

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

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

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 aclaração 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**
DE GENÉRICOS - Basicamente em suas exposições os Conselheiros Omilton e Mozart disseram que: **a)**
 84 fora realizada reunião preparatória, na sede da OPAS, com a participação das entidades responsáveis pela
 85 organização da Oficina (com exceção do CONASEMS e da Secretaria de Vigilância Sanitária), que se
 86 propuseram a elaborar propostas para serem apresentadas e, se possível, consensuadas na reunião
 87 marcada para 03/02/98, em assim não ocorrendo, seriam, então, submetidas ao Plenário do CNS; **b)**
 88 houvera acordo no sentido da necessidade de definir os termos técnico-científicos que compõem o universo
 89 lingüístico dos “**genéricos**”, sendo aprovado, por unanimidade, para a realização dessa tarefa o nome da
 90 Dra. Nelly Maria, farmacêutica da OPAS; **c)** o CFM reclamara da não inclusão, no processo, da
 91 SOBRAVIME e do IDEC. Por parte dos Conselheiros houve manifestação nesta direção: **a** - interesse em
 92 saber da produção do tema básico; **b** - colocação de que o termo “**genérico**”, ainda que traduzisse o
 93 significado correto, do ponto de vista da comunicação seria desfavorável; **c** - sugestão para que outros
 94 segmentos também participassem do evento, como por exemplo: rede de farmácia pública, Sociedade
 95 Brasileira de Vigilância e Medicamento; **d** - insistência para que fosse indicado o nome da SOBRAVIME e
 96 IDEC. Considerando que a preocupação do CNS, seria a harmonia nas representações e comprometimento
 97 com a implantação da política de genérico, foi apresentada e aprovada proposta no sentido de que a
 98 SOBRAVIME e o IDEC fizessem parte, obrigatoriamente, da Oficina de Trabalho sobre Genérico como,
 99 também, a aprovação de proposta sobre a data de 31/03/98 prevista para a realização da Oficina. **1.4 -**
DESCENTRALIZAÇÃO DA FUNASA - Dr. Nelson, em primeiro lugar, apresentou ao Plenário proposta
 100 de descentralização da FUNASA esclarecendo que a mesma já tinha sido discutida com os altos escalões
 101 e continha pareceres favoráveis do CONASS e CONASEMS. Recomendou, ainda, que o documento, no
 102 período de férias, fosse analisado pelos Conselheiros, para, posteriormente, ser pautado em RO. Em
 103 segundo lugar, informou que os grupos de trabalho do MS, do CNS e do MEC formados para darem
 104 pareceres sobre autorização de escolas de nível superior não estariam ainda formados, e que por enquanto
 105 estariam dando pareceres baseados nas diretrizes aprovadas pelo CNS. Em terceiro lugar, que a Comissão
 106 de Acompanhamento concluiria uma primeira versão atualizada do Regimento Interno do Conselho e
 107 concluiria ressaltando a importância da análise e aprovação do mesmo pelo Conselho. Conselheiro Newton,
 108 em razão de duas faculdades, uma em Santos e outra em Vitória, estarem com editais publicados para a
 109 realização de vestibular, propôs o encaminhamento às reitorias da Resolução do Conselho que veta a
 110 abertura de novos cursos de Medicina. Proposta aprovada. Conselheiro Jocélio quis saber qual o canal de
 111 comunicação que o CNS teria com a equipe responsável pela descentralização da FUNASA para
 112 encaminhamento de demandas. Conselheiro Gilson denunciou a assinatura de convênio com municípios
 113 onde foi detectado a existência do mosquito *Aedes aegypti*. Conselheira Cláudia questionou mais uma vez
 114 o não atendimento do pedido de criação do curso de órteses e próteses. Dr. Nelson em resposta as
 115 indagações, assim se manifestou: **1.** as questões relativas à FUNASA seriam abordadas quando da
 116 apresentação no Plenário, do documento ora entregue aos Conselheiros; **2.** quanto aos curso de órteses e
 117 próteses seria verificado e providenciado retorno de informação à Conselheira. **1.5 - PORTARIA GM**
1.759 DE 24.11.97 - que subordina a Coordenação Geral do CNS a Secretaria de Políticas de Saúde e
 118 não mais ao Gabinete do Ministro. Dr. Nelson comentou também que já contatara o Chefe de Gabinete e
 119 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 omissa 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 pudesse 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 processasse 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 prevêem 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 Otologia,
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,

