

1

1

2

3

4

**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**  
**ATA DA SEPTUAGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA**  
**1995/1999**

5 Aos dias quatro e cinco de dezembro de mil e novecentos e noventa e sete, foi realizada, na Sala de  
6 Reuniões do Conselho Nacional de Saúde, a Septuagésima Segunda Reunião Ordinária do Conselho  
7 Nacional de Saúde. **ABERTURA E ESCOLHA DA COORDENAÇÃO - Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**,  
8 Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde, procedeu a abertura da reunião cumprimentando a  
9 todos e passando a palavra ao Conselheiro **Eurípedes** para coordenar a reunião. **ITEM 01 - APROVAÇÃO**  
10 **DE ATAS E INFORMES - 1.1 - AUDIÊNCIA PÚBLICA NO SENADO SOBRE REGULAÇÃO DOS**  
11 **PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE** - Para apresentação do relatório deste assunto foi escolhido o  
12 Conselheiro **Eurípedes** que se manifestou dizendo que: **1.** a Comissão se reunira em várias oportunidades  
13 com o relator da matéria, Senador **Sebastião Rocha**, para discutir pontos de interesse contidos no Projeto  
14 de Regulamentação dos Planos de Saúde; **2.** participaram da Audiência Pública, onde defenderam a  
15 posição do Ministério da Saúde, sendo apresentado o parecer do Senador **Sebastião Rocha** que  
16 contempla pontos defendidos pelo Conselho; **3.** o Senador **Romero Jucá** interlocutor do Governo nessa  
17 questão estaria apresentando um voto em separado; **4.** houve modificações no Projeto. **Dr. Carlyle** lembrou  
18 que ouvira manifestação do Senador **Sebastião Rocha**, no sentido de não ter esperança de que seu  
19 projeto fosse aprovado na Comissão, devido ao **"rolo compressor"** do governo. Conselheiro **Mário**, em  
20 nome da bancada dos usuários, manifestou preocupação pelo fato do parecer do Senador **Sebastião**  
21 **Rocha** não ser aprovado. Seria, no entendimento do segmento dos usuários, a derrota do consumidor e a  
22 regulamentação do processo de exclusão. Conselheiro **Júlio** na sua manifestação ressaltou, os seguintes  
23 itens: **1.** que a proposta do Senador **Sebastião Rocha** era uma tentativa de tornar inviável a discussão do  
24 processo; **2.** não era a favor da fixação de planos mínimo por entender que o fato de deixar as empresas  
25 interpretarem os procedimentos de alta tecnologia pode acontecer não se contemplarem, enfermidades  
26 que até a concorrência vem contemplando. Conselheiro **Eurípedes**, por uma questão de ordem, solicitou ao  
27 Coordenador da Mesa, dada a relevância do assunto, que fosse submetido ao Plenário a possibilidade de  
28 pautá-lo para aquele ou outro momento subsequente. Proposta aprovada, ficando para ser discutida como  
29 último ponto de pauta. Conselheiro **Newton** propôs, nesse momento, que fosse garantido o direito a voz e  
30 não o voto dos dois Conselheiros que representavam os profissionais de saúde não médicos, com  
31 mandatos vencidos e dos dois indicados. Proposta também aprovada. Conselheiro **Mozart**, em relação a  
32 fala do Conselheiro **Júlio** disse que: **1.** o Senador **Sebastião Rocha** dispunha de poucos recursos para  
33 alterar o Projeto sobre Planos e Seguros de Saúde e que o que constava em lei não precisava ser inserido  
34 em projeto; **2.** os argumentos levantados no Projeto pelo Senador em relação ao capital estrangeiro foram  
35 os colocados na Audiência Pública, porque se temia a caracterização do setor; **3.** à questão dos planos  
36 individuais fora uma tentativa de fazer planos **"a granel"** mais acessíveis à população, ferindo o  
37 princípio da integralidade, não contemplando o atendimento de alta tecnologia. Depois de forma eloqüente,  
38 ressaltou que tanto na Câmara como no Senado estava cada vez mais difícil a aprovação de propostas que  
39 beneficiassem efetivamente os direitos da população, dada as representações políticas estarem voltadas  
40 para os grupos de interesses que os ajudaram na eleição. A propósito, fez denúncia da possibilidade de  
41 inviabilização do SUS, caso venha a ser aprovada a proposta defendida pelo Governo. Conselheiro **Gilson**  
42 **Cantarino** levantou questão de ordem relacionada à organização da pauta e voltada para dois itens: **1.** que  
43 se deixasse para a RO de fevereiro o relatório da Comissão de Reforma Psiquiátrica e **2.** que fosse  
44 passado para o lugar desse item **"Projetos Similares ao PPCS"**. Conselheiro **Olympio**, em razão de  
45 ter pedido vistas do relatório sobre a Reforma Psiquiátrica, na reunião passada, só concordou em adiar a  
46 apresentação do seu parecer desde que fosse feita pelo Plenário uma recomendação à Comissão, para que  
47 esta não tomasse nenhuma atitude de caráter externo, administrativo ou operacional na área da Psiquiatria  
48 até que a matéria fosse examinada pelo Conselho. Proposta aprovada. **1.2 - RELATÓRIO DA CONEP** -  
49 Conselheiro **Saad** iniciou sua exposição centrada nos aspectos mais relevantes do relatório, que fora  
50 entregue aos demais Conselheiros. Nesse sentido disse que: **1.** o relatório referia-se às atividades  
51 desenvolvidas pela CONEP de julho/97, data de sua criação, até o momento presente; **2.** foram realizadas  
52 4 (quatro) reuniões com a participação ativa dos membros da CONEP, da Dra. **Corina** - Secretária  
53 Executiva e da Assessora **Geisha**; **3.** em novembro/97, recebera carta do Prof. **Luiz Antonio Ferreira da**  
54 **Silva**, da Universidade de Alagoas, contendo renúncia do cargo de membro efetivo da CONEP, devido a  
55 dificuldade de conciliar sua agenda, tendo sido nomeado para o cargo seu suplente, Dr. **Joaquim Clotet**; **4.**  
56 a atividade inicial da CONEP constou da elaboração de um plano de trabalho contendo as ações  
57 prioritárias, as estratégias e o cronograma das atividades; **5.** a idéia de convocar os suplentes para as  
58 reuniões, juntamente com os titulares, teve por objetivo a formação de subgrupos para trabalharem nas  
59 chamadas áreas temáticas, tais como: reprodução humana, genética humana, biossegurança, população  
60 indígena, pesquisas coordenadas no exterior, novos equipamentos e dispositivos para a saúde; **6.** é  
61 considerada ação prioritária a atenção da CONEP junto aos Comitês de Ética em Pesquisa Institucionais; **7.**

2

62 pretende a CONEP realizar, no próximo ano, além das reuniões, encontros regionais com a participação  
63 dos coordenadores e os seus outros membros; **8.** a folha de rosto anexada ao relatório da CONEP tem  
64 como objetivo colher informações para a implantação de um banco de dados; **9.** foram apreciados, no  
65 período de agosto a novembro/97, 90 projetos (17 aprovados, 27 aprovados com recomendação, 43  
66 classificados como pendentes de esclarecimentos e 3 não aprovados), porém, com a Resolução 251 a  
67 tendência seria a diminuição da demanda, vindo para a CONEP somente os relatórios; **10.** as maiores  
68 falhas observadas nos projetos relacionaram-se com o consentimento livre e esclarecido, com o uso de  
69 placebo, com a pesquisa em grupos vulneráveis sem benefício direto ou a situação de prevalência de riscos  
70 sobre os benefícios; **11.** existem 102 Comitês atualmente registrados e 52 registrados mas ainda não  
71 aprovados por necessitarem de adequação a Resolução 196; **12.** a CONEP está elaborando seu Regimento  
72 Interno que, após aprovado pelos membros da Comissão, será submetido à apreciação do CNS; **13.**  
73 anexado ao relatório, encontrava-se o Plano de Trabalho, a Resolução de Constituição, a Resolução  
74 240/97, a Resolução 251/97, o Formulário de Registro de CEP, o Fluxograma e a Folha de Rosto. Após,  
75 colocou-se à disposição para informações complementares. **Dr. Armando** fazendo uma pergunta de ordem  
76 prática, quis saber se os casos de cirurgias não autorizadas na literatura científica também passariam pela  
77 CONEP. Conselheiro **Saad** explicou que de acordo com o item III.2 da Resolução CNS 196/96, casos  
78 como esse devem passar pela CONEP. Conselheiro **Carlyle** chamou a atenção para o fato de os informes  
79 só permitirem perguntas de esclarecimento e que doravante todo o assunto devia constar de relatório escrito  
80 como o da CONEP e o do Orçamento e Finanças, e que os relatores fossem sucintos em suas  
81 apresentações. No caso da renúncia do Prof. Luiz Antônio Ferreira da Silva, concordou que fosse  
82 convocado o seu suplente. Para finalizar, Dra. **Corina** lembrou que, brevemente estaria na INTERNET  
83 todas as informações relacionadas à CONEP. **1.3 - PREPARAÇÃO DA OFICINA DE TRABALHO**  
84 **DE GENÉRICOS** - Basicamente em suas exposições os Conselheiros **Omlton** e **Mozart** disseram que: **a)**  
85 fora realizada reunião preparatória, na sede da OPAS, com a participação das entidades responsáveis pela  
86 organização da Oficina (com exceção do CONASEMS e da Secretaria de Vigilância Sanitária), que se  
87 propuseram a elaborar propostas para serem apresentadas e, se possível, consensuadas na reunião  
88 marcada para 03/02/98, em assim não ocorrendo, seriam, então, submetidas ao Plenário do CNS; **b)**  
89 houvera acordo no sentido da necessidade de definir os termos técnico-científicos que compõem o universo  
90 lingüístico dos **"genéricos"**, sendo aprovado, por unanimidade, para a realização dessa tarefa o nome da  
91 Dra. **Nelly Maria**, farmacêutica da OPAS; **c)** o CFM reclamara da não inclusão, no processo, da  
92 SOBRAVIME e do IDEC. Por parte dos Conselheiros houve manifestação nesta direção: **a** - interesse em  
93 saber da produção do tema básico; **b** - colocação de que o termo **"genérico"**, ainda que traduzisse o  
94 significado correto, do ponto de vista da comunicação seria desfavorável; **c** - sugestão para que outros  
95 segmentos também participassem do evento, como por exemplo: rede de farmácia pública, Sociedade  
96 Brasileira de Vigilância e Medicamento; **d** - insistência para que fosse indicado o nome da SOBRAVIME e  
97 IDEC. Considerando que a preocupação do CNS, seria a harmonia nas representações e comprometimento  
98 com a implantação da política de genérico, foi apresentada e aprovada proposta no sentido de que a  
99 SOBRAVIME e o IDEC fizessem parte, obrigatoriamente, da Oficina de Trabalho sobre Genérico como,  
100 também, a aprovação de proposta sobre a data de 31/03/98 prevista para a realização da Oficina. **1.4 -**  
101 **DESCENTRALIZAÇÃO DA FUNASA** - Dr. **Nelson**, em primeiro lugar, apresentou ao Plenário proposta  
102 de descentralização da FUNASA esclarecendo que a mesma já tinha sido discutida com os altos escalões  
103 e continha pareceres favoráveis do CONASS e CONASEMS. Recomendou, ainda, que o documento, no  
104 período de férias, fosse analisado pelos Conselheiros, para, posteriormente, ser pautado em RO. Em  
105 segundo lugar, informou que os grupos de trabalho do MS, do CNS e do MEC formados para darem  
106 pareceres sobre autorização de escolas de nível superior não estariam ainda formados, e que por enquanto  
107 estariam dando pareceres baseados nas diretrizes aprovadas pelo CNS. Em terceiro lugar, que a Comissão  
108 de Acompanhamento concluiu uma primeira versão atualizada do Regimento Interno do Conselho e  
109 concluiu ressaltando a importância da análise e aprovação do mesmo pelo Conselho. Conselheiro **Newton**,  
110 em razão de duas faculdades, uma em Santos e outra em Vitória, estarem com editais publicados para a  
111 realização de vestibular, propôs o encaminhamento às reitorias da Resolução do Conselho que veta a  
112 abertura de novos cursos de Medicina. Proposta aprovada. Conselheiro **Jocélio** quis saber qual o canal de  
113 comunicação que o CNS teria com a equipe responsável pela descentralização da FUNASA para  
114 encaminhamento de demandas. Conselheiro **Gilson** denunciou a assinatura de convênio com municípios  
115 onde foi detectado a existência do mosquito **Aedes aegypti**. Conselheira **Cláudia** questionou mais uma vez  
116 o não atendimento do pedido de criação do curso de órteses e próteses. Dr. **Nelson** em resposta as  
117 indagações, assim se manifestou: **1.** as questões relativas à FUNASA seriam abordadas quando da  
118 apresentação no Plenário, do documento ora entregue aos Conselheiros; **2.** quanto aos curso de órteses e  
119 próteses seria verificado e providenciado retorno de informação à Conselheira. **1.5 - PORTARIA GM**  
120 **1.759 DE 24.11.97** - que subordina a Coordenação Geral do CNS a Secretaria de Políticas de Saúde e  
121 não mais ao Gabinete do Ministro. Dr. **Nelson** comentou também que já contatara o Chefe de Gabinete e  
122 recebera dele a informação, em nome do Ministro, de que a intenção seria oferecer outras alternativas a

123 redação como, por exemplo, vincular apenas tecnicamente a Secretaria Executiva à nova estrutura do MS,  
124 porém, por razões outras, saíra do controle burocrático do Gabinete e indevidamente fora publicada. Houve  
125 a promessa de que a Portaria em referência sofreria alteração e a nova redação seria definida com a Chefia  
126 de Gabinete e a Comissão de Acompanhamento, submetida à apreciação do Plenário e, somente, depois  
127 publicada em DOU. Conselheiro **Carlyle**, mostrando-se satisfeito com a informação da nova redação da PT.  
128 1.759, solicitou que fosse agilizada a reunião da Comissão de Acompanhamento para a definição do novo  
129 texto. Dr. **Nelson** acrescentou que, enquanto não fosse discutida e não se consensualizar o novo texto,  
130 seria publicado um ato tornando sem efeito a Portaria 1.759. Conselheiro **Carlos Ferreira**, propôs que fosse  
131 adotado mecanismos para a divulgação do compromisso com a nova Portaria. Proposta aprovada, cabendo  
132 a tarefa à Assessoria de Comunicação. Também foi aprovada resolução propondo a imediata suspensão da  
133 Portaria 1.759 e que eventuais mudanças propostas pelo MS devessem ser discutidas com a Comissão de  
134 Conselheiros, encarregada de atualizar o Regimento Interno do Conselho. **1.6 - RELATO DA PLENÁRIA**  
135 **DOS CONSELHOS DE SAÚDE DE 02.12.97** - Conselheiro **Jocélio** chamou atenção em seu  
136 relatório para os seguintes pontos: **a)** a presença positiva de grande número de segmentos representativos  
137 do CNS na Plenária; **b)** a cobrança, por parte dos representantes municipais e estaduais, da falta de acesso  
138 a informação; **c)** a divisão da Plenária em dois momentos: no primeiro, a discussão da organização dos  
139 Conselhos, o controle social e a decisão da realização do **“Encontro Nacional dos Conselheiros**  
140 **de Saúde”**, marcado para 1º de maio; no segundo, a discussão da PEC 169, que não foi posta em  
141 votação, mas de acordo com os argumentos dos Deputados Perondi e Eduardo Jorge, a votação prevista  
142 para esse dia, se realizada, seria derrotada e, em sendo assim, o processo teria que ser reiniciado no  
143 próximo ano, que sendo ano eleitoral significaria a inviabilização da PEC 169; **d)** a luta em favor da  
144 aprovação da PEC 169 continuaria; **e)** dia 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, será feita uma grande  
145 manifestação em favor do SUS; **f)** foram feitas críticas ao MS, que estaria omisso na luta pela alocação de  
146 recursos para a saúde e na implantação da NOB; **g)** realizada audiência com o relator do Orçamento para  
147 reafirmar a importância de se manter o número de 22,8 bilhões determinado pelo CNS, audiências,  
148 também, com os líderes do PFL e do PMDB; **h)** distribuição de manifesto elaborado pela Plenária dos  
149 Conselhos de Saúde. Conselheiro **Gilson**, a propósito da transferência da data da votação da PEC 169,  
150 quis saber, a nível de CNS, como poderia ser estruturada uma interlocução que permitisse maior agilidade  
151 na troca de informação. Conselheiro **Artur** sugeriu que, ao invés de 3 que fosse 4 representantes do CNS,  
152 no **“Encontro Nacional de Conselheiros”** indicando a Conselheira **Ana Maria** como representante  
153 do segmento dos portadores de patologia e deficiências e, também, que os indicados fizessem parte da  
154 coordenação dos trabalhos. Conselheira **Lucimar** reafirmou o apoio que o CNS deveria dar à Plenária dos  
155 Conselhos de Saúde e lembrou que, ao contrário do que fora dito no plenário, o MS seria favorável à  
156 aprovação da PEC 169. Continuando o relato, a Conselheira **Elizabeth** disse que os assuntos essenciais  
157 tratados na oportunidade foram: PEC 169, o orçamento/97 e o orçamento/98. Também registrou a  
158 manifestação do Deputado Araceli de que **“saúde é uma questão de segurança nacional”** e  
159 que por isso deveria ser prioridade do governo, do Deputado **Gedel** que se comprometeu lutar pela  
160 aprovação do valor defendido pelo Conselho e que faria discussão sobre a PEC na bancada, do Deputado  
161 **Inocêncio de Oliveira** de que seria favorável à PEC 169, ao orçamento constante da LDO e ao  
162 descontingenciamento de 97, mas defendia a tese de que quem tivesse condições que pagasse pela sua  
163 assistência à saúde. Além desses contatos, registrou os feitos com o Chefe de Gabinete do PSDB e com o  
164 Deputado **Otávio Elísio**. Na avaliação da Conselheira e de componentes da Plenária os contatos foram  
165 muito proveitosos, donde concluíram ter sido pertinente o adiamento da votação da PEC 169, haja vista não  
166 existir até então uma negociação efetiva com os parlamentares. **1.7 - RELATO DA COMISSÃO DE**  
167 **REESTRUTURAÇÃO DO CNS** - Conselheiro **Newton**, após dizer que, embora esse processo fosse  
168 lento, estava se buscando o consenso nos pontos considerados importantes, passou a palavra ao  
169 Conselheiro **Olympio** que pedira vistas do parecer da Comissão, para que explicitasse ao Plenário a  
170 composição proposta na grade aos Conselheiros. Nesse sentido, esclareceu que, em razão da polêmica  
171 existente, na representatividade de profissionais da saúde, optou-se em apresentar alternativas de  
172 composição assim discriminadas: 6 representantes do **governo**; 03 representantes de **prestadores**; 05  
173 representantes de **profissionais de saúde**; 03 de representantes de **comunidades científicas**; 03  
174 representantes de **usuários empresários** e 14 representantes de **outros usuários**, aumentando, dessa  
175 forma, em dois o número de conselheiros, mantendo 1 vaga para CFM, AMB e FENAM e para os **outros**  
176 **profissionais**, 2 vagas para os profissionais de nível superior e 2 vagas para os profissionais de nível  
177 médio. Em continuação, o Conselheiro enfatizou que, ao invés de 16 usuários, passaria para 17 e que a  
178 décima sétima entidade que deveria compor o quorum de 34 conselheiros não fora aventada, ficando para o  
179 plenário do Conselho decidir, de acordo com a representatividade, a qualidade e a abrangência que os  
180 postulantes apresentassem. Conselheiro **Lião** insistiu na participação de seu segmento no Conselho haja  
181 vista representar hum milhão de trabalhadores em todo o território nacional. Conselheiro **Jocélio**  
182 manifestou-se assim em relação à proposta apresentada: **1.** contemplara as filantrópicas, porque o SUS  
183 dava preferência ao setor filantrópico; **2.** os profissionais de saúde e a comunidade científica, segundo

