer, citando que: *"Os dados apresentados no projeto de criação do curso de psicologia, somados as consultas e visita 'in loco' para conhecimento de realidade referente à necessidade social de abertura do referido curso, permite-me concluir pela aprovação do projeto do Curso de Psicologia da Universidade Tiradentes - UNIT, sendo que, reduzindo de 80 (oitenta) para 50 (cinquenta) vagas anuais. É o meu parecer, que submeto aos membros do Conselho Nacional de Saúde - CNS"*. A seguir a Conselheira **Albaneide** solicitou vistas ao processo. Nada mais havendo a apresentar, Conselheiro **Newton** deu por encerrada a presente reunião. Estiveram presentes os Conselheiros: **Ana Maria Lima Barbosa, Anastácio de Queiroz Sousa, Antonio Sabino Santos, Carlos Eduardo Ferreira, Carlyle Guerra de Macedo, Claudia Marques Maximino, Elizabete Vieira Matheus da Silva, Eurípedes Balsanufu Carvalho, Francisco Bezerra da Silva, Francisco Ubiratan Dellape, Gilberto Chaves, José Lião de Almeida, Leocir Pessini, Lucimar Rodrigues Coser Cannon, Margareth Martha Arilha Silva, Mário César Scheffer, Neide Regina Cousin Barriguelli, Newton de Araújo Leite, Omilton Visconde, Oswaldo Lourenço, Rita de Cássia Barradas Barata, Sérgio Francisco**

1584 **Piola, Solon Magalhães Viana, Stela Félix M. Guillin Pedreira, Waldir Paiva Mesquita, William Saad**  
1585 **Hossne.**  
1586 Ata aprovada na 70ª RO, nos termos. Conselheiro **Jocélio** - Declaração de Voto - Registro abstenção de  
1587 voto da Ata da 66ª Reunião do CNS, por não ter sido possível lê-la atentamente e sugerir correções.