confortáveis, funcionais e duráveis dentro do processo de reabilitação, poderiam significar para as pessoas portadoras de deficiência a diferença entre a invalidez e a possibilidade de acesso a uma vida comunitária participativa. A propósito, colocou ter sido também considerado as premissas consagradas na Constituição Federal de que: a presença do médico especialista seria fundamental nas prescrições; o fornecimento dos equipamentos deveria ser feito por instituições credenciadas e capacitadas para avaliar, assistir e treinar o deficiente. Mostrou alguns aspectos da situação atual e o que vem sendo proposto nesse sentido: **1.** a Resolução CNS nº 249/97, que inclui no Plano de Metas/MS as ações e metas prioritárias para o portador de deficiência e a proposta de redimensionamento do Programa com ênfase na descentralização; **2.** a Portaria 116/93 que inclui no Sistema de Informação Ambulatorial as órteses e próteses ambulatoriais, comentando que atualmente existe uma inadequação da tabela quanto à descrição, à qualidade, ao custo dos equipamentos, não contemplando, portanto, todos os tipos de deficiência; **3.** a inexistência de um sistema eficiente de treinamento, adequação e avaliação do paciente após recebimento da prótese; **4.** as prescrições mal elaboradas; **5.** o descumprimento da Portaria 146/93 por parte das Secretarias Estaduais e a ausência de um grupo técnico avaliador; **6.** a existência de uma demanda reprimida, por gastar-se hoje apenas 1% do recurso ambulatorial do SIA /SUS, havendo projeção proposta de 2.0 a 2.3% no sentido de atender a referida demanda. A seguir, **Dra. Sheila** apresentou as seguintes propostas: **1.** que fosse ampliada e adequada a Portaria vigente, incluindo órtese, prótese e bolsa de colostomia para todos os portadores de deficiência respectivamente, inclusive, os queimados; **2.** que fosse publicado em Diário Oficial, a descrição dos componentes com aplicação clínica, nível de hierarquia e especialista responsável; **3.** que os usuários fossem cadastrados; **4.** que fosse preenchido um Termo de Compromisso entre o fornecedor, o médico e o usuário; **5.** que fosse exigido Alvará de Funcionamento para as empresas fornecedoras dos equipamentos; **6.** que fosse normatizada as instituições que prestam atenção aos portadores de deficiência; **7.** que a Portaria vigente fosse cumprida por parte dos gestores locais; **8.** que fosse composto um Comitê visando controle de qualidade, não só dos gastos; e **9.** que houvesse Registro dos produtos oferecidos na Lei dos Correlatos da Vigilância Sanitária/MS. Acrescentou, ainda, que gostaria que todos tivessem oportunidade de analisar a presente proposta e o que foi incluído na Nova Tabela de Procedimentos, em apreciação na Tripartite. Conselheira **Cláudia** lembrou que a questão já teria sido abordada em reunião passada, ressaltando que, com a melhoria nos itens e nos custos os deficientes poderiam ter inclusão na sociedade; e que falar em reabilitação faz-se necessário o acesso à equipamentos. Solicitou especial atenção ao que fora colocado, por serem pontos fundamentais para cidadania da pessoa portadora de patologia e deficiência. Conselheira **Cândida** acrescentou que as referidas especificações contemplavam reivindicações de todas as categorias de portadores de patologia e deficiência. Ressaltou os avanços na normatização e a oportunidade de ter apresentado ao CNS uma tabela ampliada, contemplando novos itens que melhoravam o atendimento ao portador de patologia e deficiência. Conselheiro **Newton** reportando-se ao controle de qualidade dos equipamentos, sugeriu ao MS que levasse este aspecto ao Sistema de Controle de Qualidade Nacional, realizado através do INMETRO e da ABNT, com o objetivo de os respectivos equipamentos receberem o selo de homologação. Questionou qual critério estaria sendo adotado pelo MS para recomendar implantação de prótese de alto custo, exemplificando no caso, o desfibrilador interno, que possui um custo em torno de 35 a 40 mil reais. Conselheiro **Artur** manifestou apoio a todas entidades de Portadores de Patologia e Deficiência pela passagem do Dia Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência; elogiou os trabalhos do Grupo e questionou qual seria a posição de uma Comissão de Controle e Qualidade dentro da estrutura do MS. Conselheiro **Eurípedes** congratulou-se com o grupo pelo Dia Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Conselheira **Zilda** em nome da CNBB, manifestou apoio ao movimento reportando-se ao trabalho da Pastoral da Criança junto aos Portadores de Deficiência. Levantou questionamentos relativo ao teto financeiro previsto. **Dra. Sheila** respondeu que: **1.