184 acordo, ficariam no mesmo segmento; **3.** deveria haver um fórum para o próprio segmento eleger seus  
185 representantes; **4.** endossou o ponto de vista aprovado na 10ª Conferência de que CNT, CNI, CNA não  
186 representam os usuários do SUS. Conselheiro **Olympio**, discordando da colocação do Conselheiro **Jocélio**  
187 disse que o pequeno, médio ou grande empresário, também, era considerado usuário. Conselheiro **Artur**  
188 referindo-se ao que os portadores de patologia e deficiência defendem, observou, em primeiro lugar, a  
189 questão dos 25% dos trabalhadores e em segundo que, para contemplar o segmento dos usuários em torno  
190 dos 25% a proposta deveria ser de 32 ou 36 representantes. Conselheiro **Olympio** insistiu dizendo que  
191 era, simplesmente, uma proposta o que estava apresentando suscetível, portanto, de discussão e  
192 aperfeiçoamento. Conselheiro **Paulo**, concordando com o Conselheiro **Artur** de que a proposta deveria ser  
193 de 32 ou 36, reafirmou o desejo de que esse assunto viesse para o Plenário como ponto de pauta, tal como  
194 havia sido votado na reunião passada. Conselheira **Clair** voltando a assuntos tratados em reuniões  
195 anteriores, trouxe à tona, a questão da representatividade das mulheres no Conselho que não constava da  
196 proposta apresentada pelo relator. Lembrou que a representação das mulheres no Conselho é feita através  
197 da Comunidade Científica, o que parece, no seu entender, ser uma forma costumeira no país de esconder  
198 a participação desse segmento. Uma outra questão levantada, foi no sentido de chamar a atenção para o  
199 fato do movimento das mulheres ser muito mais amplo que o movimento feminino. Como já havia  
200 questionado em outras reuniões a participação das mulheres no Conselho, pediu que constasse em ata  
201 essa nova reivindicação. Conselheira **Albaneide** admitindo, também, que resoluções tomadas no Plenário  
202 seriam posteriormente modificadas, mostrou-se preocupada com a forma como a proposta de  
203 representação no CNS estava sendo apresentada. No seu entendimento, não contemplava o que já fora  
204 acordado anteriormente, que seria de se manter 25% da representação dos profissionais da área da saúde.  
205 A propósito, lembrou que em fórum específico seria decidido quais as entidades que deveriam estar no  
206 Conselho. Conselheira **Lucimar** ressaltando que na questão da saúde deveria, em primeiro lugar, ser  
207 garantido o acesso, a qualidade das ações, e a priorização nas demandas de maior risco, a discussão da  
208 representatividade de segmentos no Conselho apareceria como decorrência do processo. Conselheiro  
209 **Newton** solicitou que todos os conselheiros trouxessem até a sexta-feira anterior a próxima reunião a  
210 proposta para modificação da estruturação do CNS e que houvessem justificativas nos casos em que fosse  
211 sugerida a saída de alguma representação. Conselheiro **Gilson** sugeriu que o CNS analisasse propostas  
212 que pudessem subsidiar o Congresso no sentido de aperfeiçoar a Lei. 8.142, pois no seu entendimento  
213 houve um avanço em termos de controle social que a legislação não acompanhou. Finalizou sugerindo que  
214 a Comissão de Reestruturação do CNS estudasse a legislação de modo que o Plenário pudesse estratificar  
215 com maior amplitude, garantindo os direitos assegurados, os fóruns representativos e que a escolha dos  
216 conselheiros se processe de forma democrática. Atendendo solicitação, se propôs, nesse sentido, detalhar  
217 suas idéias e passá-las para a Comissão de Reestruturação do CNS e para a Comissão de  
218 Acompanhamento de Reestruturação do CNS. **ITEM 02 - PLENÁRIA NACIONAL DOS CONSELHOS DE**  
219 **SAÚDE: MANIFESTAÇÃO NO CONGRESSO NACIONAL A FAVOR DA PEC 169** - Não houve a  
220 manifestação devido a votação ter sido adiada para data a ser marcada posteriormente. **ITEM 03 -**  
221 **ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA E**  
222 **PATOLOGIAS: REQUISITOS PARA AQUISIÇÃO E UTILIZAÇÃO, CONTROLE DE QUALIDADE E**  
223 **TABELA SUS** - Conselheiro **Eurípedes**, na coordenação dos trabalhos, convidou os expositores para  
224 relato do item. Dr. **Antonio Cezário**, do Departamento de Controle e Avaliação, da Secretaria de  
225 Assistência à Saúde-SAS, expôs, inicialmente sobre duas planilhas da SAS e sobre as Portarias 116/93 e  
226 146/93-SAS/MS, que regulamentam a concessão de órteses / próteses no SUS e descentralizam para as  
227 Secretarias Estaduais e Municipais a atribuição de aquisição e fornecimento de órteses e próteses para  
228 pacientes ambulatoriais do SUS. Comentou sobre os seguintes pontos: **1.** que os recursos de órteses e  
229 próteses atualmente constituem um item de programação, alocados dentro do Teto da Assistência  
230 Ambulatorial - SIA/SUS; **2.** que as Normas para atendimento ambulatorial prevêm como as Secretarias de  
231 Saúde devem se estruturar para fazer a concessão das órteses e próteses; **3.** que as planilhas comprovam  
232 uma heterogeneidade nos gastos entre os estados, ressaltando que o estado da Bahia, em 1997, ofereceu  
233 71 órteses/próteses e São Paulo 560.000; **4.** que o valor médio de órteses/próteses oferecidos (gasto  
234 realizado x quantitativo dispensado) mostrou R\$ 3,76 no Rio Grande do Norte e R\$ 517,79 no Rio Grande  
235 do Sul; e **5.** que na área hospitalar, do quantitativo/AIH tornar-se-ia difícil a análise, face a complexidade  
236 dos procedimentos, indo desde a prótese cardíaca às bolsas de colostomia. Dra. **Sheila Miranda**,  
237 Coordenadora do Programa de Atenção ao Portador de Deficiência, da Secretaria de Projetos Especiais de  
238 Saúde, ressaltou o **“Dia Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência”**, definido pela  
239 ONU, explicando que o trabalho apresentado a este Conselho, fora elaborado por 05 grupos distintos  
240 formados por representantes de Sociedades Científicas, dentre, outras a Sociedade Brasileira de Otolgia,  
241 de Otorrinolaringologia, de Medicina Física e Reabilitação, de Coloproctologia, Representantes dos  
242 Portadores da Síndrome da Talidomida, Organização Nacional de Entidades de Deficientes Físicos e  
243 Sociedade Brasileira de Ostomizados, envolvendo área técnica de usuários e fabricantes. Destacou, ainda,  
244 como princípio básico que norteou o trabalho a convicção de que o acesso a equipamentos auxiliares,

245 confortáveis, funcionais e duráveis dentro do processo de reabilitação, poderiam significar para as pessoas  
246 portadoras de deficiência a diferença entre a invalidez e a possibilidade de acesso a uma vida comunitária  
247 participativa. A propósito, colocou ter sido também considerado as premissas consagradas na Constituição  
248 Federal de que: a presença do médico especialista seria fundamental nas prescrições; o fornecimento dos  
249 equipamentos deveria ser feito por instituições credenciadas e capacitadas para avaliar, assistir e treinar o  
250 deficiente. Mostrou alguns aspectos da situação atual e o que vem sendo proposto nesse sentido: **1.** a  
251 Resolução CNS nº 249/97, que inclui no Plano de Metas/MS as ações e metas prioritárias para o portador  
252 de deficiência e a proposta de redimensionamento do Programa com ênfase na descentralização; **2.** a  
253 Portaria 116/93 que inclui no Sistema de Informação Ambulatorial as órteses e próteses ambulatoriais,  
254 comentando que atualmente existe uma inadequação da tabela quanto à descrição, à qualidade, ao custo  
255 dos equipamentos, não contemplando, portanto, todos os tipos de deficiência; **3.** a inexistência de um  
256 sistema eficiente de treinamento, adequação e avaliação do paciente após recebimento da prótese; **4.** as  
257 prescrições mal elaboradas; **5.** o descumprimento da Portaria 146/93 por parte das Secretarias Estaduais e  
258 a ausência de um grupo técnico avaliador; **6.** a existência de uma demanda reprimida, por gastar-se hoje  
259 apenas 1% do recurso ambulatorial do SIA /SUS, havendo projeção proposta de 2.0 a 2.3% no sentido de  
260 atender a referida demanda. A seguir, **Dra. Sheila** apresentou as seguintes propostas: **1.** que fosse  
261 ampliada e adequada a Portaria vigente, incluindo órtese, prótese e bolsa de colostomia para todos os  
262 portadores de deficiência respectivamente, inclusive, os queimados; **2.** que fosse publicado em Diário  
263 Oficial, a descrição dos componentes com aplicação clínica, nível de hierarquia e especialista responsável;  
264 **3.** que os usuários fossem cadastrados; **4.** que fosse preenchido um Termo de Compromisso entre o  
265 fornecedor, o médico e o usuário; **5.** que fosse exigido Alvará de Funcionamento para as empresas  
266 fornecedoras dos equipamentos; **6.** que fosse normatizada as instituições que prestam atenção aos  
267 portadores de deficiência; **7.** que a Portaria vigente fosse cumprida por parte dos gestores locais; **8.** que  
268 fosse composto um Comitê visando controle de qualidade, não só dos gastos; e **9.** que houvesse Registro  
269 dos produtos oferecidos na Lei dos Correlatos da Vigilância Sanitária/MS. Acrescentou, ainda, que gostaria  
270 que todos tivessem oportunidade de analisar a presente proposta e o que foi incluído na Nova Tabela de  
271 Procedimentos, em apreciação na Tripartite. Conselheira **Cláudia** lembrou que a questão já teria sido  
272 abordada em reunião passada, ressaltando que, com a melhoria nos itens e nos custos os deficientes  
273 poderiam ter inclusão na sociedade; e que falar em reabilitação faz-se necessário o acesso à  
274 equipamentos. Solicitou especial atenção ao que fora colocado, por serem pontos fundamentais para  
275 cidadania da pessoa portadora de patologia e deficiência. Conselheira **Cândida** acrescentou que as  
276 referidas especificações contemplavam reivindicações de todas as categorias de portadores de patologia e  
277 deficiência. Ressaltou os avanços na normatização e a oportunidade de ter apresentado ao CNS uma  
278 tabela ampliada, contemplando novos itens que melhoravam o atendimento ao portador de patologia e  
279 deficiência. Conselheiro **Newton** reportando-se ao controle de qualidade dos equipamentos, sugeriu ao MS  
280 que levasse este aspecto ao Sistema de Controle de Qualidade Nacional, realizado através do INMETRO e  
281 da ABNT, com o objetivo de os respectivos equipamentos receberem o selo de homologação. Questionou  
282 qual critério estaria sendo adotado pelo MS para recomendar implantação de prótese de alto custo,  
283 exemplificando no caso, o desfibrilador interno, que possui um custo em torno de 35 a 40 mil reais.  
284 Conselheiro **Artur** manifestou apoio a todas entidades de Portadores de Patologia e Deficiência pela  
285 passagem do Dia Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência; elogiou os trabalhos do Grupo e  
286 questionou qual seria a posição de uma Comissão de Controle e Qualidade dentro da estrutura do MS.  
287 Conselheiro **Eurípedes** congratulou-se com o grupo pelo Dia Internacional da Pessoa Portadora de  
288 Deficiência. Conselheira **Zilda** em nome da CNBB, manifestou apoio ao movimento reportando-se ao  
289 trabalho da Pastoral da Criança junto aos Portadores de Deficiência. Levantou questionamentos relativo ao  
290 teto financeiro previsto. **Dra. Sheila** respondeu que: **1.** com relação ao controle da qualidade, já teria sido  
291 feito uma solicitação para que laboratórios pudessem testar alguns dos componentes recebidos para  
292 composição de equipamentos ortopédicos, mas, relativo às bolsas de colostomia e aparelhos óticos, nada  
293 teria a registrar neste sentido; **2.** com relação ao teto financeiro, no momento que a Portaria fora publicada,  
294 teria sido publicado, também, a proposta de se destacar 2.5% além do teto financeiro, a ser acrescido no  
295 teto total, cabendo a cada Secretário de Saúde definir as prioridades; e **3.** com relação às próteses de alto  
296 custo, a tabela de Órteses e Próteses já define, mas, no caso do desfibrilador não constava na tabela.  
297 Acrescentou que, o MS não normatiza tal procedimento, cabendo, portanto, a cada gestor. Conselheira  
298 **Lucimar** esclareceu que sobre a Coordenação da Secretaria Executiva vem sendo estabelecido uma ampla  
299 parceria com o INMETRO, destacando à que se refere aos equipamentos eletromédicos, à implementação  
300 do Banco de Dados de Regulamento Técnico da Área de Saúde e ao Credenciamento de Laboratórios de  
301 Análise Clínica. Conselheiro **Omiton** questionou se os valores da tabela seriam preços de referência, de  
302 mercado ou de licitação e, qual seria o critério utilizado para fixar estes valores. Conselheiro **Eurípedes**  
303 reportou-se à denúncia de **“Cobrança por Fora”** do Hospital da Beneficiência Portuguesa, colocando  
304 que uma das razões relatadas pela equipe cirúrgica seria o fato de vários procedimentos não serem pagos  
305 pelo MS, dentre estes, as próteses utilizadas em procedimento das coronárias. Neste sentido, perguntou se

esse tipo de prótese estaria contemplado na tabela. Conselheira **Zilda** manifestando apoio na aprovação da tabela, sugeriu que não fosse fixado o teto de 2.5%, mas que seria prudente ter um teto garantido. **Dra. Sheila** ressaltou que estaria expondo uma proposta de tabela de órteses e próteses ambulatoriais e que esperava que o CNS pudesse recomendar a respectiva proposta. Teceu comentários sobre elaboração da tabela trabalhada junto aos fornecedores, com preço de mercado, que contemplava desde a região Sudeste até o Amazonas. **Dr. Cezário** da Secretaria de Assistência à Saúde-SAS, acrescentou que, quando a Portaria fora publicada, em 1993, havia um aporte de recursos para cobertura de órtese e prótese de 2.5%, mas a Portaria não determinava se deveria ser mantido. Posicionou-se favorável a não determinar percentuais e, sim, deixar a critério local. Conselheira **Cláudia** protestou quanto à ausência de representante da Vigilância Sanitária na discussão deste item, ressaltando que a tabela seria um trabalho em conjunto com todas as áreas, sendo competência da Vigilância Sanitária emitir o Alvará de Funcionamento dos Serviços. Propôs uma Recomendação no sentido de efetivar a participação da Vigilância Sanitária no processo; e outra Recomendação de forma a garantir o teto de 2.5%. Conselheiro **Gilson** perguntou se havia alguma análise quantitativa e qualitativa quanto à distribuição e utilização de órteses e próteses nos Municípios. Posicionando-se solidário ao Dia Internacional dos Portadores de Deficiência, enfatizou a necessidade de maiores avanços na área junto aos gestores dos Municípios. Conselheiro **Jocélio** manifestou-se, em nome da CUT, favorável à proposta apresentada. Sugeriu um movimento no sentido de atuar junto às organizações, na quebra das barreiras arquitetônicas, ajudando a desenvolver uma política mais voltada ao portador de deficiência, e que esse movimento pudesse começar pelas entidades ali representadas. **Dra. Sheila** informou possuir uma análise quantitativa, citando como exemplo São Paulo que gasta 0,8%, enquanto Mato Grosso do Sul gasta 3,7% do recurso ambulatorial. Ressaltou que a nova proposta estabeleceria parâmetros para tal análise. Conselheira **Lucimar** esclareceu que a Coordenação de Auditoria estaria aberta à denúncias e que poderia ser traçada uma estratégia para levar a questão à reunião do primeiro escalão do MS. Conselheiro **Gilson** comentou sobre a autonomia do CNS em aprovar a proposta de tabela. Conselheira **Lucimar** falou sobre os estudos técnicos realizados e a possibilidade de inclusão no orçamento, não podendo, portando, dizer que, se a tabela for aprovada em Plenário a mesma seria implantada de imediato, mas poderia trazer maior detalhamento no dia seguinte. **Dr. Cezário** esclareceu que o MS estaria reformulando a tabela de procedimentos ambulatoriais com vistas a operacionalização da NOB 01/96, e dentro desta, estaria previsto a inclusão de vários procedimentos que causariam impacto financeiro, impactos estes que precisariam ser analisados mais amplamente pela Tripartite e remetidos ao CNS. Conselheiro **Gilson** propôs que o Plenário aprovasse a presente tabela como indicativo, mas que se fazia necessário a discussão sobre alocação de recursos. Conselheiro **Artur** solicitou que não fosse adiado por mais um ano a inclusão dos novos procedimentos, constituindo-se na tabela, como uma deliberação política do CNS e que mais tarde seria discutido alocação de recursos. Conselheiro **Francisco Miguel** levantou questionamentos sobre os valores apresentados na tabela. **Dra. Sheila** ressaltou a importância do controle da qualidade e de oferecer equipamentos que atendam o portador de deficiência, esclarecendo que a rubrica órteses e próteses já teria sido contemplada na tabela em discussão. Solicitou ao CNS que recomendasse a NOVA TABELA à Tripartite considerando ser de extrema importância para o portador de deficiência. Conselheira **Cláudia** propôs que a tabela fosse votada, que a Recomendação à Vigilância Sanitária fosse feita e que o MS garantisse os 2.5% para concessão de órteses e próteses. Conselheiro **Mário** enfocou a necessidade política da tabela ser votada pelo Plenário. Conselheiro **Gilson** teceu comentários sobre a relação MS/Comissão Tripartite na elaboração da tabela e que caberia ao MS alocar os recursos financeiros. Conselheiro **Eurípedes** colocou sobre os dois encaminhamentos feitos: **1.** de adiar as discussões para o dia seguinte para que o MS trouxesse mais elementos; e **2.** de votar a tabela naquele momento. Conselheiro **Newton** propôs que fosse votada a tabela sem constar preços. Conselheiro **Olympio** propôs que a tabela fosse apresentada no item de Tabela SUS. Conselheiro **Eurípedes** colocou em votação se a tabela poderia ser votada no presente item. APROVADO com 03 abstenções. A seguir, colocou em votação as 03 propostas: **1.** que fosse aprovada sem os preços - 07 votos favoráveis. **2.** a proposta original com os preços discriminados - 13 votos favoráveis com 02 abstenções. Conselheiro **Carlyle** justificou seu voto de abstenção em razão de que a matéria não estaria sendo cuidada adequadamente; a proposta, no seu entendimento, não fora trazida com elementos de juízo para uma decisão consciente; que, em primeiro lugar, quando se incorporava um serviço, fazia-se necessário a confiança de que o mesmo viesse a ter aplicação universal; que não teria sido dado nenhum critério sobre a importância relativa aos bens e às normas para aplicação nas diferentes realidades do Brasil; que a falta de critério conduziria à criação de mecanismos de distorção no atendimento ao portador de deficiência; que não haveria indicação concreta de preços, como também não haveria estudo de custo global sobre o funcionamento do sistema. Conselheiro **Eurípedes** colocou em votação a 3ª proposta, ou seja: destinação de, pelo menos, 2.5% dos recursos da área da assistência para aquisição de órteses e próteses externas, a nível ambulatorial. Conselheira **Zilda** perguntou se a nível hospitalar não seria válido os 2.5%. Ao responder, a Conselheira **Cláudia** explicou existir unidades credenciadas pelas Secretarias de Saúde para fornecimento de órteses e próteses. Conselheiro **O Milton** comentou sobre a importância da

367 presença da Vigilância Sanitária para os devidos esclarecimentos. Após questionamentos sobre a proposta,  
368 o Conselheiro Eurípedes solicitou a proposta por escrito. Dr. **Armando Raggio**, na condição de observador,  
369 disse entender que os usuários estariam fazendo uma manifestação sobre a questão; que a Conselheira  
370 **Cláudia** insistia nos 2.5% por já ter havido este precedente; que em conversas no Paraná teria ouvido dos  
371 usuários que a tabela não oportunizava a qualidade desejada, mas o pagamento compreensível dos valores  
372 não garantia qualidade, perguntando à Conselheira **Cláudia** se não gostaria de explicitar mais na proposta,  
373 a questão da qualidade. Com relação aos 2.5% observou ser mais seguro estimar um custo. Face ao  
374 impasse relativo à proposta dos 2.5%, o Conselheiro **Eurípedes** reportou-se à sugestão do Conselheiro  
375 **Jocélio**, interrogando se seria uma Recomendação ou parte de uma Resolução. Conselheiro **Jocélio**  
376 recolocou a proposta de que os segmentos ali apresentados desenvolvessem campanhas na quebra das  
377 barreiras arquitetônicas e ao desenvolvimento de uma política voltada ao portador de deficiência.  
378 Conselheira **Clair** fez um adendo à proposta do Conselheiro **Jocélio**, explicando que o Código de Postura  
379 do Município faz determinações sobre as questões arquitetônicas, sugerindo recomendação às Câmaras  
380 Municipais. Conselheiro **Eurípedes** sugeriu uma **Moção** sobre as questões mais gerais envolvendo o  
381 portador de patologia e deficiência, para ser votada no dia seguinte. Foi retomada a questão dos 2.5%,  
382 sendo votada uma **Recomendação** no sentido de que se utilize, a nível do SUS, 2.5%, no mínimo, dos  
383 recursos para cobertura ambulatorial na aquisição de órteses e próteses ambulatoriais. A proposta foi  
384 APROVADA com 11 votos FAVORÁVEIS e 10 ABSTENÇÕES. Conselheiro **Eurípedes** agradeceu aos  
385 expositores e aos Conselheiros do grupo de portadores de patologia e deficiência. **ITEM 04 - REFORMA**  
386 **PSIQUIÁTRICA: RELATOS DOS PEDIDOS DE VISTAS** - Transferido para a reunião de fevereiro de 1998.  
387 **ITEM 05 - RELATO DO GRUPO DE TRABALHO/CNS: PROJETOS SIMILARES AO PACS-REQUISITOS**  
388 - Conselheiro **Gilson** iniciou seu pronunciamento dizendo que o grupo tivera dois encontros em Curitiba,  
389 onde estabeleceu discussão sobre a definição do PACS com base na realidade nacional, na proposta  
390 original e, também, sobre os pré-requisitos que deveria ter um programa para que pudesse ser considerado  
391 similar ao PACS. O Grupo, segundo o Conselheiro, entendeu que deveria trabalhar em dois distintos  
392 momentos: o primeiro, dedicado à similaridade do PACs e sua apresentação ao CNS; o segundo, voltado à  
393 similaridade com o PSF. Concluindo seu relato, fez alusão à proposta de resolução elaborada pelo grupo  
394 que registrava os pré-requisitos para aprovação de um programa de saúde similar ao PACs, as  
395 especificidades do programa e as ações desenvolvidas. Aberto o período para discussão, fez uso da  
396 palavra o Conselheiro **Carlyle** para fazer duas observações referentes à definição de critérios para  
397 aprovação dos programas: **1.** o assunto deveria estar em um capítulo à parte da Resolução; **2.** não havia  
398 referência ao papel dos municípios, sobretudo, dos Conselhos Municipais de Saúde, onde os programas  
399 seriam desenvolvidos, contrariando a política geral do processo de descentralização. Também questionou  
400 os itens 3, 4 e 5 das especificidades do programa. No seu entendimento, deveria ser melhor definido os  
401 termos **“capacitados”, “periódicas”** e **“situação do risco social”**. Ainda com relação a  
402 especificidade, sugeriu que se acrescentasse uma especificidade acional para que o programa ficasse  
403 subordinado às diretrizes e ao controle do gestor local. Nas ações desenvolvidas, no item 2, sugeriu a  
404 seguinte redação **“Promoção do aleitamento materno exclusivo, no mínimo, até aos**  
405 **quatro meses de idade, preferentemente, até aos seis meses de idade”**; no item 9, **“**  
406 **violência na comunidade”** ao invés de **“violência comunitária”**; no item 13, **“proteção do**  
407 **meio”** ao invés de **“preservação do meio”**. Conselheiro **Gilson** considerou pertinente as  
408 observações do Conselheiro **Carlyle**, principalmente, no que dizia respeito à questão da anuência do  
409 município para a classificação da similaridade dos programas, muito embora tenha ressalvado que a  
410 preocupação do grupo de trabalho estivesse, exclusivamente, voltada para os critérios de classificação e  
411 não para a parte operacional. Conselheiro **Jocélio** quis saber, em primeiro lugar, da possibilidade de pedir  
412 vistas do documento porque desejava antes fazer um contato com a associação dos agentes comunitários,  
413 as organizações sindicais e compatibilizar o documento com os relatórios da 10ª Conferência; em segundo,  
414 que houvesse aprofundamento do enunciado no item 7, que trata da especificidade do programa.  
415 Conselheiro **Artur**, considerando que a proposta de Resolução não contrariava os interesses dos agentes  
416 comunitários, foi de opinião que o documento fosse aprovado. Conselheiro **Gilson**, também, entendeu que  
417 deveria ser aprovado, haja vista à possibilidade de aprovação por parte do Conselho dos pontos da NOB,  
418 pactuados na Tripartite e do processo de habilitação dos municípios. Conselheiro **Solon** manifestou-se no  
419 sentido de saber se um programa depois de aprovado no município, necessitaria de aprovação de outra  
420 instância e se o recrutamento seria feito com a participação da comunidade e defendeu a tese de que,  
421 mesmo se encaminhando para a profissionalização dos agentes comunitários, não se deveria excluir a  
422 possibilidade do voluntariado. Dr. **Raggio** dizendo que a Tripartite se superou em sua polarização em torno  
423 da NOB/96, reafirmou crença na sua aprovação pelo Conselho. Registrou, também, simpatia pela iniciativa  
424 de se reconhecer programas similares ao PACs, vendo como um aprimoramento do sistema. Coordenador  
425 da Mesa, Conselheiro **Eurípedes**, na condição de representante do Conselho que acompanhara a reunião  
426 da Tripartite e para que o representante do CONASS tomasse conhecimento, disse ser intenção do CNS  
427 fazer uma ligação entre os pontos pactuados e a aprovação da PEC 169. Conselheira **Zilda**, concordando

428 com a colocação do Conselheiro **Carlyle** esclareceu que, embora a Comissão tivesse entendido não ser  
429 necessário entrar em detalhe, poderiam ser revistos os pontos questionados e com relação a intenção do  
430 Conselheiro **Jocélio** de pedir vistas do documento, lembrou da importância de ser aprovado na reunião,  
431 devido às providências que os gestores teriam que tomar em função da NOB/96. Conselheiro **Newton**,  
432 aproveitando o tema em destaque, agradeceu o convite da Pastoral da Criança e enalteceu as ações que a  
433 mesma vem realizando. Após considerações feitas pelos Conselheiros foi posta em votação a Resolução  
434 que estabelecia os critérios para aprovação dos programas similares ao PACs, sendo aprovada com a  
435 abstenção do representante da CUT, Conselheiro **Jocélio**. **ITEM 06 - REDE INTEGRADA DE**  
436 **INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE - RIPSА** - Conselheiro **Eurípedes**, coordenador da mesa, convidou os  
437 expositores a tomarem assento e passou a palavra ao **Dr. Helvécio Bueno**, que cumprimentou a todos os  
438 presentes e fez referência à satisfação de voltar para abordar questões sobre o trabalho desenvolvido na 3ª  
439 Oficina de Trabalho Interagencial, que foi realizada nos dias 04 e 05 de dezembro/97, na OPAS, em  
440 Brasília, contando com a presença do Senhor Ministro da Saúde e do Diretor da OPAS. Inicialmente,  
441 lembrou que a Rede de Informação para a Saúde - RIPSА trabalha com a Oficina Interagencial que delibera  
442 sobre os produtos que deverão ser trabalhados em Comitês Temáticos. Informou que essa 3ª Oficina  
443 recebera subsídios dos Comitês Temáticos de Mortalidade e Natalidade; de Indicadores Básicos de Saúde  
444 e de Compatibilização de Base de Dados. Continuando, apresentou, através de transparências, alguns  
445 aspectos discutidos nessa Oficina: **I - DELIBERAÇÕES: 1º) Novas instituições integrantes da**  
446 **OTI** (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - SBI; Associação Brasileira de Estudos Populacionais  
447 - ABEP e Núcleo de Estudos em Políticas Públicas - NEPP/UNICAMP). **2º) Novas instituições**  
448 **participantes da Rede:** Escola de Saúde do Estado de Minas Gerais - ESMIG; Instituto Universitário  
449 de Pesquisas do Estado do Rio de Janeiro - IUPERJ e Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará -  
450 ESP/CE. **3º) Quanto ao desenvolvimento do Comitê Temático “Mortalidade e Natalidade”:** **a)**  
451 **referendou** as propostas de aperfeiçoamento dos sistemas SIM e SINASC, principalmente, no que se  
452 refere à capacitação de médicos, codificadores e estatísticos, e à emissão eletrônica das Declarações de  
453 Óbitos e Nascimentos. **b) não referendou** a utilização dos dados do SIM e SINASC, no cálculo dos  
454 indicadores demográficos e de mortalidade infantil para o IDB-97. **4º) Sobre o desenvolvimento do Comitê**  
455 **Temático “Indicadores e Dados Básicos - IDB-97”:** **referendou:** **a)** as revisões recomendadas pelo  
456 Comitê para a Matriz de Indicadores Básicos, bem como, a inclusão dos seguintes indicadores: • F2a -  
457 Procedimentos complementares por Internação Hospitalar; • F4a - Porcentagem de Internações  
458 Hospitalares por especialidade; • F4b - Taxa de Óbitos por Internação Hospitalar.; **b)** a definição do Comitê  
459 de que o IDB-97 terá, como referência, dados e indicadores, relativos ao ano de 1996; **c)** o compromisso  
460 assumido pelas instituições responsáveis pelos dados e indicadores básicos, no sentido de disponibilizar até  
461 março de 1998, as informações relativas ao IDB-97; **d)** a não - utilização, para o IDB-97, em face de  
462 dificuldades para sua disponibilidade regular e deficiências de cobertura e consistência, dos seguintes  
463 indicadores: • C9.10 D3.2 D4.6 D4.7; • D5.6 D5.7 D6 D7; • D13 D18 D19; • E6 E7 E8 E10; • F9 F10 e F11.;  
464 **e)** a análise de viabilidade dos indicadores C9.11, D11 e D12 seja feita pelo Comitê Temático “Saúde e  
465 Trabalho; **f)** o DATASUS faça a análise de viabilidade do indicador D9, para o IDB-97; **g)** o indicador C11  
466 seja transferido para o grupo de indicadores de cobertura. **5º) referendou** as decisões da **reunião**  
467 **complementar de subgrupo no IBGE-RIO**, em relação aos indicadores A5, A6, A7, A9, A10 e C2, quais  
468 sejam: **a)** utilização do método de cálculo indireto desses indicadores, a partir dos Censos, PNADs e  
469 projeções do IBGE; **b)** criação de grupo de trabalho para viabilizar sua produção futura a partir do SIM e  
470 SINASC; **c)** utilização do SIM e SINASC na elaboração, em nível municipal, desses indicadores; **d)**  
471 estimativa de subnumeração comparando-se as 2 fontes. **6º) referendou** a **criação de 3 grupos de**  
472 **trabalho**, complementares ao Comitê: **1)** Grupo de revisão crítica e análise de consistência dos dados e  
473 indicadores elaborados para o IDB-97. **2)** Grupo de editoração dos produtos do IDB-97. **3)** Grupo, de  
474 caráter consultivo, encarregado da análise técnica das opções de software para tabulação e disseminação  
475 dos dados e indicadores básicos. **7º) recomendou** que a **Secretaria Técnica da RIPSА** se articule com as  
476 Coordenações Especializadas do MS, responsáveis pela produção de dados e indicadores a serem  
477 disponibilizados para o IDB-97. **8º) A OTI aprovou** a disponibilização do IDB-97, através de 4 produtos: **1)**  
478 **Folder**, apresentando os indicadores de forma agregada, em nível de Brasil, Estados, Distrito Federal e  
479 Regiões Metropolitanas; **2) Publicação**, apresentando os mesmo indicadores de forma desagregada, além  
480 de ficha técnica dos mesmos; **3) CD-ROM**, com toda a base de dados; e **4) Disseminação, Via Internet**,  
481 dos dados e indicadores básicos. **9º) Sobre o desenvolvimento do Comitê Temático “Compatibilização**  
482 **de Sistemas e Bases de Dados”:** **1) Todas as proposições de caráter específico**, destinadas a  
483 aperfeiçoar os sistemas de informação, na área da saúde, foram referendadas pela OTI. Destacou a  
484 importância da identificação das pessoas e das unidades de saúde. **2) Em relação às proposições de**  
485 **caráter geral:** **a)** A OTI aprovou a recomendação de criação de um foro interinstitucional permanente,  
486 denominado **Comissão Intersetorial de Informação em Saúde**. **b)** Essa Comissão, a ser criada  
487 junto ao Conselho Nacional de Saúde, estaria incumbida da definição dos padrões comuns aos diferentes  
488 sistemas de informação e de suas respectivas atualizações. **c)** A definição da política nacional de