** com relação ao controle da qualidade, já teria sido feito uma solicitação para que laboratórios pudessem testar alguns dos componentes recebidos para composição de equipamentos ortopédicos, mas, relativo às bolsas de colostomia e aparelhos óticos, nada teria a registrar neste sentido; **2.** com relação ao teto financeiro, no momento que a Portaria fora publicada, teria sido publicado, também, a proposta de se destacar 2.5% além do teto financeiro, a ser acrescido no teto total, cabendo a cada Secretário de Saúde definir as prioridades; e **3.** com relação às próteses de alto custo, a tabela de Órteses e Próteses já define, mas, no caso do desfibrilador não constava na tabela. Acrescentou que, o MS não normatiza tal procedimento, cabendo, portanto, a cada gestor. Conselheira **Lucimar** esclareceu que sobre a Coordenação da Secretaria Executiva vem sendo estabelecido uma ampla parceria com o INMETRO, destacando à que se refere aos equipamentos eletromédicos, à implementação do Banco de Dados de Regulamento Técnico da Área de Saúde e ao Credenciamento de Laboratórios de Análise Clínica. Conselheiro **Omilton** questionou se os valores da tabela seriam preços de referência, de mercado ou de licitação e, qual seria o critério utilizado para fixar estes valores. Conselheiro **Eurípedes** reportou-se à denúncia de “**Cobrança por Fora**” do Hospital da Beneficiência Portuguesa, colocando que uma das razões relatadas pela equipe cirúrgica seria o fato de vários procedimentos não serem pagos 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, naquele 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, portanto, 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 à 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 3^a 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 **Omilton** 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 PSIQUIÁTRICA: RELATOS DOS PEDIDOS DE VISTAS - Transferido para a reunião de fevereiro de 1998.

ITEM 05 - RELATO DO GRUPO DE TRABALHO/CNS: PROJETOS SIMILARES AO PACS-REQUISITOS

- 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, **“violência na comunidade”**
406 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. Registrhou, 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 tivesse 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 - RIPSA - 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 - RIPSA 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)** **referendou** as propostas de aperfeiçoamento dos sistemas SIM e SINASC, principalmente, no que se
 451 refere à capacitação de médicos, codificadores e estatísticos, e à emissão eletrônica das Declarações de
 452 Óbitos e Nascimentos. **b) não referendou** a utilização dos dados do SIM e SINASC, no cálculo dos
 453 indicadores demográficos e de mortalidade infantil para o IDB-97. **4º** Sobre o desenvolvimento do **Comitê**
454 Temático “Indicadores e Dados Básicos - IDB-97”: **referendou:** **a)** as revisões recomendadas pelo
 455 Comitê para a Matriz de Indicadores Básicos, bem como, a inclusão dos seguintes indicadores: • F2a -
 456 Procedimentos complementares por Internação Hospitalar; • F4a - Porcentagem de Internações
 457 Hospitalares por especialidade; • F4b - Taxa de Óbitos por Internação Hospitalar.; **b)** a definição do Comitê
 458 de que o IDB-97 terá, como referência, dados e indicadores, relativos ao ano de 1996; **c)** o compromisso
 459 assumido pelas instituições responsáveis pelos dados e indicadores básicos, no sentido de disponibilizar até
 460 março de 1998, as informações relativas ao IDB-97; **d)** a não - utilização, para o IDB-97, em face de
 461 dificuldades para sua disponibilidade regular e deficiências de cobertura e consistência, dos seguintes
 462 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.;
 463 **e)** a análise de viabilidade dos indicadores C9.11, D11 e D12 seja feita pelo Comitê Temático “Saúde e
 464 Trabalho; **f)** o DATASUS faça a análise de viabilidade do indicador D9, para o IDB-97; **g)** o indicador C11
 465 seja transferido para o grupo de indicadores de cobertura. **5º referendou** as decisões da **reunião**
466 complementar de subgrupo no IBGE-RIO, em relação aos indicadores A5, A6, A7, A9, A10 e C2, quais
 467 sejam: **a)** utilização do método de cálculo indireto desses indicadores, a partir dos Censos, PNADS e
 468 projeções do IBGE; **b)** criação de grupo de trabalho para viabilizar sua produção futura a partir do SIM e
 469 SINASC; **c)** utilização do SIM e SINASC na elaboração, em nível municipal, desses indicadores; **d)**
 470 estimativa de subenumeração comparando-se as 2 fontes. **6º referendou a criação de 3 grupos de**
471 trabalho, complementares ao Comitê: **1)** Grupo de revisão crítica e análise de consistência dos dados e