489 informação em saúde estaria a cargo da SPSA/MS. **3) Enfatizou a recomendação do Comitê, em**  
 490 **relação ao uso da tecnologia informacional**, para agilizar a transferência de documentos, através da  
 491 INTERNET ou de disquetes. **a)** Considerou-se que o momento atual é estratégico para a **criação do**  
 492 **registro longitudinal dos dados de saúde do indivíduo**, tendo em vista a adoção do número  
 493 único do Registro de Identidade Civil - RIC. **b)** Está prevista para dezembro de 1997 a 1ª reunião do Comitê  
 494 Temático “**Padronização de Registros Clínicos**”. **4)** Serão desenvolvidas ações no sentido de  
 495 compatibilizar o sistema de informações, adotado regionalmente pela OPAS, com as bases de informação  
 496 da RIPSAs, de modo a possibilitar o intercâmbio de informações entre os países. **II - PROGRAMAÇÃO DA**  
 497 **RIPSA PARA 1998: 1)** Elaboração dos produtos do IDB-97 e IDB-98; “**Informe Nacional sobre a**  
 498 **Situação de Saúde e suas Tendências**”, a cargo de um Comitê Temático específico; **2) “Balanço**  
 499 **Retrospectivo a partir dos anos 80”**, a cargo da Faculdade de Saúde Pública da USP; **3)** Criação  
 500 do Comitê Temático “**Morbidade Ambulatorial**”; **4) Aperfeiçoamento do Sistema de**  
 501 **Morbidade Hospitalar**, pela SAS e DATASUS, com o apoio do CBCD/FSP (em andamento); **5)**  
 502 **Aperfeiçoamento do SINAN**, pelo CENEPI e DATASUS (em andamento); **6.** Continuação do trabalho  
 503 desenvolvido pelo Comitê Temático “**Saúde e Trabalho**” (1ª reunião em 4 e 5 de dezembro de 1997);  
 504 **7)** Levantamento e análise da “**Documentação Brasileira sobre Informação em Saúde**”, a  
 505 cargo da ENSP/FIOCRUZ, com prazo final previsto para setembro de 1998; **8)** Desenho de **Programa**  
 506 **de Capacitação Profissional**, a cargo de Comitê Temático específico (1ª reunião em 16/12/97); **9)**  
 507 **Home-Page do Ministério da Saúde**, a cargo do DAAPS/SPSA (em andamento); **10) Sala de**  
 508 **Situação - Sistema de Informação Municipal** - captação e disseminação das experiências  
 509 municipais e definição de um padrão mínimo de home-page (em andamento); **11)** Criação de um Comitê  
 510 Temático para desenvolvimento de **Sistema de Informações em Saúde Geo-referenciado**. **Dr.**  
 511 **Helvécio Bueno** dissertou, também, sobre a reunião do Comitê Temático “**Saúde e Trabalho**”, por ter  
 512 sido uma solicitação do Conselho, abordando os seguintes aspectos: **I - OBJETIVOS: 1)** Análise e  
 513 encaminhamento das questões técnicas e operacionais relativas à consensualização/compatibilização de  
 514 bases, conceitos e metodologias de produção, aplicados à: **a)** notificação de acidentes e doenças do  
 515 trabalho e **b)** informações sobre os riscos para a saúde, derivados dos processos e atividades produtivas. **II**  
 516 **- INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES:** Ministério da Saúde - MS; Organização Pan-Americana da Saúde -  
 517 OPAS; Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS; Ministério do Trabalho - MTb; Fundação  
 518 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; IPEA; DIESAT; Fundação SEADE; Centro de  
 519 Estudos de Saúde do Trabalhador - CESAT/Bahia; Divisão de Saúde do Trabalhador - DST/CVS/Secretaria  
 520 Estadual de Saúde - SP; Coordenação de Saúde do Trabalhador - CST/SES-MG; Organização  
 521 Internacional do Trabalho - OIT. **III - DESENVOLVIMENTO:** Foram apresentadas as bases de dados do  
 522 MS, MTb, MPAS, IBGE e Fundação SEADE, enfatizando-se suas potencialidades e limitações, quanto à  
 523 produção de dados, relativos aos acidentes e doenças do trabalho, e informações sobre os riscos para a  
 524 saúde, derivados dos processos e atividades produtivas. Foram, ainda, analisadas as conclusões e  
 525 recomendações dos Comitês Temáticos “**Morbidade e Mortalidade**” e “**Compatibilização de**  
 526 **Sistemas e Bases de Dados**” e da Oficina Técnica Interagencial - OTI/RIPSA. **IV - CONCLUSÕES E**  
 527 **RECOMENDAÇÕES: 1) Acordou-se** que a metodologia de trabalho para a construção dos indicadores de  
 528 acidentes e doenças do trabalho será a seguinte: **a)** A partir dos dados referentes aos casos de óbito,  
 529 incapacidade permanente e temporária por acidentes de trabalho, registrados, através da CAT, na Massa  
 530 Segurada do INSS/MPAS e, considerando-se o perfil do mercado informal, segundo sua distribuição pelos  
 531 setores de atividade econômica, extrapolam-se os resultados obtidos para toda a População Ocupada -  
 532 PO/IBGE; **b)** Para as estimativas referentes às doenças do trabalho, devem ser verificados os processos de  
 533 concessão de benefícios acidentários do INSS/MPAS. **2)** Foram feitas as seguintes **recomendações** às  
 534 instituições responsáveis pela produção dos dados, necessários à construção dos indicadores de acidentes  
 535 e doenças do trabalho: **a) Todas as instituições:** adotar recomendações do CT “**Compatibilização**  
 536 **de Sistemas e Bases de Dados**”, quanto ao elenco mínimo de atributos de identificação obrigatórios;  
 537 **b) MTb:** incluir número de anos de escolaridade na RAIS; **c) IBGE:** adotar para a PNAD/Setor Informal a  
 538 mesma agregação para ramo de atividade econômica utilizada pela RAIS e CAGED/MTb; **d)**  
 539 **DATAPREV/INSS/MPAS:** considerar obrigatório o preenchimento e digitação dos seguintes campos da  
 540 CAT: CID, Fonte da Lesão e Gravidade do Acidente; **e) CENEPI/MS:** **Todas as bases de dados:** incluir  
 541 as informações sobre quadros compatíveis com acidentes típicos e de trajeto, já adotadas pelo SIH/SUS,  
 542 **mais** informações referentes a quadros compatíveis com doenças relacionadas ao trabalho. **SIM, SIA e**  
 543 **SIH:** incluir campos CID, Fonte da Lesão e Gravidade do Acidente. **3)** Foi **acordado** que a  
 544 DATAPREV/INSS/MPAS trabalhará em regime de colaboração com o CBCD/FSP para aperfeiçoar suas  
 545 bases de dados. **4)** Foi **recomendado** que a DATAPREV/INSS/MPAS, incorpore outras instituições às  
 546 discussões promovidas pelos grupos de trabalho, encarregados de aperfeiçoar o Sistema de Informações  
 547 sobre Acidentes do Trabalho e a CAT, já em funcionamento. **5)** A DATAPREV/INSS/MPAS analisará  
 548 quanto à viabilidade de produção, a partir dos dados da CAT e de outros registros do INSS, os seguintes

549 indicadores: **a)** Incidência Anual de Acidentes do Trabalho Típicos; **b)** Incidência Anual de Acidentes de  
550 Trajeto; **c)** Incidência Anual de Doenças Relacionadas ao Trabalho; **d)** Taxa de Mortalidade por Acidentes  
551 do Trabalho; **e)** Taxa de Letalidade por Acidentes do Trabalho. A próxima reunião está prevista para os dias  
552 10 e 11 de fevereiro de 1998. Após seu pronunciamento, **Dr. Hélvecio Bueno** passou a palavra ao  
553 Conselheiro **Mozart** para que complementasse a apresentação. Conselheiro **Mozart** disse que: **1)** a RIPS  
554 funciona numa ação conjunta de trabalho entre a OPAS e o MS; **2)** a Secretaria Técnica da RIPS é  
555 constituída de 2 (dois) representantes da OPAS e 2 (dois) do MS. A seguir, chamou atenção para os  
556 seguintes aspectos: **1)** a estratégia de rede adotada é uma inovação em termos de prática de  
557 consensualizar posições; **2)** a importância da criação da Comissão Intersetorial de Informação de Saúde,  
558 por ser uma comissão que ficaria ligada ao CNS; **3)** a importância do Comitê Temático Saúde e Trabalho  
559 que passou, por recomendação dos representantes, a ter outro nome “**Saúde, Seguro e Trabalho**” e  
560 também, por ser uma solicitação do CNS. Conselheiro **Mozart** frisou que, posteriormente, retornariam ao  
561 CNS para apresentar a proposta da Comissão Intersetorial de Informação de Saúde, e agradecendo a  
562 atenção de todos, finalizou sua intervenção. Conselheiro **Eurípedes**, coordenador da mesa, disse que por  
563 não haver uma proposta específica, mas apenas uma apresentação, franqueou a palavra aos Conselheiros.  
564 Conselheiro **Mário** parabenizando os expositores, enfatizou ter convicção de que “**informação,**  
565 **comunicação e educação são áreas estratégias para se conseguir viabilizar o SUS,**  
566 **caminhar para a descentralização e o controle social**”. A propósito, lembrou que o Plenário do  
567 CNS, há duas reuniões anteriores, aprovou a criação da Comissão Intersetorial de Comunicação Social e  
568 sugeriu que a Comissão Intersetorial de Informação de Saúde fosse “**compatibilizada**” à Comissão de  
569 Comunicação Social por terem vários aspectos similares. Conselheiro **Eurípedes** cumprimentou os  
570 apresentadores, ressaltando a qualidade do trabalho e sugeriu que constasse em ata a apresentação e a  
571 importância desse Projeto. Conselheiro **Gilson** sugeriu que fosse feita uma moção de apoio ao trabalho que  
572 tem sido desenvolvido. Disse que ficou impressionado com o trabalho, com as propostas e, principalmente,  
573 com a preocupação com a gestão estadual e municipal. Conselheiro **Eurípedes** aceitando a proposta do  
574 Conselheiro **Gilson** de ser feita uma moção, encerrou as participações e retornou a palavra aos  
575 expositores. Falando primeiramente, **Dr. Hélvecio** comentou sobre a sugestão do Conselheiro **Mário**  
576 dizendo que: **1)** as duas Comissões já são compatibilizadas, **2)** o objetivo da Comissão Intersetorial de  
577 Informação de Saúde está relacionado com a questão dos padrões, que serviria muito para a área de  
578 Comunicação Social e **3)** o trabalho das duas comissões já estava integrado. Informou que a RINISA -  
579 Rede Nacional de Informações de Saúde, apresentada anteriormente, já está em fase de assinar os  
580 primeiros convênios dos Projetos Aprovados dos Estados do MA, SP, DF e PR. Lembrou, também, que é  
581 através da RINISA que está se levando aos Estados e Municípios os processos de informatização e de  
582 conectividade da INTERNET. Agradeceu e passou a palavra ao Conselheiro **Mozart** que salientou que  
583 estavam trazendo uma recomendação da Oficina de Trabalho Interagencial para que tivesse um Fórum  
584 específico para estudar a questão dos padrões, no caso, a Comissão Intersetorial de Informações de  
585 Saúde, que é um “**coletor de informações para que a Comissão de Comunicação Social**  
586 **utilize orientando a sociedade**”. Conselheiro **Eurípedes** agradeceu aos expositores e encerrou  
587 esse ponto de pauta. **ITEM 07 - RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SIA E SIH-SUS - Dr.**  
588 **Antônio Werneck** -Secretário de Assistência à Saúde, alertou que a apresentação que faria sobre o  
589 acompanhamento anual da capacidade de gestão era de caráter informativo, lembrando que o trabalho  
590 seria resultado da ação conjunta da SAS e da Secretaria Executiva, envolvendo duas áreas: Coordenação  
591 de Auditoria e Coordenação dos Escritórios Regionais. Ressaltou que o que se pretendia era estabelecer  
592 uma metodologia concreta de avaliação dos níveis de gestão do SUS, ampliando sua observação e análise  
593 de capacidade de gestão, que hoje se estabelece apenas nos sistemas da assistência hospitalar e  
594 ambulatorial e na parte de auditoria e organização do sistema. Observou, ainda, que esse trabalho já vinha  
595 sendo realizado, pela SAS, de forma centralizada, por isso sofrem modificações em sua metodologia.  
596 Nesse sentido, disse: “**Em 1997, nós passamos da assistência hospitalar e ambulatorial e**  
597 **avancamos para que se olhasse a gestão dos sistemas estaduais de saúde, com o**  
598 **objetivo de se obter estas informações, principalmente, dos sistemas ambulatoriais**  
599 **e hospitalares, articulados com a área de auditorias e dos escritórios do Ministério**  
600 **da Saúde**”. Continuou dizendo que foi realizada uma modificação na estratégia de avaliação. A primeira  
601 baseada no diagnóstico de 1997, ressaltando a contribuição do **Dr. Motta** pela avaliação de toda a  
602 produção de 1996, resultando em um relatório, que deu base para se avançar na análise de capacitação de  
603 gestão. Apontou, também, como problemas, as visitas que se realizavam por um órgão só do Ministério da  
604 Saúde em nível central, e estavam centradas na atenção hospitalar. Não havia nesse aspecto um roteiro  
605 estruturado com a capacidade de organização e síntese das supervisões. Esse quadro resultava em  
606 dificuldades nos resultados e consolidações, com relatórios de acesso limitado, circulando apenas no  
607 Ministério da Saúde, o que não proporcionava o retorno às próprias Secretarias de Saúde. Dessa forma,  
608 admitiu que as resultantes dessa avaliação eram mais burocrático-teóricas, sem ensejar medidas  
609 administrativas para fortalecer, identificar necessidades e fragilidades que o sistema, principalmente, a nível

610 estadual, estivesse vivendo. Com isso, justificou que para 1997 fora utilizado um roteiro estruturado e  
611 viabilizado por teleconferência, com treinamento de todo o corpo supervisor dos escritórios regionais do  
612 Ministério da Saúde e com a participação de 600 pessoas. Informou que os roteiros já foram  
613 disponibilizados aos estados, com os resultados de avaliação da capacidade de gestão do sistema, para  
614 que se possa estabelecer atividades que transformem as fragilidades identificadas em uma área com uma  
615 estrutura maior de capacidade do SUS. Com os resultados de 1997, esperava ampliar a abrangência com  
616 as inclusões de assistência ambulatorial e todo o sistema de auditoria e a descentralização do processo de  
617 avaliação, tendo, de uma certa forma, os estados que fazem a mesma avaliação de capacidade de  
618 gestão dos municípios. Acentuou que teria que modificar as atividades de supervisão e retornar aos  
619 gestores estaduais as informações e melhorar a própria metodologia de avaliação. Os resultados básicos  
620 dessa avaliação, assegurou, foram obtidos por perguntas fechadas, algumas com informações diretas  
621 colhidas a nível estadual e outras, com observação teórica em cima de documentos e dados produzidos  
622 pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Fazendo referência ao documento produzido, salientou, que fora  
623 seguida uma seqüência de informações, aonde cada Estado teria referência relativa em percentuais e  
624 números. Citou, como exemplo, o item primeiro que questiona se os municípios habilitados desenvolvem  
625 atribuições da NOB/01-93, indicando que 53% dos estados e municípios, que já tinham atribuições nessa  
626 NOB, cumpriam integralmente essas funções. Explicando a leitura da avaliação, destacou que no item que  
627 se refere ao funcionamento da Secretaria Executiva da Bipartite, tinha o indicador de 73% positivos. Outro  
628 item destacado se referia a aprovação pela Bipartite do Plano de Saúde para 97, aonde somente cerca de  
629 35% o aprovaram. Na seqüência dos indicadores, apontou: a Bipartite que aprovou a programação de  
630 assistência, só 35%; as Comissões Bipartites Regionais que foram implantadas, 42%; os Conselhos  
631 Estaduais de Saúde que aprovaram o Plano Estadual de Saúde, 48%; os Conselhos Estaduais de Saúde  
632 que aprovaram a prestação de contas de 96, até outubro deste ano, só 30%. Esses dados, lembrou, foram  
633 distribuídos a todos e se encontravam disponíveis na Secretaria do Conselho Nacional de Saúde. Dentro da  
634 leitura dos indicadores consolidados apontou dados que avaliam o segundo bloco, o da gestão hospitalar,  
635 citando como um dos exemplos, o percentual favorável de 96% obtidos na programação de internações.  
636 Feitas essas colocações, passou a palavra à técnica **Deildes** para discorrer sobre as questões relativas à  
637 auditoria. **Dra. Deildes**, informou que a outra parte desse trabalho tratava da avaliação da área de auditoria  
638 nas Secretarias Estaduais de Saúde. Para isso, explicou que foram utilizadas perguntas por blocos, tendo o  
639 primeiro bloco se reportado à estrutura administrativa funcional do sistema nacional de auditoria, que  
640 observa a existência de uma área estruturada e com identidade própria no interior da Secretaria de Saúde,  
641 e se possui normas e rotinas estabelecidas de sua parte técnica e de como é feita sua operacionalização e  
642 as ferramentas que são utilizadas para o desenvolvimento desse trabalho. Dentro dessa questão  
643 apresentou os seguintes resultados: 85 % das Secretarias têm uma estrutura formal de controle, avaliação  
644 e auditoria, sendo essas integradas quase em sua totalidade aos núcleos de gerenciamento técnico do SIA  
645 do SIH-SUS e que na realização das auditorias, 77% indicaram que faziam auditorias analíticas. No  
646 segundo bloco, disse que se estabeleceram parâmetros de avaliação, citando como exemplo a supervisão  
647 permanente dos hospitais de alta complexidade com procedimentos específicos tais como: o atendimento  
648 ao recém-nascido na sala de parto, internações de longa permanência, hospitais amigo da criança e  
649 controle sobre a documentação do atendimento e dos prontuários médicos. Adiantou, ainda, que foram  
650 analisados os indicadores de avaliação, de resultado e impacto, e se as auditorias estavam contribuindo  
651 para o processo de programação, de planejamento e replanejamento das Secretarias de Saúde. Apontou  
652 que na consolidação dos dados, se obteve os seguintes resultados: 5 estados responderam que não tinham  
653 auditoria e nem atividades integradas de auditoria; 4 estados responderam que tinham uma estrutura formal  
654 dentro da Secretaria de Saúde com identidade própria e 6 estados responderam que não exerciam nenhum  
655 tipo de atividade de auditoria. Dessa forma, entendeu que apesar de 85% dos estados informarem a  
656 existência formal de controle, avaliação e auditoria, essa atividade confundia-se com o acompanhamento e  
657 análise técnica de controle e avaliação do SIA e SIH, que é um núcleo gerencial e não especificamente de  
658 auditoria, com identidade própria. Observou que a realização das atividades de auditoria e de controle do  
659 SIA e SIH são específicas, o que impõe a necessidade de um corpo técnico próprio e de áreas técnicas  
660 distintas. Ainda com referência ao segundo bloco, informou que a análise apontava que, quanto às normas  
661 para o controle, avaliação e auditoria, 15 estados responderam que existiam normas estaduais,  
662 correspondendo a 55%. Já no bloco de avaliação da rotina e supervisão de auditoria e sobre o corpo de  
663 técnicos e auditores, 11 estados responderam que tinham, 47%, mas com corpo técnico de supervisores e  
664 auditores suficientes, 6 estados, 22%. Avaliou, ainda, o bloco que tratava da atividade e auditoria analítica  
665 versus produtividade, disse que 23 estados (85%) utilizam os relatórios do DATASUS para realizar ações e  
666 auditorias analíticas e 21 estados (77%) realizam ações analíticas. Observou que o que se chamava de  
667 auditoria analítica é o que caracterizava no sistema como ações analíticas, porque o controle analítico, a  
668 auditoria analítica, compreendia atividade de auditoria com a emissão de um relatório enquanto que as  
669 ações analíticas seriam consultas aos relatórios de saída do sistema, de informação ambulatorial e  
670 hospitalar. Dessa forma, 85% dos estados se referiram que utilizavam os relatórios do DATASUS para

671 consulta, embora somente 9 estados tenham se referido a relatórios imprescindíveis para realização de  
672 auditorias analíticas ou ações analíticas. Entendia-se, portanto, que quem não utilizava relatórios do tipo  
673 TAB, tinha dificuldade de realizar auditorias analíticas sem o suporte desses relatórios, e só 9 estados  
674 relataram que utilizavam esses relatórios. Quando se referiam a produtividade, observou, a maioria dos  
675 estados não apresentavam os relatórios padronizados de auditoria analítica operativa e a consulta aos  
676 relatórios do DATASUS eram consideradas auditorias analíticas realizadas, quando, na verdade, se  
677 caracterizavam como ações analíticas. Explicou, ainda, que não havia uma programação para realização de  
678 auditorias analíticas ou operativas, nem uma programação consolidada anual, semestral ou trimestral.  
679 Falando do último bloco, lembrou que foram elencados pontos de avaliação em conjunto com a SAS acerca  
680 de alguns procedimentos especiais na AIH e 74% dos estados relataram que faziam esse controle, mas  
681 observou que na consolidação dos dados se identificou que esse controle não era sistemático, sendo o  
682 diretor clínico do hospital quem autorizava esses procedimentos e não o gestor, como mandava as normas  
683 do SUS; supervisão dos hospitais de alta complexidade, 18% dos estados informaram que a realizam, mas  
684 a verificação do controle dessa supervisão indicou ser deficitária, devido se observar AIHs com custo médio  
685 elevado; controle no atendimento ao recém nascido, 51% relataram que realizavam, mas verificou-se  
686 cobranças em unidades hospitalares que não dispunham de neonatologista e eram incluídos custos de  
687 equipamentos e materiais exigidos de forma incompatível para esse tipo de atendimento; longo  
688 internamento, 51% dos estados relataram que faziam esse controle, mas se apresentaram deficitário já que  
689 grande parte da AIH-5 não tinham suas autorizações de prorrogação feitas pelo gestor estadual como  
690 mandava a norma; hospitais amigo da criança, 33% dos estados informaram que efetuavam esse controle,  
691 mas se apresentaram deficientes já que a verificação ocorrera somente sobre os procedimentos e AIH e  
692 não sobre os critérios técnicos que classificavam o hospital; controle do prontuário médico, 62% dos  
693 estados referiram o controle mas se verificou no exame do controle efetuado deficiências já que o controle  
694 mais freqüente existente era para autorizar AIH mediante a emissão do laudo médico e não sobre o controle  
695 técnico-científico do prontuário e sobre o controle do SIA-SUS; referente ao alto custo, 81% dos estados  
696 informou que realizavam, mas se detectou na verificação dos dados, controle deficitário, pois limitavam-se a  
697 autorização dos procedimentos pelas comissões de alta complexidade e não o acompanhamento das  
698 rotinas que eram estabelecidas para atividade de controle, avaliação e auditoria nos casos de alta  
699 complexidade. **Dra. Deildes** concluiu sua explanação e retornou a palavra ao Secretário de Assistência à  
700 Saúde, **Dr. Antônio Werneck**, que ressaltou a importância do estabelecimento de uma metodologia de  
701 avaliação, e a necessidade quando da nova avaliação do sistema para o próximo ano, se encontrar  
702 alterados os indicadores para melhor. Considerou esse o sentimento da avaliação rotineira e tratou de  
703 apontar a avaliação por notas, estabelecidas por técnicos como metodológicas. Referindo-se ao documento  
704 sobre avaliação, apontou as formas em que foram avaliados os estados e as regiões (Região Norte, a nota  
705 foi 4,1; Região Nordeste, a nota foi 5,8; Região Centro-Oeste, a nota foi 6,8). Assim sendo, a média  
706 nacional deu 6,1, que considerou uma nota relativa, podendo ser exageradamente alta ou exageradamente  
707 baixa, ou verdadeira. Explicou que o processo era uma representação não devendo ser levado para o lado  
708 negativo. A propósito, observou que o caminho era estabelecer determinadas articulações para mudar a  
709 capacitação de gestão, e não o de comparar uma realidade com outra. Lembrou, também, que essa  
710 avaliação era ampla, já que considerava a organização do sistema, nos módulos, nas equipes, na utilização  
711 dos instrumentos de análise do sistema, como forma de verificação de se fazer ou não gestão neste país. A  
712 atribuição de uma nota baixa poderia representar o despertar de uma vontade de centralizar tudo. Em  
713 sendo assim, aumentava o desafio de todos, de buscar os instrumentos para que a descentralização fosse  
714 feita com consciência, com racionalidade, e que se deve, propiciar condições para que as cidades,  
715 coordenadas pelos estados, assumissem esse sistema, vez que o modelo centralizado, não dava  
716 resultados. Finalizou ressaltando se tratar essa questão de mais uma possibilidade de se ampliar e de se  
717 confirmar com segurança a realização, para o próximo ano, de um grande seminário de gestores,  
718 incorporando e envolvendo o aspecto da capacidade de gestão de forma ampla. Conselheiro **Gilson**  
719 **Cantarino**, considerou bastante interessante o trabalho apresentado, por conter instrumentos para o  
720 acompanhamento do processo de gestão, prometendo uma leitura mais atenta do documento e finalizou  
721 parabenizando a iniciativa. Conselheiro **Newton** reiterou as palavras do Conselheiro Gilson e ressaltou o  
722 trabalho do **ex-conselheiro Motta**, que considerou um dos grandes responsáveis pelo trabalho  
723 apresentado. Conselheiro **Eurípedes** buscando contribuir para esse processo, relatou informação obtida  
724 sobre as dificuldades da contratação em um segundo vínculo para médicos, e que não tem sido obtidos por  
725 razões de restrições orçamentárias. Propôs que o CNS se posicionasse sobre a questão, principalmente, na  
726 área de auditoria, priorizando a contratação de médicos, para ajudar a viabilizar o sistema. Solicitou, ainda,  
727 a posição do Secretário de Assistência à Saúde. **Dr Antônio Werneck**, agradeceu a atenção do plenário e  
728 observou que considerava ser este o papel do Ministério da Saúde, que consistia em realizar uma análise  
729 de avaliação do desempenho do sistema como um todo, estabelecendo estas metodologias e outros  
730 instrumentos que as melhorem. Imaginou poder se definir com mais coerência e resultados mais ágeis as  
731 políticas e disse acreditar que seria um instrumento de análise aprofundada até por críticas e sugestões que

o Conselho poderia utilizar. Observou que as metodologias do processo de auditoria, do controle e avaliação daria uma visão mais concreta da realidade. Acreditou ser uma função primordial do Ministério da Saúde a análise do desempenho do sistema. **Dra Deildes** ressaltou que o resultado dessa avaliação representou um estímulo para se buscar e reforçar o processo de implantação e implementação do **SNA**. Adiantou que se vem fazendo um trabalho desde o ano passado, que tem por base três vertentes: **1)** treinamento e capacitação dos técnicos que compõem o sistema a nível estadual e municipal; **2)** Cooperação Técnica e **3)** Programação Integrada. Em relação ao questionamento do Conselheiro **Eurípedes**, disse que não se buscou a contratação de vínculo, mas a dobra da carga horária para os médicos auditores com 40 horas. Agradeceu, finalmente, a ajuda que o CNS pudesse dar, por entender da prioridade da questão e das limitações orçamentárias. **ITEM 08 - IMPLEMENTAÇÃO DA NOB-96 - TABELA SUS - ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA/97 E EXPECTATIVAS/98** - Às 9:37 horas, foi reaberta a reunião, pelo Coordenador da Mesa, Conselheiro **William Saad**, sendo, em seguida, a palavra passada ao **Dr. Álvaro Machado**, para apresentação do tema. Iniciou o apresentador, dizendo de sua satisfação em trazer o relato de toda a negociação e conseqüente, pactuação havida na CIT. Por esse motivo, optou por distribuir o resumo executivo das últimas reuniões realizadas por aquela Comissão, sendo uma no dia 18.11 - ordinária, e a outra, na última terça-feira, dia 02.12 - extraordinária. Submeteu então, à apreciação, discussão e aprovação do Conselho os pontos ali pactuados. Iniciando, afirmou que, na reunião do dia 18.11, o MS apresentou proposta, contemplando a base de toda a discussão havida sobre o tema, até aquela oportunidade, sendo que a mesma serviria de parâmetro para a implantação da NOB/96. Referiu-se o **Dr. Álvaro** a vários pontos dos documentos distribuídos, explicando-os aos Senhores Conselheiros, tendo colocado bastante ênfase no que diz respeito ao redirecionamento do modelo assistencial. Esclareceu ainda, os Conselheiros sobre a destinação de recursos novos para a área da saúde, exemplificando: **Área Ambulatorial**: 8.000,000 de reais; **PSF e PACS**: 211 milhões; **PAB**: 168 milhões; **SVS**: 42 milhões, com uma previsão total de desembolso por parte do MS, da ordem de 19,1 bilhões. Acrescentou, também, o compromisso de descentralizar as Vigilâncias Ambiental e Epidemiológica, não previstas no projeto original de descentralização. Disse que a FUNASA não concluiu a base de cálculos, por isso não houve quantificação dos recursos necessários para tal ação. Relatou, também, sobre a descentralização dos recursos do leite e da farmácia básica, cada um dos programas sendo contemplado com 159 milhões de reais. Após, falou do quadro sintético na página 2 (dois) do documento distribuído, referente à comparação dos recursos do MS. Asseverou que seriam acrescidas, conforme ali explicitado, cerca de 168 milhões, assim como, os recursos dos programas anteriormente citados, também seriam acrescidos aos 19,1 bilhões destinados ao MS. Na página 3 (três) do mesmo documento, referiu-se ao detalhamento da composição de estrutura e financiamento da Assistência Básica. Levantou a questão da sigla PAB, se poderia ser chamada de Piso de Atenção Básica ou Piso de Assistência Básica. Disse que após uma série de reflexões, optou-se por chamá-la de Piso de Atenção Básica, que seria composto de 02 (duas) partes, uma fixa e outra variável. A fixa seria representada por um valor "**per capita**", multiplicado pela população, e transferido diretamente o recurso, ao fundo municipal de saúde. A parte variável seria negociada na CIT. A seguir, discorreu sobre os atendimentos especificados nos documentos distribuídos. Ressaltou que as ações compõem os procedimentos, e que os estudos ora em andamento sobre o assunto, seriam apresentados à CIT, na próxima reunião. Citou alguns incentivos que seriam descentralizados, como: **Farmácia Básica** - 150 milhões; **PACS/PSF** - 201 milhões; **Carências Nutricionais** - 159 milhões e **Vigilância Sanitária** - 49 milhões. Lembrou, também, que, os critérios para habilitação de estados e municípios foram propostos. No caso de Estados, a habilitação seria automática, com prazo para entrega de documentos, de 90 dias. Esta proposta fora recusada pelo CONASS/CONASEMS. Foi, também, proposto cronograma de habilitação, onde municípios com menos de 20.000 habitantes seriam priorizados. O estado acompanharia a habilitação. Ficou decidido que não haveria cronograma, mas que os critérios da NOB/96, deveriam ser obedecidos. Quanto ao redirecionamento do modelo assistencial, falou do compromisso do MS, de republicação da tabela do SIA/SUS e, com referência ao SIH, explicou que as discussões prosseguiriam e, em um prazo de 120 dias, seria apresentada uma proposta para discussão. Fez alusão, também, ao documento sobre Programação Pactuada Integrada, requisito importante para habilitação dos estados, bem como, ao orientador para Elaboração de Planos Estaduais e Municipais de Saúde e Relatório de Gestão. Revelou que os três documentos guardariam estreita consonância entre si. Aproveitou para falar sobre consórcios e o cartão SUS, dizendo do trabalho de padronização que estaria sendo desenvolvido para implantação nos municípios e que brevemente o mesmo seria trazido à apreciação da CIT e do Conselho Nacional. Falou, também, do Índice de Valorização de Resultados, pois a NOB/96 prevê que o valor do incentivo seja financeiro, e de até 2% do valor dos procedimentos, e que estes estudos seriam também apresentados na próxima reunião da CIT. Justificou que haveria novo cadastramento de unidades, estando esse trabalho já em fase de elaboração. Primeiramente, seriam cadastradas todas as Unidades Hospitalares que prestam serviços ao SUS, em segundo lugar, as Unidades Ambulatoriais na mesma situação, e, finalmente, todas as outras restantes. Disse haver, inclusive, proposta de fornecimento de alvará da Vigilância Sanitária somente às instituições cadastradas. Explicou a

793 necessidade de assinatura de novos contratos com os prestadores, em virtude da caducidade daqueles  
794 assinados ao tempo do extinto INAMPS. Lembrou que a descentralização de processamento de AIHs para  
795 os municípios, estava prevista na competência maio/98. Disse, também, que a Comissão do Conselho  
796 Nacional de Saúde vem acompanhando regularmente os trabalhos da CIT. A seguir, apresentou os 12  
797 (doze) itens aprovados pela CIT - página 3 (três) do documento distribuído, tecendo comentários sobre  
798 cada um deles, dizendo, ao final, que foram acrescentados mais 2 (dois) itens, a saber: **1.** que os novos tetos  
799 estaduais seriam discutidos e acordados na CIT e **2.** que os Estados poderiam usar outras planilhas nos  
800 seus cálculos. A Coordenação da Mesa, nesse ponto, passou a palavra ao Conselheiro **Rafael Guerra**, que  
801 preferiu que a mesma fosse passada ao representante do CONASEMS, Conselheiro **Gilson** para debater o  
802 assunto. Conselheiro **Gilson**, então, falou da pactuação que propiciou a proposta ora aprovada. Disse que  
803 o CONASEMS não aprovara a habilitação automática, por considerar perigoso tal critério, uma vez que as  
804 capitais e os municípios, hoje habilitados, seriam ideais para início do processo. Quanto ao cronograma de  
805 habilitação afirmou que priorizar municípios pequenos, pode levar a erro induzido. A criação de critérios  
806 poderia gerar discriminação, atrasando o processo. No que diz respeito ao PAB, falou da introdução de um  
807 novo conceito, com componentes fixo e variável. A universalidade de acesso aos recursos, segundo  
808 observou, melhoraria sua aplicação. A questão, no entanto, enfatizou, não estava fechada. Revelou ter  
809 havido frustração quanto ao valor de 10 reais aprovado para o PAB por achá-lo insuficiente. Lembrou que  
810 chegou-se a um ponto crucial da discussão, ou seja, o que faria com os municípios que estivessem muito  
811 acima desse valor? Declarou que infelizmente, não houve elementos para fixação do PAB máximo, o que  
812 considerou uma derrota, mas entendeu a situação transitória, podendo chegar até 12 reais, manifestando o  
813 MS a possibilidade de elaborar estudos sobre o assunto. Quanto às AIHs, informou que estudos posteriores  
814 seriam efetivados, tomando como base a internação de 8%, com a iniciativa nova de recursos convenientes  
815 seriam repassados fundo a fundo. No que diz respeito à tabela de procedimento, explicou que deveria ser  
816 estabelecido um prazo para discussão, acenando com a perspectiva de reunião extraordinária do Conselho,  
817 para discussão da Tabela e IVR. Levantou uma dúvida sobre a recente aprovação da tabela de órteses e  
818 próteses, em razão de não saber se a aprovação ocorrera na CIT. Por isso perguntou como seria a  
819 agregação. Outro ponto que levantou foi sobre a proposta do MS de redução do valor financeiro de  
820 incentivo ao PSF, com manutenção do valor anterior ao PACS. Finalizou dizendo que: **1.** considerava a  
821 filosofia da NOB/96 preservada, com exceção da conceituação do PAB; **2.** a grande questão do próximo  
822 ano seria a orçamentária; **3.** deveria ser perseguida uma nova política de recursos, por achar 19,100 bilhões  
823 insuficientes; **4.** Recentemente, a OPAS estabeleceu o valor "**per capita**" de 500 dólares americanos,  
824 para investimento em saúde, no Continente Americano; **5.** Reclamava do tratamento dado pelo Governo  
825 Federal, ao Ministério da Saúde, no que tange ao financiamento. Em seguida, o Conselheiro **Saad**  
826 concedeu a palavra aos membros da Comissão, sendo iniciada exposição pelo Conselheiro **Piola**. Este  
827 disse trazendo seu testemunho em relação ao que vira nas três reuniões da Comissão, enfatizou a  
828 retomada do processo de habilitação como o ponto mais importante, até então decidido. Referiu-se,  
829 também, à adoção da estratégia para se iniciar o trabalho com o montante de recursos ora existente, e  
830 continuar na luta pelo aumento dos mesmos. Conselheiro **Eurípedes** dando explicação sobre a camiseta  
831 que usava, disse que era parte da campanha do CFM em favor do parto natural. Aproveitou o ensejo para  
832 conclamar o Conselho a também contribuir com essas campanhas. Quanto à NOB/96, referiu-se à  
833 importância que teve o acompanhamento da discussão da mesma na CIT, por parte de representantes do  
834 Conselho Nacional de Saúde. Falou, também, da contradição que havia, entre a meta de contratação de  
835 40.000 agentes para o PACS/PSF, no próximo ano, e a previsão de demissão de 35.000 servidores não-  
836 estáveis. Observou que os deputados não sentiam firmeza por parte do Ministério da Saúde, no que diz  
837 respeito ao aumento de recursos no orçamento geral da União. Conclamou o CNS a discutir a proposta de  
838 descentralização, referendando o acordo, ressalvados os adendos. Propôs a Comissão de Orçamento do  
839 CNS para viabilização de proposta casada de 22,8 bilhões, para o próximo exercício. Disse que o valor  
840 poderia ser estabelecido "**per capita**", ou de modo absoluto. Conselheira **Zilda** manifestou sua profunda  
841 satisfação pela operacionalização da NOB/96. Solicitou a inclusão no documento do MS da expressão  
842 "**PACS** ou **similares**". Pediu encaminhamento imediato da resolução para homologação. Em seguida, o  
843 Conselheiro **Gilson** disse entender que PAB, que é piso, deveria admitir um teto a ser fixado. **Dr. Álvaro**  
844 explicou que PAB, deveria ser entendido como **PISO DE ATENÇÃO BÁSICA**, cujo valor será utilizado  
845 para custeio das ações básicas, composto por duas partes: **a)** fixa, com valor pré-estabelecido, para  
846 utilização em assistência básica e **b)** variável, composta dos incentivos, ainda em discussão. Justificou que  
847 o MS prioriza os municípios da Comunidade Solidária, para o chamado Programa do Leite. Segundo a  
848 proposta ora em estudos, esses municípios terão prioridade para recebimento dos incentivos. O  
849 Coordenador da Mesa passou, então, a matéria à discussão, havendo seis inscritos. Conselheiro **Artur**  
850 falou que o Conselheiro **Gilson** apontou para questões sérias sobre o posicionamento do Conselho  
851 Nacional de Saúde, que deveria se manifestar através de resoluções. Leu uma proposta de resolução que,  
852 se aprovada, seria, posteriormente, aprimorada. Conselheiro **Gilson** entendeu a preocupação do  
853 Conselheiro **Eurípedes** sobre a Comissão do CNS, que acompanhou os trabalhos da Tripartite. Disse, no