 472 indicadores elaborados para o IDB-97. **2)** Grupo de editoração dos produtos do IDB-97. **3)** Grupo, de
 473 caráter consultivo, encarregado da análise técnica das opções de software para tabulação e disseminação
 474 dos dados e indicadores básicos. **7º recomendou** que a **Secretaria Técnica da RIPSA** se articule com as
 475 Coordenações Especializadas do MS, responsáveis pela produção de dados e indicadores a serem
 476 disponibilizados para o IDB-97. **8º** A OTI **aprovou** a disponibilização do IDB-97, através de 4 produtos: **1)**
477 Folder, apresentando os indicadores de forma agregada, em nível de Brasil, Estados, Distrito Federal e
 478 Regiões Metropolitanas; **2) Publicação**, apresentando os mesmo indicadores de forma desagregada, além
 479 de ficha técnica dos mesmos; **3) CD-ROM**, com toda a base de dados; e **4) Disseminação, Via Internet**,
 480 dos dados e indicadores básicos. **9º** Sobre o desenvolvimento do Comitê Temático **“Compatibilização**
481 de Sistemas e Bases de Dados”: **1) Todas as proposições de caráter específico**, destinadas a
 482 aperfeiçoar os sistemas de informação, na área da saúde, foram referendadas pela OTI. Destacou a
 483 importância da identificação das pessoas e das unidades de saúde. **2) Em relação às proposições de**
 484 **caráter geral:** **a)** A OTI aprovou a recomendação de criação de um fórum interinstitucional permanente,
 485 denominado **Comissão Intersetorial de Informação em Saúde**. **b)** Essa Comissão, a ser criada
 486 junto ao Conselho Nacional de Saúde, estaria incumbida da definição dos padrões comuns aos diferentes
 487 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 RIPSA, 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 - FIBGE; 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)** **DATAPREV/INSS/MPAS:** considerar obrigatório o preenchimento e digitação dos seguintes campos da
 539 CAT: CID, Fonte da Lesão e Gravidade do Acidente; **e) CENEPI/MS:** **Todas as bases de dados:** incluir
 540 as informações sobre quadros compatíveis com acidentes típicos e de trajeto, já adotadas pelo SIH/SUS,
 541 **mais** informações referentes a quadros compatíveis com doenças relacionadas ao trabalho. **SIM, SIA** e
 542 **SIH:** incluir campos CID, Fonte da Lesão e Gravidade do Acidente. **3)** **Foi acordado** que a
 543 DATAPREV/INSS/MPAS trabalhará em regime de colaboração com o CBCD/FSP para aperfeiçoar suas
 544 bases de dados. **4)** **Foi recomendado** que a DATAPREV/INSS/MPAS, incorpore outras instituições às
 545 discussões promovidas pelos grupos de trabalho, encarregados de aperfeiçoar o Sistema de Informações
 546 sobre Acidentes do Trabalho e a CAT, já em funcionamento. **5)** A DATAPREV/INSS/MPAS analisará
 547 quanto à viabilidade de produção, a partir dos dados da CAT e de outros registros do INSS, os seguintes

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

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

854 entanto, que estava preocupado com o enfraquecimento daquela Comissão. Cobrou explicações por parte
 855 da Tripartite, que deveria enviar informações com fluxo regular estabelecido ao CNS. Conselheiro **Olympio**
 856 detectou vários tipos de procedimentos no documento e chegou à conclusão de que, ficava a impressão de
 857 que só com a implantação do PAB, a doença no Brasil iria ser reduzida drasticamente. Explicou que,
 858 primeiramente reduziria o percentual de internações no Brasil. Em segundo lugar, tratou-se das internações,
 859 como se o abono de 25% não fosse recomposição de valores, como realmente o é, o que, segundo a
 860 proposta, seria feito somente à partir de maio vindouro. A partir da redução de 8% também seria feita uma
 861 economia para ser incorporada ao PAB. Falou ainda, que na avaliação do Ministério, parecia que todos os
 862 valores de internação estariam suficientemente ajustados à realidade nacional, inclusive, com alguns
 863 procedimentos podendo ser reduzidos na remuneração, ou no teto de internação. Levantou questões dessa
 864 natureza e outras como achar que a consulta por internação a 4,00 reais seria muito pouco, bem como,
 865 2,50 reais a consulta de ambulatório e 47,00 reais a do parto. Questionou, também, a respeito dos cortes
 866 que seriam possíveis de acontecer. Segundo sua percepção, num futuro bem próximo, o caos total se
 867 instalará na saúde do país advindo daí problemas sérios. A propósito, sugeriu que a diminuição de
 868 internações fossem feitas pelo gestor do SUS antes do doente chegar à porta do hospital e que não se
 869 deveria usar as prerrogativas da Portaria nº 54, a qual chamou de 171 - fazendo alusão ao Código Penal.