entanto, que estava preocupado com o enfraquecimento daquela Comissão. Cobrou explicações por parte da Tripartite, que deveria enviar informações com fluxo regular estabelecido ao CNS. Conselheiro **Olympio** detectou vários tipos de procedimentos no documento e chegou à conclusão de que, ficava a impressão de que só com a implantação do PAB, a doença no Brasil iria ser reduzida drasticamente. Explicou que, primeiramente reduziria o percentual de internações no Brasil. Em segundo lugar, tratou-se das internações, como se o abono de 25% não fosse recomposição de valores, como realmente o é, o que, segundo a proposta, seria feito somente a partir de maio vindouro. A partir da redução de 8% também seria feita uma economia para ser incorporada ao PAB. Falou ainda, que na avaliação do Ministério, parecia que todos os valores de internação estariam suficientemente ajustados à realidade nacional, inclusive, com alguns procedimentos podendo ser reduzidos na remuneração, ou no teto de internação. Levantou questões dessa natureza e outras como achar que a consulta por internação a 4,00 reais seria muito pouco, bem como, 2,50 reais a consulta de ambulatório e 47,00 reais a do parto. Questionou, também, a respeito dos cortes que seriam possíveis de acontecer. Segundo sua percepção, num futuro bem próximo, o caos total se instalará na saúde do país advindo daí problemas sérios. A propósito, sugeriu que a diminuição de internações fossem feitas pelo gestor do SUS antes do doente chegar à porta do hospital e que não se deveria usar as prerrogativas da Portaria nº 54, a qual chamou de 171 - fazendo alusão ao Código Penal. Para finalizar, reforçou que a previsão de atendimento a menor, fosse previamente determinada e não após o tratamento efetivo, como vem sendo feito hoje, pois fazer economia de dinheiro à custa do não pagamento do prestador, tenderia a desmoralizar ainda mais o sistema. Antes de passar a palavra ao Conselheiro **Carlyle**, a mesa concordou que o Conselheiro **Gilson** e o **Dr. Álvaro** fizessem alguns esclarecimentos. Conselheiro **Gilson** disse que não houve a redução da internação hospitalar, de 9 (nove) para 8 (oito). Esclareceu que essa questão ficara como indicativo de estudo para o próximo ano. Conselheiro **Olympio** reafirmou a deliberação e o conhecimento desse assunto. Conselheiro **Carlyle** interveio em socorro ao Conselheiro **Olympio**, que admitiu rever sua colocação, desde que constasse em ata a necessidade de os gestores atuar, em caso de possível redução dos valores. Revelando que no mês de setembro, por conta da portaria citada, foram retiradas de pagamento 54.000 AIHs, solicitou a revogação da portaria. Citou Minas Gerais, que este mês extrapolara o teto pré-fixado, e teria 10% de cortes em seus pagamentos. Segundo o Conselheiro seria essa a razão para os HU estarem estourados, os públicos super-lotados, os filantrópicos e os privados falidos. Conselheiro **Carlyle** usou da palavra, manifestando sua alegria pelos acordos possíveis, de serem realizados e representando um passo significativo em direção à mudança do modelo assistencial do país, estando o CNS exercendo seu papel de definidor ou validador de políticas para a orientação do sistema. Em seu pronunciamento fez três perguntas e sete comentários, assim explicitados. Perguntas: **1.** Deixar em aberto, como no item 04, “**de acordo com as disponibilidades**”, não seria muito vago? Preferir o estabelecimento de um programa, com ajustes de curso, no decorrer da execução. **2.** As decisões que caem no âmbito das atribuições do CNS, viriam a plenário, como por exemplo, itens 05, 08, 09 e o adicional 01? **3.** Apesar das transferências fixas ou variáveis, fundo a fundo, o MS continuaria a distribuir recursos reais, como no caso de vacinas, para execução do Programa Nacional de Imunizações?; Comentários: **1.** Achou adequado a CIT aplicar os critérios da NOB/96, sem penalizar os que se habilitarem por último, tendo em vista a disponibilidade financeira; **2.** Sugeriu revisão de todos os procedimentos, quer ambulatoriais ou hospitalares; **3.** Sem revisar os que já recebem mais de 10 reais, não haveria aumento de transferência, enquanto que os que já recebem mais de 18 reais, deveriam ser analisados caso a caso; **4.** Julgou boa a inovação conceitual do PAB, acreditando que os estímulos, deveriam ser aumentados; **5.** Saliu que o contingenciamento/97 ainda estaria sendo discutido, e sugeriu que houvesse preocupação com o próximo exercício (o MS gastaria 18 bilhões no atual exercício. Até novembro/97, gastou-se 15,700 bilhões. O problema seria o possível contingenciamento para 1988); **6.** As relações entre a CIT e o CNS mereciam um maior cuidado por parte do CNS, especialmente, pela falta de informações regulares daquela para este; **7.** Sobre incentivos por resultados, disse aprovar o documento distribuído e não ser fácil escolher entre resultados finais do sistema e de processos, os indicadores que expressem qual a melhor caminhada para os objetivos do sistema. Nesse sentido, enfatizou não haver relação explícita dos indicadores selecionados com os objetivos. Continuou, fazendo duas sugestões, **1ª)** Vacinas e percentagem de orçamento, que não devem admitir graduação. Gratifica-se ou remunera-se quem atingiu a meta, rigidamente; **2ª)** Desenvolvimento de um sistema de informações e pesquisas complementares, disse estar de acordo, mas referiu à Capacitação de Recursos Humanos como indispensável ao desenvolvimento do projeto. Por isso, propôs a educação continuada. **Dr. Álvaro**, em intervenção, revelou que o MS trabalha com a perspectiva de não haver contingenciamento financeiro do orçamento/98. Falou que no início do ano terão reunião com as CIBs e naquele instante poderão ter uma avaliação programática quanto as habilitações de estados e municípios. Manifestou, também, o compromisso da CIT de submeter ao CNS todas as suas decisões, em decorrência, leu parte da ata da última reunião da CIT, onde esse assunto fora abordado pelo Conselheiro **Gilson**. Em referência a transferência de outros recursos, questionado pelo Conselheiro **Carlyle**, concordou que o raciocínio trilhado, estava correto. Haveria, segundo **Dr. Álvaro**, transferências outras, quer materiais, ou

915 através de convênios. A propósito, enfatizou que, em uma próxima oportunidade apresentaria ao Conselho  
916 o montante global de recursos transferidos a estados e municípios, incluídos aí os gastos com pessoal.  
917 Referindo-se à parte fixa do PAB, em não ter aumentos, disse que, ao contrário, por conta dos incentivos,  
918 poderá aquele valor ser aumentado. Trouxe, também, uma análise dos municípios que têm PAB de mais de  
919 18 reais, através da projeção de uma tabela. Conselheiro **Carlyle** expressou toda sua disposição na  
920 manutenção de relação harmônica entre o CNS e a CIT, mas insistiu na manutenção do compromisso de  
921 repasse de informações. Pediu que o CNS se abstivesse de deliberar sobre matérias antes da CIT, quando  
922 as mesmas forem de competência precípua desta. Conselheiro **Artur** insistiu na tese da pactuação.  
923 Conselheiro **Omilton** verificou que as farmácias básicas atenderão 35 milhões de habitantes nos pequenos  
924 municípios e perguntou aos Conselheiros **Gilson** e **Guerra**, como pretendiam atender o contingente de  
925 cerca de 70 milhões dos excluídos do programa, e que recursos estariam disponíveis para isso. Conselheiro  
926 **Gilson** respondeu que havia um desejo de acesso universal, mas que isso dependia de estudos por parte  
927 da Tripartite. Conselheiro **Omilton** inferiu, então, que o contingente referido de 70 milhões, no próximo ano,  
928 não receberia, pelo menos, a farmácia básica, o que foi confirmado pelo Conselheiro **Gilson**. Conselheira  
929 **Cláudia** disse preferir esperar pelo pronunciamento do **Dr. Werneck**. Conselheira **Zilda** expressou que a  
930 postura do **Dr. Álvaro** fora importante na condução das negociações. Questionou sobre a possibilidade de  
931 participar como observadora das reuniões da CIT. O Coordenador da Mesa, Conselheiro **Saad**, manifestou-  
932 se no sentido de dizer que em um mês fora possível o entendimento na CIT, com documento já elaborado,  
933 representando grande avanço no campo da negociação. Conselheiro **Eurípedes** pronunciou-se favorável à  
934 análise da proposta que estava sendo elaborada pelo Conselheiro **Artur**. Conselheiro **Artur** referiu-se,  
935 também, a moção em fase de elaboração. Conselheiro **Gilson** preferiu aguardar manifestação do Conselho  
936 sobre o documento que estava sendo elaborado, para somente depois se manifestar. Pediu que o  
937 Conselheiro **Artur** lesse sua proposta. Conselheiro **Gilson**, após lida a proposta do Conselheiro **Artur**,  
938 sugeriu a inclusão da proposta apresentada pela CIT. **Dr. Álvaro** propôs a retirada dos valores 10/12 reais.  
939 Pediu, também, ao Conselheiro **Artur** para reler a proposta. O Conselheiro respondeu que após examinada,  
940 haveria melhora na redação e na disposição dos considerandos. Houve neste ponto, por parte do  
941 Conselheiro **Gilson**, um pedido de votação em separado do item referente à Comissão. Colocada em  
942 votação a proposta, ressalvado o destaque, foi a mesma aprovada por unanimidade. A seguir, a mesa  
943 colocou em discussão o destaque. **Dr. Nelson**, Coordenador Geral do CNS, colocou-se à disposição para  
944 servir como elo de ligação entre o Conselho e a CIT, no item referente ao repasse de informações. O  
945 Conselheiro **Gilson** sugeriu a aprovação de uma resolução ou de outro mecanismo que determinasse o  
946 fluxo regular de informações da CIT para o CNS. Aventou que os Conselheiros **Eurípedes** e **Artur**  
947 retirassem as respectivas propostas. **Dr. Álvaro** propôs que na próxima reunião da CIT, a ser realizada em  
948 16.12.97, colocaria em pauta o item referente aos mecanismos de fluxo de informações. O Conselheiro  
949 **Eurípedes** reafirmou sua preocupação quanto ao papel do CNS. A Conselheira **Zilda** observou que a CIT é  
950 de fundamental importância para o processo de gestão. Lembrou que o CNS não deveria interferir naquela  
951 Comissão. Disse que, ao solicitar participação pessoal nas reuniões da CIT, o faria apenas como  
952 observadora, sem interferir na mesma, pois como membro do CNS, não deveria emitir opinião sobre  
953 gestão, mas tão somente sobre políticas de saúde. O Conselheiro **Gilson** reafirmou que a resolução  
954 ratificaria a proposta. A mesa colocou ao plenário que, estando todos de acordo, os Conselheiros **Gilson** e  
955 **Artur**, redigiram o conteúdo aprovado para a resolução, o que veio a ocorrer. Finalmente, o **Dr. Álvaro**  
956 agradeceu aos membros do Conselho, tendo em vista a relevância dos assuntos deliberados naquela  
957 reunião. **ITEM 09 - TERAPIA GÊNICA - Apresentação Dra. Leila Macedo Oda - CTNBio.** A Dra. **Leila**  
958 **Oda**, representante do Ministério da Saúde na Comissão Técnica Nacional de Biossegurança e presidente  
959 da sua Comissão Setorial da Saúde, iniciou sua apresentação pelos aspectos que têm interface com o  
960 CNS, a começar com a Lei 8974, de 05/01/95, que estabelece normas para o trabalho seguro com  
961 engenharia genética e liberação de organismos geneticamente modificados no ambiente, portanto, trata da  
962 biossegurança em relação a esses aspectos. Esta lei criou também a CTNBio junto à Presidência da  
963 República. Destacou do Artigo 1º: “... visando proteger a vida e a saúde do homem....”,  
964 portanto, com interface com o Ministério da Saúde e o CNS; o Artigo 2º que refere que a pesquisa científica  
965 com OGM está no âmbito desta lei, inclusive com as sanções previstas, enfatizando a interface com a  
966 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP do CNS; e o Artigo 4º que define o que é OGM:  
967 organismo cujo material genético (ADN/ARN) tenha sido modificado por qualquer técnica de engenharia  
968 genética. Destacou ainda o Artigo 8º, que estabelece o que é proibido, incluindo a manipulação genética de  
969 células germinais humanas, a intervenção em material genético humano “in vivo” (células somáticas),  
970 exceto, para o tratamento de defeitos genéticos, respeitando-se os princípios éticos e com aprovação da  
971 CTNBio (referiu que a regulamentação posterior também prevê o atendimento das normas do CNS, ou  
972 seja, da Res. 196/96.) e a produção, armazenamento ou manipulação de embriões humanos destinados a  
973 servir como material biológico disponível. Citou, ainda, o Artigo 13º que estabelece estes procedimentos  
974 como crimes e as respectivas penalidades. Apresentou, então, o Decreto 1752 de 20/12/95, que  
975 regulamenta a Lei e estabelece no Artigo 2º, como competência da CTNBio, a proposição do Código de



976 Ética das Manipulações Genéticas, tendo explicado ainda a composição da CTNBio, contemplada no Cap  
977 III, ou seja, oito especialistas de notório saber, sendo dois da área humana, dois da área animal, dois da  
978 área vegetal e dois da área ambiental, um representante de cada um dos seguintes Ministérios: da Ciência  
979 e Tecnologia, da Saúde, do Meio Ambiente, da Agricultura, da Educação e das Relações Exteriores, um  
980 representante de órgão de defesa do consumidor, um de associações do setor empresarial e um de órgão  
981 de proteção à saúde do trabalhador. A seguir, a apresentadora pinçou, também, situações de interface da  
982 Res. CNS 196/96, entre elas: o caput que refere a toda pesquisa envolvendo seres humanos, o Cap III -  
983 aspectos éticos, que refere que toda pesquisa envolvendo seres humanos deve atender aos requisitos  
984 éticos e científicos fundamentais, o Cap VII que diz que ela só poderá ter início após aprovação no Comitê  
985 de Ética em Pesquisa - CEP- da instituição e, ainda, o Cap VIII, definindo a biossegurança e a genética  
986 humana como áreas temáticas especiais, e, portanto, devendo ter aprovação, também, na CONEP.  
987 Concluiu, então, que se a pesquisa for de engenharia genética ela deverá passar por duas instâncias  
988 aprovatórias: CEP/CONEP e CTNBio. Ressaltou que a área de genética humana tem interface com a  
989 CTNBio somente no aspecto da engenharia genética. Passou então a apresentar a Instrução Normativa nº  
990 9 da CTNBio, de 16/10/97, que dispõe sobre as exigências da CTNBio para os projetos de intervenção ou  
991 manipulação genética em seres humanos, ressaltando o enfoque de biossegurança, não cabendo a ela a  
992 análise de aspectos éticos, o que compete ao CNS/CONEP. Em seu preâmbulo, a instrução contempla a  
993 referência à Res. 196, explicitando que só serão examinadas propostas que satisfizerem todas as  
994 exigências da Res. 196/96 e que apenas serão consideradas as manipulações de células somáticas,  
995 reforçando a proibição de manipulação de células germinais. Desta forma, todas as propostas de  
996 manipulação genética devem ser analisadas pela CTNBio, caso a caso, não se admitindo aprovação ou  
997 autorização por similaridade. Explicou, então, a análise do ponto de vista da biossegurança, abrangendo em  
998 primeiro lugar, a questão do risco, seja risco de transmissão horizontal da seqüência transferida ou do vetor  
999 para outras pessoas com quem o paciente tenha contacto, ou risco de transmissão vertical das  
1000 modificações, por problema do experimento, às células germinativas. Como a Lei só permite a manipulação  
1001 genética em caso de defeitos genéticos, estes são definidos como aqueles herdados ou adquiridos durante  
1002 a vida e que causam problemas à saúde humana. A Instrução define, também, terapia gênica somática ou  
1003 transferência gênica para células somáticas como aquela que visa a introdução de material genético em  
1004 células somáticas por técnicas artificiais, com a finalidade de corrigir defeitos genéticos ou estimular  
1005 respostas imunes contra a expressão de defeitos genéticos, ou para prevenir sua ocorrência. Esclareceu  
1006 que são técnicas usadas mais comumente em casos de câncer, através da retirada de células, manipulação  
1007 genética e reintrodução no organismo humano, provocando a destruição das células cancerosas. Em  
1008 pesquisas de AIDS também se aplica, com a introdução de determinada seqüência no organismo, que vai  
1009 promover uma resposta imune e liquidar a infecção. A Instrução, também, abrange as exigências e quesitos  
1010 específicos para as propostas de manipulação genética, incluindo a explicitação da necessidade do  
1011 experimento, se existe terapia alternativa, os tipos de seqüências, os métodos, os estudos pré-clínicos, os  
1012 procedimentos clínicos, considerações de saúde pública (transmissão horizontal e vertical), a qualificação  
1013 dos pesquisadores e adequação de facilidades clínicas e laboratoriais, visando a condutas absolutamente  
1014 seguras, e critérios de seleção de pacientes. A Dra. **Leila** passou, então, às conclusões e recomendações,  
1015 explicitando que a CTNBio havia tomado posse em junho de 1996, tendo sido os primeiros 6 a 7 meses  
1016 dedicados ao trabalho de regulamentação e **“modus operandi”** da Comissão e estabelecimento de  
1017 comissões especiais. Somente neste ano tem se preocupado com a avaliação das pesquisas e logo se  
1018 estabeleceu a necessidade de interface com a CONEP/CNS, recomendando-se um trabalho conjunto  
1019 quanto a: **1.** estabelecimento de fluxo de informações e rotinas para análise de projetos de manipulação  
1020 genética em seres humanos, e **2.** preparação do Código de Ética para Manipulações Genéticas. O  
1021 Conselheiro **Saad**, presidente da mesa, agradeceu a presença da **Dra. Leila Oda** e o Conselheiro **Newton**  
1022 **Leite**, membro do CNS e da CTNBio, ressaltou a importância do assunto da terapia gênica, que  
1023 estabelecerá uma nova era na medicina, dizendo ser um trabalho pioneiro no Brasil e, também, a nível  
1024 mundial. Conselheiro **Gilson** elogiou a apresentação didática e solicitou informações quanto à composição  
1025 e formas de trabalho da CTNBio. A **Dra. Leila** explicou ser a Comissão ligada ao MCT e citou a lista de  
1026 constituintes. O presidente é escolhido através de lista tríplice, votada na primeira reunião, e enviada ao  
1027 MCT que faz a designação. São 22 membros, que se reúnem mensalmente, existindo ainda comissões  
1028 setoriais, presididas pelo representante do referido ministério, como é o caso da saúde. Os projetos são  
1029 submetidos, primeiramente, à Comissão Setorial e depois levados ao plenário. Conselheiro **Newton Leite**  
1030 acrescentou serem dois dias de reunião a cada mês, sendo a reunião setorial no dia anterior. Conselheiro  
1031 **Francisco Bezerra**, do Ministério da Agricultura, ressaltou que os benefícios da manipulação genética são  
1032 marcantes, exemplificando com a soja introduzida recentemente. Perguntou se já existem pesquisas de  
1033 terapia gênica em ser humano em andamento no Brasil ou pesquisas de manipulação genética profiláticas.  
1034 **Dra. Leila** respondeu que oficialmente não tem conhecimento de terapia gênica em seres humanos, mesmo  
1035 por ser a norma recente, de outubro/97, mas de toda forma acredita não termos ainda realmente tais  
1036 pesquisas no país, sendo essa uma técnica avançada mesmo no exterior. Concluiu dizendo que a CTNBio