 870 Para finalizar, reforçou que a previsão de atendimento a menor, fosse previamente determinada e não após
 871 o tratamento efetivo, como vem sendo feito hoje, pois fazer economia de dinheiro à custa do não
 872 pagamento do prestador, tenderia a desmoralizar ainda mais o sistema. Antes de passar a palavra ao
 873 Conselheiro **Carlyle**, a mesa concordou que o Conselheiro **Gilson** e o **Dr. Álvaro** fizessem alguns
 874 esclarecimentos. Conselheiro **Gilson** disse que não houve a redução da internação hospitalar, de 9 (nove)
 875 para 8 (oito). Esclareceu que essa questão ficara como indicativo de estudo para o próximo ano.
 876 Conselheiro **Olympio** reafirmou a deliberação e o conhecimento desse assunto. Conselheiro **Carlyle**
 877 interveio em socorro ao Conselheiro **Olympio**, que admitiu rever sua colocação, desde que constasse em
 878 ata a necessidade de os gestores atuar, em caso de possível redução dos valores. Revelando que no mês
 879 de setembro, por conta da portaria citada, foram retiradas de pagamento 54.000 AIHs, solicitou a revogação
 880 da portaria. Citou Minas Gerais, que este mês extrapolara o teto pré-fixado, e teria 10% de cortes em seus
 881 pagamentos. Segundo o Conselheiro seria essa a razão para os HU estarem estourados, os públicos
 882 super-lotados, os filantrópicos e os privados falidos. Conselheiro **Carlyle** usou da palavra, manifestando sua
 883 alegria pelos acordos possíveis, de serem realizados e representando um passo significativo em direção à
 884 mudança do modelo assistencial do país, estando o CNS exercendo seu papel de definidor ou validador de
 885 políticas para a orientação do sistema. Em seu pronunciamento fez três perguntas e sete comentários,
 886 assim explicitados. Perguntas: **1.** Deixar em aberto, como no item 04, “**de acordo com as**
disponibilidade”, não seria muito vago? Preferir o estabelecimento de um programa, com ajustes de
 887 curso, no decorrer da execução. **2.** As decisões que caem no âmbito das atribuições do CNS, viriam a
 888 plenário, como por exemplo, itens 05, 08, 09 e o adicional 01? **3.** Apesar das transferências fixas ou
 889 variáveis, fundo a fundo, o MS continuaria a distribuir recursos reais, como no caso de vacinas, para
 890 execução do Programa Nacional de Imunizações?; Comentários: **1.** Achou adequado a CIT aplicar os
 891 critérios da NOB/96, sem penalizar os que se habilitarem por último, tendo em vista a disponibilidade
 892 financeira; **2.** Sugeriu revisão de todos os procedimentos, quer ambulatoriais ou hospitalares; **3.** Sem revisar
 893 os que já recebem mais de 10 reais, não haveria aumento de transferência, enquanto que os que já
 894 recebem mais de 18 reais, deveriam ser analisados caso a caso; **4.** Julgou boa a inovação conceitual do
 895 PAB, acreditando que os estímulos, deveriam ser aumentados; **5.** Salientou que o contingenciamento/97
 896 ainda estaria sendo discutido, e sugeriu que houvesse preocupação com o próximo exercício (o MS gastaria
 897 18 bilhões no atual exercício. Até novembro/97, gastou-se 15,700 bilhões. O problema seria o possível
 898 contingenciamento para 1988); **6.** As relações entre a CIT e o CNS mereciam um maior cuidado por parte
 899 do CNS, especialmente, pela falta de informações regulares daquela para este; **7.** Sobre incentivos por
 900 resultados, disse aprovar o documento distribuído e não ser fácil escolher entre resultados finais do sistema
 901 e de processos, os indicadores que expressem qual a melhor caminhada para os objetivos do sistema.
 902 Nesse sentido, enfatizou não haver relação explícita dos indicadores selecionados com os objetivos.
 903 Continuou, fazendo duas sugestões, **1ª)** Vacinas e percentagem de orçamento, que não devem admitir
 904 graduação. Gratifica-se ou remunera-se quem atingiu a meta, rigidamente; **2ª)** Desenvolvimento de um
 905 sistema de informações e pesquisas complementares, disse estar de acordo, mas referiu à Capacitação de
 906 Recursos Humanos como indispensável ao desenvolvimento do projeto. Por isso, propôs a educação
 907 continuada. **Dr. Álvaro**, em intervenção, revelou que o MS trabalha com a perspectiva de não haver
 908 contingenciamento financeiro do orçamento/98. Falou que no início do ano terão reunião com as CIBs e
 909 naquele instante poderão ter uma avaliação programática quanto as habilitações de estados e municípios.
 910 Manifestou, também, o compromisso da CIT de submeter ao CNS todas as suas decisões, em decorrência,
 911 leu parte da ata da última reunião da CIT, onde esse assunto fora abordado pelo Conselheiro **Gilson**. Em
 912 referência a transferência de outros recursos, questionado pelo Conselheiro **Carlyle**, concordou que o
 913 raciocínio trilhado, estava correto. Haveria, segundo **Dr. Álvaro**, transferências outras, quer materiais, ou
 914

através de convênios. A propósito, enfatizou que, em uma próxima oportunidade apresentaria ao Conselho o montante global de recursos transferidos a estados e municípios, incluídos aí os gastos com pessoal. Referindo-se à parte fixa do PAB, em não ter aumentos, disse que, ao contrário, por conta dos incentivos, poderá aquele valor ser aumentado. Trouxe, também, uma análise dos municípios que têm PAB de mais de 18 reais, através da projeção de uma tabela. Conselheiro **Carlyle** expressou toda sua disposição na manutenção de relação harmônica entre o CNS e a CIT, mas insistiu na manutenção do compromisso de repasse de informações. Pediu que o CNS se abstivesse de deliberar sobre matérias antes da CIT, quando as mesmas forem de competência precípua desta. Conselheiro **Artur** insistiu na tese da pactuação. Conselheiro **Omilton** verificou que as farmácias básicas atenderão 35 milhões de habitantes nos pequenos municípios e perguntou aos Conselheiros **Gilson** e **Guerra**, como pretendiam atender o contingente de cerca de 70 milhões dos excluídos do programa, e que recursos estariam disponíveis para isso. Conselheiro **Gilson** respondeu que havia um desejo de acesso universal, mas que isso dependia de estudos por parte da Tripartite. Conselheiro **Omilton** inferiu, então, que o contingente referido de 70 milhões, no próximo ano, não receberia, pelo menos, a farmácia básica, o que foi confirmado pelo Conselheiro **Gilson**. Conselheira **Cláudia** disse preferir esperar pelo pronunciamento do **Dr. Werneck**. Conselheira **Zilda** expressou que a postura do **Dr. Álvaro** fora importante na condução das negociações. Questionou sobre a possibilidade de participar como observadora das reuniões da CIT. O Coordenador da Mesa, Conselheiro **Saad**, manifestou-se no sentido de dizer que em um mês fora possível o entendimento na CIT, com documento já elaborado, representando grande avanço no campo da negociação. Conselheiro **Eurípedes** pronunciou-se favorável à análise da proposta que estava sendo elaborada pelo Conselheiro **Artur**. Conselheiro **Artur** referiu-se, também, a moção em fase de elaboração. Conselheiro **Gilson** preferiu aguardar manifestação do Conselho sobre o documento que estava sendo elaborado, para somente depois se manifestar. Pediu que o Conselheiro **Artur** lesse sua proposta. Conselheiro **Gilson**, após lida a proposta do Conselheiro **Artur**, sugeriu a inclusão da proposta apresentada pela CIT. **Dr. Álvaro** propôs a retirada dos valores 10/12 reais. Pediu, também, ao Conselheiro **Artur** para reler a proposta. O Conselheiro respondeu que após examinada, haveria melhora na redação e na disposição dos considerandos. Houve neste