1037 não recebeu nenhuma solicitação de trabalho de terapia gênica em seres humanos, mas que nos primeiros  
 1038 5 a 10 anos do próximo milênio ela se tornará prática habitual da medicina, até para tratamento de fraturas  
 1039 ósseas, AIDS, etc, tanto na medicina curativa como na preventiva, com ênfase nessa última, como  
 1040 acreditam os países mais desenvolvidos. Atualmente, as pesquisas ainda estão em fase de experimentos  
 1041 laboratoriais e em animais. Conselheiro **Saad** explanou que a CONEP está em entendimento com a  
 1042 CTNBio, tendo sido convidada a **Dra. Leila** para participar de seu grupo de biossegurança, esperando,  
 1043 então incrementação dos estudos para a elaboração das normas éticas dessa área temática. **Dra. Leila**  
 1044 finalizou dizendo ser esse o primeiro passo para estreitar os laços entre a CTNBio e o CNS, o que  
 1045 contribuirá para o avanço ético da ciência. **ITEM 10 - FARMÁCIA BÁSICA** - Transferido para a reunião de  
 1046 fevereiro de 1998. **QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS** - O **Prof. Elias Jorge** apresentou o Relatório abaixo  
 1047 transcrito que foi aprovado, por unanimidade pelo Plenário. **RELATÓRIO DA REUNIÃO DA COMISSÃO**  
 1048 **DE ACOMPANHAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO CNS (Reunião do dia 02/12/97) - Presentes:** Prof.  
 1049 Elias A. Jorge - Coordenador, Dr. Carlyle Guerra de Macedo - Subcoordenador, Carlos Lisboa - CONASS,  
 1050 Sérgio Piola - MPO, Elizabete Vieira Matheus - CUT, Clair Castilhos - Sociedade Civil, Olympio Távora -  
 1051 CNC e Albaneide Peixinho - Profissionais de Saúde. Justificaram a ausência Gilson Carvalho - CONASEMS  
 1052 e Omilton Visconde - CNI. **Pauta:** I - Informes. II - Execução Orçamentária e Financeira/97 ( MS -  
 1053 Seguridade Social - O.G.U). III - Horizonte Orçamentário 1998. IV - Avaliação das Atividades da Comissão  
 1054 em 1997, Planejamento de 1998. V - Encaminhamentos e Sugestões ao Plenário. **RESUMO DAS**  
 1055 **DISCUSSÕES - I - QUANTO A INFORMES:** Foram relacionadas cerca de 10 das principais atividades  
 1056 da Comissão e/ou da Coordenação desenvolvidas em outubro/novembro de 1997 e cerca de 10 das  
 1057 principais atividades previstas para dezembro de 1997 e janeiro de 1998. **Participação e/ou**  
 1058 **apresentação, em outubro - novembro de 1997, dos trabalhos desenvolvidos pela**  
 1059 **Comissão nos seguintes eventos, entre outros. 1** - Audiência Pública na Comissão de  
 1060 Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. **2** - Conferências Estaduais de Assistência Social  
 1061 de Minas Gerais e Paraná. **3** - Conferência Estadual de Saúde do Paraná, com Mini-curso. **4** - Plenária  
 1062 Estadual de Conselhos de Minas Gerais. **5** - Reuniões da Câmara Técnica de Orçamento e do Plenário do  
 1063 CES-MG, para apresentação da POPS. **6** - Reuniões da Coordenação da POPS, com ENSP-FIOCRUZ,  
 1064 DATASUS e PFDC. **7** - Reuniões com UNICEF e CNAS sobre Acompanhamento Orçamentário. **8** -  
 1065 Reuniões do CNSS, Plenárias, da Comissão de Acompanhamento Orçamentário e do Grupo de Trabalho  
 1066 sobre Perdas dos Benefícios (na concessão e na manutenção). **9** - Reuniões com Gestores Estaduais,  
 1067 Municipais e Comissões Intersetoriais do CNS sobre o quadro orçamentário. **10** - Reuniões com  
 1068 Parlamentares sobre a Questão Orçamentária 97/98 e sobre o Financiamento do Setor - PEC 169. **Estão**  
 1069 **previstas entre outras as seguintes atividades: 1** - Reunião Plenária do CNSS em 05/12/97. **2**  
 1070 - Reuniões de Acompanhamento Orçamentário e do Grupo de Trabalho sobre Perdas dos Benefícios do  
 1071 CNSS. **3** - Reuniões com UNICEF e CNAS sobre acompanhamento Orçamentário da Assistência Social. **4** -  
 1072 Acompanhamento da 2ª Conferência Nacional de Assistência Social. **5** - Reuniões da Coordenação da  
 1073 POPS para planejamento das atividades de 1998. **6** - Reunião com Secretaria Executiva do MS para  
 1074 apresentar e discutir a POPS. **7** - Reuniões com a Coordenação da Conferência Nacional de Saúde-ON  
 1075 LINE para estruturar a disseminação dos trabalhos da Comissão. **8** - Reunião de Trabalho com a Direção  
 1076 do Canal Saúde para desenvolver vídeo-didático sobre Orçamentos Públicos e Controle Social. **9** - Reunião  
 1077 com o Departamento de Ciências Sociais - DCS, da ENSP-FIOCRUZ para desenvolvimento de atividades  
 1078 de pesquisa. **10** - Elaboração de Relatório com retrospectiva e consolidação das deliberações do CNS  
 1079 sobre a questão orçamentária (92-97). **II - QUANTO A 1997:** Foram confirmadas as piores previsões  
 1080 relativas a Execução Orçamentária e Financeira do MS, com mais de 20 Itens ou Programas com **saldo**  
 1081 orçamentário **superior a 40%** e com Execução Financeira (**liquidado**) **inferior a 40%,**  
 1082 **decorridos 11 meses do ano.** Na maioria dos casos, os dois graves problemas ocorrem  
 1083 simultaneamente. Caso a CPMF estivesse sendo utilizada com o pressuposto para o qual foi criada,  
 1084 FONTE ADICIONAL DE RECURSOS, a Execução Orçamentária e Financeira do MS seria superior a 21  
 1085 Bilhões em 1997. **Em relação ao Orçamento da Seguridade Social e ao Orçamento Geral**  
 1086 **da União - O.G.U.,** verificou-se que a participação percentual do Programa Saúde e do Programa  
 1087 Assistência tem declinado, quando se analisa a DOTAÇÃO, e fica pior quando se analisa a EXECUÇÃO. O  
 1088 quadro seria totalmente diferente, caso se observasse, com rigor, princípio constitucional do uso das Fontes  
 1089 Específicas da Seguridade Social (Contribuições Sociais) apenas na Seguridade Social. Entretanto, isso  
 1090 não ocorre porque existe uma crise na ARRECADAÇÃO TRIBUTÁRIA (IMPOSTOS E TAXAS) cuja Receita  
 1091 Líquida **crece** mas não cobre o crescimento dos dispêndios com Encargos Financeiros da União - E.F.U.  
 1092 Por outro lado, a RECEITA DE CONTRIBUIÇÕES, cuja maior parte é da Seguridade Social tem  
 1093 crescimento expressivo em valores nominais e **em valores reais.** **III - QUANTO A 1998:** A principal  
 1094 preocupação é relativa ao crescimento da demanda para juros e Encargos da Dívida que deve absorver  
 1095 todo o esforço arrecadatório do Pacote Econômico (51) em tramitação no Congresso. Como a despesa com  
 1096 Encargos Financeiros da União tem tido prioridade absoluta, isto tende a gerar dificuldades gerais na  
 1097 Execução Orçamentária e Financeira das demais despesas. Além disso, o Decreto 2.401 de 21.11.97,

1098 determina o **cancelamento de empenhos não liquidados até 31.12.97** para **re-empenho**  
 1099 **(sic)** a conta do Orçamento de 1998. No Ministério da Saúde esta prática já penalizou o Orçamento de  
 1100 1997 em mais de 500 milhões de reais (RE-EMPENHOS DE 1996). Do orçamento original de 20,4 Bilhões  
 1101 não será executado mais de 18 Bilhões em 1997. **Quanto ficará para “re-empenho” em 1998,**  
 1102 **ainda é uma incógnita.** Caso se mantenha, o que é a mais provável, o Orçamento 98 em 19,1 Bilhões  
 1103 haverá uma penalização **adicional** (além dos cortes em relação a proposta do CNS - 3,7 Bilhões e da  
 1104 LDO - 1,3 Bilhão) com o cancelamento dos Empenhos de 1997 não liquidados até 31.12.97. A despesa com  
 1105 juros para 1998 que estava prevista, inicialmente, em 37,2 Bilhões de reais (**o dobro** do Orçamento da  
 1106 Saúde) esta sendo re-estimada, após a Crise das Bolsas e do Real para 55 Bilhões de reais (**o triplo** do  
 1107 Orçamento da Saúde). **IV - QUANTO À AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES 1997 E**  
 1108 **PLANEJAMENTO 1998:** A Comissão considera que cumpriu o Plano de Trabalho previsto na Resolução  
 1109 do CNS nº 213 de 06.02.97. Entende que devem ser mantidas em 1998 as atuais atividades da  
 1110 Coordenação e da Comissão e que as incorporações e ajustes devam ser formalizados na Reunião  
 1111 Ordinária de fevereiro de 1998. **V - SUGESTÕES E ENCAMINHAMENTOS AO PLENÁRIO:** A  
 1112 Comissão encaminha ao Plenário as seguintes sugestões: **1 -** Resolução aprovando o conjunto de  
 1113 atividades da Comissão e/ou da Coordenação desenvolvidas em 1997, mantendo a atual composição,  
 1114 coordenação, estrutura, dinâmica de funcionamento e continuidade das atividades já desenvolvidas. As  
 1115 alterações no plano de Trabalho para 98 com incorporação de novas atividades que deverão ser discutidas  
 1116 e objeto de deliberação do Plenário na R.O. de 04 e 05 de fevereiro de 1998. **2 -** Resolução requisitando à  
 1117 Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, elaboração de documento com explicações relativas ao  
 1118 desempenho da Execução Orçamentária e Financeira de 1997 do MS como um todo e, particularmente,  
 1119 dos Programas e Itens Orçamentários com elevado saldo Orçamentário e baixa Execução Financeira,  
 1120 destacando os efeitos no Orçamento 98 e o significado em relação à saúde da população. O documento  
 1121 deverá ser encaminhado ao CNS, até 31 de janeiro de 1997, para análise na 73ª RO. **3 -** Resolução  
 1122 recomendando especial atenção em relação ao Decreto nº 2.401 e reiterando a real possibilidade de  
 1123 descontingenciar o orçamento 97, uma vez que a receita da CPMF deverá superar a casa dos 7 Bilhões de  
 1124 Reais (1,4 Bilhão de Reais acima da previsão inicial). **4 -** Que o presente relatório seja aprovado pelo  
 1125 Plenário e que o mesmo, bem como, o Material de Apoio passem a integrar a Ata dessa 72ª RO como  
 1126 anexos. **IV - QUANTO AO MATERIAL DE APOIO:** Foram selecionados 03 grupos de documentos e  
 1127 planilhas. **1º Grupo:** Sobre Execução Orçamentária e Financeira do **Ministério da Saúde** 96  
 1128 (executado) e 97 (em execução), comparativo 96/97, Decreto de Contingenciamento e Limites de  
 1129 Empenho/97 Receitas Federais Arrecadadas (pela Secretaria da Receita Federal) até 31.10.97 e Receita da  
 1130 CPMF - nov./97. (pág. 1 a 9). **2º Grupo:** Sobre a Execução Orçamentária da União e da Seguridade  
 1131 Social - até 31.10.97 (pág. 10 a 34) foram destacados: • O **“Orçamento Virtual”** (inclui 208 Bilhões de  
 1132 Rolagem da Dívida e Transferências Intragovernamentais). • **“Orçamento Real”**, sem rolagem e sem  
 1133 transferência Intragovernamentais. • Os Demonstrativos de Execução das Despesas: - Por Órgão; - Por  
 1134 Unidade Orçamentária; - Por Função; - Por Programa/Seguridade Social; - Por Subprograma/Seguridade  
 1135 Social; - Por Fonte de Recursos. • Do Fundo de Estabilização Fiscal - FEF: - De Pessoal; - Com Ensino  
 1136 (vinculação constitucional Art. 212). • Receitas Tributária, de Contribuições e da CPMF. • Despesas da  
 1137 CPMF. • Despesas do **“Brasil em Ação”**. **3º Grupo:** Sobre atividades da Comissão, Plano de Trabalho  
 1138 de 1997 (Resolução 213), Sugestões de Novas Atividades e Análises (Dr. Gilson Carvalho - CONASEMS) e  
 1139 Situação Exemplar e Emblemática da POPS. (Pág. 35 a 43). Não foram agregadas as planilhas do SIVIRE  
 1140 (DE 1.01.95 a 31.10.97), mas estão disponíveis e apontam para uma Receita (SRF + INSS) em torno de  
 1141 150 Bilhões de Dólares em 1997, quase o triplo da de 1992, quando iniciamos o acompanhamento das  
 1142 Receitas com Conversão diária para o Dólar. As Resoluções sugeridas receberam os números 263, 264 e  
 1143 265, ficando com o seguinte teor: **Resolução nº 263 de 4 de dezembro de 1997 -** O Plenário do  
 1144 Conselho Nacional de Saúde em sua Septuagésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos  
 1145 dias 03 e 04 de dezembro de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições  
 1146 conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8.142, de 28 de  
 1147 dezembro de 1990, considerando que os Relatórios Mensais da Comissão do CNS de  
 1148 Acompanhamento do Processo Orçamentário e, particularmente, o Relatório apresentado  
 1149 nesta reunião, foram aprovados, por unanimidade, **RESOLVE:** **1.** Aprovar as atividades da  
 1150 Comissão e de sua coordenação desenvolvidas em 1997, que configuraram o pleno cumprimento do Plano  
 1151 de Trabalho previsto na Resolução nº 213 de 06 de fevereiro de 1997. **2.** Manter para 1998 a atual  
 1152 composição, coordenação, estrutura, dinâmica de funcionamento e continuidade das atividades da  
 1153 Comissão e de sua coordenação. **3.** Determinar que as alterações no Plano de Trabalho para 1998 com  
 1154 incorporação de novas atividades deverão ser discutidas e objeto de deliberação do Plenário, deste CNS,  
 1155 na Reunião Ordinária de 04 e 05 de fevereiro de 1998, mantidas as diretrizes gerais estabelecidas na  
 1156 Resolução nº 213 de 06.02.97. **Resolução nº 264 de 4 de dezembro de 1997 -** O Plenário do Conselho  
 1157 Nacional de Saúde em sua Septuagésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e