ponto, por parte do Conselheiro **Gilson**, um pedido de votação em separado do item referente à Comissão. Colocada em votação a proposta, ressalvado o destaque, foi a mesma aprovada por unanimidade. A seguir, a mesa colocou em discussão o destaque. **Dr. Nelson**, Coordenador Geral do CNS, colocou-se à disposição para servir como elo de ligação entre o Conselho e a CIT, no item referente ao repasse de informações. O Conselheiro **Gilson** sugeriu a aprovação de uma resolução ou de outro mecanismo que determinasse o fluxo regular de informações da CIT para o CNS. Aventou que os Conselheiros **Eurípedes** e **Artur** retirassem as respectivas propostas. **Dr. Álvaro** propôs que na próxima reunião da CIT, a ser realizada em 16.12.97, colocaria em pauta o item referente aos mecanismos de fluxo de informações. O Conselheiro **Eurípedes** reafirmou sua preocupação quanto ao papel do CNS. A Conselheira **Zilda** observou que a CIT é de fundamental importância para o processo de gestão. Lembrou que o CNS não deveria interferir naquela Comissão. Disse que, ao solicitar participação pessoal nas reuniões da CIT, o faria apenas como observadora, sem interferir na mesma, pois como membro do CNS, não deveria emitir opinião sobre gestão, mas tão somente sobre políticas de saúde. O Conselheiro **Gilson** reafirmou que a resolução ratificaria a proposta. A mesa colocou ao plenário que, estando todos de acordo, os Conselheiros **Gilson** e **Artur**, redigiram o conteúdo aprovado para a resolução, o que veio a ocorrer. Finalmente, o **Dr. Álvaro** agradeceu aos membros do Conselho, tendo em vista a relevância dos assuntos deliberados naquela reunião.

ITEM 09 - TERAPIA GÊNICA - Apresentação Dra. **Leila Macedo Oda - CTNBio**. A Dra. **Leila Oda**, representante do Ministério da Saúde na Comissão Técnica Nacional de Biossegurança e presidente da sua Comissão Setorial da Saúde, iniciou sua apresentação pelos aspectos que têm interface com o CNS, a começar com a Lei 8974, de 05/01/95, que estabelece normas para o trabalho seguro com engenharia genética e liberação de organismos geneticamente modificados no ambiente, portanto, trata da biossegurança em relação a esses aspectos. Esta lei criou também a CTNBio junto à Presidência da República. Destacou do Artigo 1º: "... visando proteger a vida e a saúde do homem....", portanto, com interface com o Ministério da Saúde e o CNS; o Artigo 2º que refere que a pesquisa científica com OGM está no âmbito desta lei, inclusive com as sanções previstas, enfatizando a interface com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP do CNS; e o Artigo 4º que define o que é OGM: organismo cujo material genético (ADN/ARN) tenha sido modificado por qualquer técnica de engenharia genética. Destacou ainda o Artigo 8º, que estabelece o que é proibido, incluindo a manipulação genética de células germinais humanas, a intervenção em material genético humano "in vivo" (células somáticas), exceto, para o tratamento de defeitos genéticos, respeitando-se os princípios éticos e com aprovação da CTNBio (referiu que a regulamentação posterior também prevê o atendimento das normas do CNS, ou seja, da Res. 196/96.) e a produção, armazenamento ou manipulação de embriões humanos destinados a servir como material biológico disponível. Citou, ainda, o Artigo 13º que estabelece estes procedimentos como crimes e as respectivas penalidades. Apresentou, então, o Decreto 1752 de 20/12/95, que 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 germinativas. 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 da 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 transscrito 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 **cresce** 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**” (incluir 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 terceirizar 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 paralisação 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

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