1158 04 de dezembro de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas  
 1159 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de  
 1160 1990, considerando o Relatório da Comissão do CNS de Acompanhamento do Processo  
 1161 Orçamentário, aprovado por unanimidade, pelo Plenário, **RESOLVE: 1.** Determinar que a  
 1162 Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, coordene a elaboração de documento com explicações  
 1163 relativas ao desempenho da Execução Orçamentária e Financeira de 1997 do MS como um todo e,  
 1164 particularmente, dos Programas e itens Orçamentários, constantes da planilha de prestação de contas  
 1165 mensalmente encaminhadas ao Conselho, com elevado Saldo Orçamentário (superior a 40% em 30.11.97)  
 1166 e com baixa Execução Financeira (inferior a 40% em 30.11.97). **2.** Determinar que seja destacado nas  
 1167 explicações o efeito de tal Execução Orçamentária e Financeira sobre o Orçamento de 1998 e, sobretudo,  
 1168 sobre a saúde da população. **3.** Estabelecer, 31.01.98, como data limite para o encaminhamento à  
 1169 Coordenação Geral do CNS, do referido documento que deverá ser objeto de análise e avaliação na 73ª  
 1170 Reunião Ordinária. **Resolução nº 265 de 4 de dezembro de 1997** - O Plenário do Conselho Nacional de  
 1171 Saúde em sua Septuagésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de dezembro de  
 1172 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de  
 1173 setembro de 1990 e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando o Relatório da Comissão  
 1174 do CNS de Acompanhamento do Processo Orçamentário, aprovado por unanimidade pelo Plenário,  
 1175 **RESOLVE: 1.** Recomendar à Administração do Ministério da Saúde, especial atenção ao Decreto 2.401 de  
 1176 21.11.97 (D.O.U. de 24.11.97) que estabelece que os empenhos orçamentários não liquidados até  
 1177 31.12.97, sejam cancelados, o que seria uma penalidade a mais ao Orçamento de 1998, como já aconteceu  
 1178 com o de 1997, que assumiu mais de 500 milhões de reais de empenhos cancelados em 31.12.96. **2.**  
 1179 Reiterar à Administração do Ministério da Saúde, que é real a possibilidade de descontingenciar, o  
 1180 Orçamento 97, uma vez que a Receita prevista para a CPMF deverá ultrapassar a casa dos 7 bilhões de  
 1181 reais, quase 1,5 bilhão de reais acima da previsão inicial. **ITEM 11 - AGENDA BÁSICA/98 - SUGESTÕES**  
 1182 **DE PAUTA PARA A REUNIÃO ORDINÁRIA DE FEVEREIRO/98 - APROVAÇÃO DAS RESOLUÇÕES:**  
 1183 Conselheiro **William Saad** presidindo a mesa, informou que haviam 8 (oito) resoluções e uma  
 1184 recomendação a serem aprovadas pelo plenário e que a medida que fossem lidas receberiam dos Senhores  
 1185 Conselheiros as devidas correções. Conselheiro **Newton** informou ser membro da Mesa de Negociação e  
 1186 que o protocolo de nº 4, havia sido transformado em resolução com nova redação e encaminhada a mesa,  
 1187 que após lida foi aprovada pelo plenário. Conselheiro **Gilson Cantarino** comentou ter sido designado como  
 1188 relator da matéria sobre um Edital publicado, em DOU, com objetivo de tercerizar os Hospitais do Rio de  
 1189 Janeiro, porém, a resolução por si só contemplaria o assunto. Lida e aprovada com observação feita pelo  
 1190 Conselheiro **Artur**, para o acréscimo no resolve **“O Governo do Rio de Janeiro”**. Conselheiro  
 1191 **Eurípedes** apresentou as alterações à resolução sobre o Programa Nacional de Educação Continuada em  
 1192 Dor, propondo a formação de Grupo de Trabalho para estudar a criação do referido programa. Conselheiro  
 1193 **Gilson Cantarino** comentou que o CONASEMS havia recebido correspondência do Presidente do  
 1194 COSEMS/RJ, solicitando parecer do CNS à cerca de um Edital de concorrência pública, para terceirização  
 1195 de 8 (oito) Hospitais Públicos do RJ; na proposta, seria bem diferente do que vem ocorrendo no Estado de  
 1196 Tocantins, com a Fundação São Camilo. Pois a entidade que ganhasse a concorrência além da gestão dos  
 1197 Hospitais, participaria nos serviços e no orçamento, no contrato a ser celebrado. A matéria foi apreciada  
 1198 pelo CES/RJ, que aprovou uma resolução, solicitando a paralização do processo. Comentou sobre duas  
 1199 ações que estão em trâmite na Justiça. Uma do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, acatada pelo Juiz  
 1200 de Direito da 10ª Vara Pública, deferindo parcialmente a ação, onde a empresa que vencesse a  
 1201 concorrência, não deveria ser contratada, até que fosse fiscalizado o processo; e outra ação impetrada pelo  
 1202 Conselho Municipal de Niterói, visando impedir a própria concorrência. Ressaltou que a Resolução  
 1203 proposta, tem coerência com o CES/RJ, acatando a sugestão do **Dr. Hugo Melo** da Procuradoria Geral da  
 1204 República, de solicitar a apreciação da Procuradoria Geral do Direito do Cidadão, para, então, propor Ação  
 1205 Civil Pública contra o Governo do Estado do Rio de Janeiro. Acrescentou que, caso o plenário julgasse  
 1206 necessário, poderia ser enviado uma manifestação ao Governo do Estado do Rio de Janeiro até que a  
 1207 representação da Procuradoria fosse analisada. Propôs, também, o encaminhamento desta resolução ao  
 1208 CES/RJ, ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado do Rio de Janeiro, além de  
 1209 divulgação através da mídia. Colocada em discussão foi aprovada pelo plenário. Posteriormente, foi  
 1210 apresentada a Resolução sobre a Pactuação da Tripartite que, também, foi aprovada. **Dr. Nelson**,  
 1211 Coordenador do CNS, sugeriu, ao plenário, que a Comissão de Acompanhamento, constituída pelos  
 1212 Conselheiros **Carlyle**, **Solon** e **Jocélio**, ficasse com a proposta de formulação da Agenda Básica para  
 1213 1998, a ser apreciada na reunião de fevereiro. Houve concordância do plenário. Comentou, ainda, sobre a  
 1214 questão levantada pelo Conselheiro **Gilson Cantarino**, quanto a previsão de reunião da Comissão  
 1215 Tripartite ser realizada 16 de dezembro para discutir e aprovar a Tabela SUS, inclusive para órteses e  
 1216 próteses e que após essa data não seria viável uma reunião extraordinária do CNS. Assinalou ser  
 1217 importante uma reunião do plenário, uma vez que a relação política entre o CNS e a Tripartite acertada  
 1218 entre os seus dirigentes em sua última reunião, precisaria ser posta em prática. Propôs, com isso, uma

1219 reunião extraordinária, prevista para a primeira quinzena de janeiro, não só para aprovação de atas, como  
1220 da tabela do SUS, pois caso ocorresse a reunião da Tripartite em dezembro, só em fevereiro poderia ser  
1221 aprovada pelo plenário. Conselheiro **Newton Leite** alertou o coordenador, quanto a dificuldade para que se  
1222 realize a reunião em janeiro, não só porque a maioria dos Conselheiros estariam em gozo de férias, como,  
1223 também, dificuldade para a marcação de passagens aéreas nessa época. Conselheiro **Omiton** referiu que  
1224 o plenário não tem conseguido manter um diálogo com a Secretária de Vigilância Sanitária, **Dra. Marta**  
1225 **Nóbrega**, e que em última reunião preparatória para a Oficina de Genéricos, ocorrida na OPAS, **Dra. Marta**  
1226 havia informado não ter recebido a convocação, o que, no entanto, ficou comprovado ter sido enviado pela  
1227 Secretaria do CNS. Comentou ainda que, apesar da Secretaria ter comparecido à reunião Ordinária do  
1228 CNS, no mês de julho, quando o plenário a inquiriu em vários pontos, a mesma teria dito, que, em razão de  
1229 ter assumido recentemente à Secretaria, não poderia responder aos questionamentos dos Conselheiros.  
1230 Porém, posteriormente, apresentou um novo projeto para a Secretaria de Vigilância Sanitária. Conselheiro  
1231 **Omiton** interrogou ao Coordenador e aos Conselheiros qual seria a forma do plenário se manifestar diante  
1232 desses fatos. Referiu ainda, que temas relevantes, como a Questão da Hemodiálise e dos Hemoterápicos,  
1233 acontecem, comenta-se na imprensa e nada estaria sendo resolvido. No caso, o convite foi feito, à  
1234 Secretaria de Vigilância Sanitária, a convidada não compareceu e nada aconteceu. Conselheiro **Gilson**  
1235 solicitou a palavra, para retornar ao assunto sobre o tratamento da Tabela/SUS, que se aprovada pela  
1236 Tripartite, não deveria ser publicada, sem que houvesse à apreciação pelo CNS, caso não ocorra a reunião  
1237 extraordinária. Solicitou que **Dr. Nelson** verificasse junto aos dirigentes do MS, o compromisso de que  
1238 poderiam aguardar até fevereiro, ou verificar se existe outro artifício, para formar uma Comissão, ou mesmo  
1239 haver reunião extraordinária em janeiro. Porém se aprovada a tabela pela Tripartite e publicada, seria a  
1240 segunda vez, pois já havia acontecido anteriormente, havendo inclusive uma representação junto a  
1241 Procuradoria Geral da República. Seria um precedente grave, pois só os gestores avaliariam os valores do  
1242 financiamento do Sistema de Saúde, apesar de compreender a pressão do Setor Administrativo do Ministério  
1243 da Saúde. **Dr. Nelson** sugeriu duas alternativas: a primeira opção, seria que houvesse um adiamento da  
1244 publicação até a segunda quinzena de fevereiro, após a reunião do CNS, ressaltando que com todo esse  
1245 atraso, haveria pressão dos prestadores públicos e privados; a segunda, seria ter uma delegação do  
1246 plenário para que a Comissão de Acompanhamento seja ampliada com mais Conselheiros e possa  
1247 referendar a tabela. Conselheiro **Eurípedes** sugeriu que a Tripartite pudesse mudar a data da reunião.  
1248 Conselheiro **Gilson** propôs que fosse assegurado, que o material, já distribuído aos integrantes da  
1249 Tripartite, fosse, enviado aos Conselheiros e o CNS pudesse discutir em reunião no dia 17 de dezembro/97.  
1250 **Dr. Nelson** interrogou ao plenário se havia concordância quanto a reunião extraordinária para o dia 17 de  
1251 dezembro, no horário das 9 às 16 horas. Houve concordância pelo plenário. Conselheiro **Eurípedes**  
1252 solicitou que fosse pautada para a reunião de fevereiro o tema Recursos Humanos para a Saúde, previsto  
1253 na agenda básica de 97 e que fosse formada uma Comissão constituída pelo representante da CUT,  
1254 **Jocélio** ou a suplente, **Rita Barata** representante da SBPC, **Albaneide** ou **Rosângela** representando  
1255 outros profissionais de saúde e um representante da categoria dos médicos, sem prejuízo de participação  
1256 de outros Conselheiros. Indicados, pelo plenário, para compor, também, a Comissão representantes do  
1257 CONASS e CONASEMS, com a proposta de reunir-se no dia 17 de dezembro, caso houvesse reunião  
1258 extraordinária do CNS. Conselheiro **William Saad** comentou não saber se o assunto seria da Secretaria de  
1259 Vigilância Sanitária, mas que questões sérias como a dos Hemoterápicos e outros, são divulgados através  
1260 da imprensa, e como conselheiro, sempre era abordado pela sociedade, sem que pudessem informá-los  
1261 claramente sobre o assunto, mas ressaltando que o assunto seria da alçada do Conselho. Conselheiro  
1262 **Gilson** informou que houve uma discussão intensa no CNS, sobre a questão do fluxo de informação, com a  
1263 proposta de ser montado um instrumento, de forma que o plenário do CNS, pudesse ter um controle  
1264 seqüencial dos assuntos que seriam demandados em plenário. Interrogou se teria sido formada uma  
1265 Comissão para estudar o assunto. Concordeu com a colocação do Conselheiro **Omiton**, achando  
1266 fundamental a proposta, pois a idéia que ficava, era do não atendimento pelos dirigentes à convocação do  
1267 CNS. Discutiu a possibilidade de haver uma manifestação regimental, de desagravo, com peso de  
1268 resolução plenária, manifestando-se acerca da ausência de resposta do setor referido, a ser enviada ao  
1269 Senhor Ministro, para que fique patenteado, de sorte que, em próxima vez, isso não acontecesse mais, pois  
1270 do contrário o CNS seria relegado. Quanto aos assuntos de ordem financeira, posicionou-se favorável que o  
1271 plenário possa bloquear, deixando de ser pragmático, passando a ser mais efetivo. Cobrou, também,  
1272 explicações da FUNASA, por acreditar que pessoas do Ministério estariam cometendo “**tremendos**  
1273 **absurdos**”, em conceder assinaturas de convênios indevidos. Considerou grave, que um representante  
1274 da FUNASA - Fundação Nacional de Saúde, não estivesse comparecido ao Conselho, uma vez que,  
1275 pessoas do próprio Ministério da Saúde estariam reconhecendo os convênios assinados como inadequados  
1276 do ponto de vista técnico e de alocação de recursos financeiros. Referiu que a convocação não deveria se  
1277 dar apenas através de ofício mas, sim, de manifestação do plenário, sugerindo uma moção de repúdio.  
1278 Conselheiro **Newton Leite** interrogou ao Coordenador, **Dr. Nelson**, se o plenário do Conselho convocaria  
1279 ou convidaria um Secretário do Ministério. **Dr. Nelson** respondeu que o plenário convidaria. Conselheira

1280 **Neide** solicitou informações sobre a questão da Hemodiálise, já que o CNS, havia acompanhado, desde  
1281 antes da normatização, aprovando resolução e que apesar de normatizada, não vem sendo cumprida há  
1282 cerca de um ano. Referiu ter solicitado à Secretaria de Vigilância Sanitária, o cumprimento das  
1283 recomendações porque a mesma não vem fiscalizando, nem multando as clínicas. Conselheiro **Artur**  
1284 sugeriu que, quando tratar-se de uma Secretaria ou Órgão da administração direta, o plenário deveria  
1285 convocar e que o convite deveria ser reservado para órgãos externos ao Ministério da Saúde, considerando  
1286 que o plenário do CNS seria o órgão de deliberação máxima. Conselheiro **Newton** sugeriu que ao ser  
1287 convocado um Secretário do Ministério da Saúde, deveria ter um livro e ser designado um funcionário da  
1288 Secretaria Executiva do CNS, para que fosse ao Gabinete do Secretário(a) recolher a assinatura do mesmo  
1289 dando ciência a esta convocação. Conselheiro **Omilton** propôs a convocação da Secretaria de Vigilância  
1290 para próxima reunião. **Dr. Nelson** colocou que os Conselheiros haviam feito uma memorização de todas  
1291 as demandas que aconteceram, referindo que a Secretaria Executiva havia oficiado à Secretaria de  
1292 Vigilância Sanitária, à Secretaria de Assistência à Saúde, à Fundação Nacional de Saúde, ao Gabinete do  
1293 Ministro e à Secretaria de Políticas de Saúde e Avaliação, solicitações de dados e informações sobre os  
1294 seguintes assuntos: Hemodiálise, Hemoderivados, PAS/SP e Convênios com as Prefeituras. Acrescentou  
1295 que os processos estariam sendo instruídos de acordo com as respostas das diversas Secretarias; que na  
1296 próxima reunião seriam colocados nas pastas dos Conselheiros todos os ofícios enviados e todas as  
1297 respostas recebidas, momento em que o plenário poderia ter a oportunidade de decidir medidas com  
1298 relação, por exemplo, à Secretaria de Vigilância Sanitária, que aparentemente seria a que menos tem dado  
1299 retorno as demandas do CNS. Sendo assim, enfatizou que os Conselheiros poderiam discutir e definir  
1300 atitudes a serem tomadas junto as Secretarias e/ou Órgãos. Considerou, que uma das alternativas seria a  
1301 convocação da Secretaria de Vigilância Sanitária, não para tratar de assuntos com a Secretaria, mas, sim,  
1302 discutir a relação desta com o CNS. Conselheiro **Omilton** informou ao plenário que a SVS havia suspenso  
1303 o convênio com a OMS, referente aos psicotrópicos e anoréticos, o que vem causando celeuma, e que os  
1304 Conselheiros ficaram sabendo dessas decisões através da imprensa não existindo nenhuma discussão no  
1305 CNS. Conselheiro **Francisco** comentou ter recebido material com comentários sobre o assunto da Escola  
1306 Paulista de Medicina. Conselheiro **Gilson Cantarino** manifestou em nome de todos os Conselheiros, por  
1307 ser esta a última reunião ordinária do ano, um agradecimento a toda Equipe Técnica do Conselho, desde os  
1308 Assessores até aos funcionários da copa e mecanografia, pelo apoio dado aos trabalhos dos mesmos.  
1309 Conselheiro **Newton** apresentou suas congratulações, em nome de todos os Conselheiros, pelo  
1310 pergaminho, com mensagem de conteúdo poético, produzido pelas funcionárias **Benedita, Rita e Rosa**,  
1311 parabenizando-as. **Dr. Nelson** informou que a pauta de fevereiro seria discutida na próxima reunião  
1312 extraordinária prevista para o dia 17 de dezembro, cujo o principal assunto seria a aprovação da  
1313 Tabela/SUS. **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a apresentar, Conselheira **Rita Barata** deu por  
1314 encerrada a presente reunião. Estiveram presentes os Conselheiros: **Albaneide Maria Lima Peixinho,**  
1315 **Ana Maria Lima Barbosa, Antonio Sabino Santos, Artur Custódio M. de Sousa, Augusto Alves de**  
1316 **Amorim, Clair Castilhos Coelho, Cláudia Marques Maximino, Eurípedes Balsanufó Carvalho,**  
1317 **Francisco Bezerra da Silva, Gilson Cantarino O'Dwyer, Jocelino Francisco de Menezes, Jocélio**  
1318 **Henrique Drummond, José Lião de Almeida, José Rafael Guerra Pinto Coelho, Júlio de Albuquerque**  
1319 **Bierrembach, Lucimar Rodrigues Coser Cannon, Mário César Scheffer, Mozart de Abreu e Lima,**  
1320 **Neide Regina Cousin Barriguelli, Newton de Araújo Leite, Olympio Távora Corrêa, Omilton**  
1321 **Visconde, Oswaldo Lourenço, Paulo César Augusto de Souza, Sérgio Francisco Piola, Solon**  
1322 **Magalhães Viana, William Saad Hossne, Zélia Maria dos Santos, Zilda Arns Neumann.**