

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

6 Aos dias quatro e cinco de fevereiro de mil novecentos e noventa e oito, foi realizada, na Sala de Reuniões
7 do Conselho Nacional de Saúde, a Septuagésima Terceira Reunião Ordinária do Conselho Nacional de
8 Saúde. **ABERTURA E ESCOLHA DA COORDENAÇÃO - Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**,
9 Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde, procedeu à abertura da reunião cumprimentando a
10 todos e passando a palavra ao Conselheiro **Newton de Araújo Leite**, para coordenar o primeiro dia de
11 reunião. Conselheiro **Newton** disse sentir-se honrado em coordenar a reunião, saudou a todos desejando
12 um bom retorno aos trabalhos do novo ano e que prevalecesse neste Conselho debates e decisões
13 democráticas. **Dr. Nelson**, fazendo uso da palavra, apresentou ao Plenário os Senhores Promotores de
14 Justiça de Defesa da Saúde - PROSUS-DF, **Dr. Libânia Alves Rodrigues** e **Dra. Kátia Lemos**, presentes
15 à reunião. Informou quanto à reforma da área física da sede deste Conselho, ressaltando a criação de um
16 núcleo de documentação e divulgação ligados à área de comunicação social. **ITEM 01 - INFORMES - Dr.**
17 **Nelson** apresentou os seguintes informes: **1. SOLICITAÇÃO À SAS, SVS, SPSA, SPES E INCa DE**
18 **DADOS E DOCUMENTOS SOBRE POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE: • CONTROLE DO CÂNCER •**
19 **HEMOTERAPIA SANGUE E HEMODERIVADOS • DOENÇAS RENAIAS CRÔNICAS, HEMODIÁLISE E**
20 **TRANSPLANTE RENAL** - comentou sobre o cumprimento de uma deliberação do CNS nessas áreas e por
21 considerar cada tema de grande impacto financeiro e de atenção à saúde da população, seria objeto de
22 uma Mesa Redonda do CNS, para melhor detalhamento das questões; **2. VISITA AO CNS DO**
23 **PRESIDENTE DO CONAP - CONSELHO NACIONAL DE PROCURADORES DA JUSTIÇA** -
24 informou que **Dr. Hamilton Carvalhido** - Presidente do CONAP e Procurador de Justiça do Estado do Rio
25 de Janeiro, colocou-se à disposição para sinalizar e articular os trabalhos do CONAP junto ao CNS, e que,
26 também, estaria sendo viabilizado um encontro do CNS e CONAP com a Procuradoria dos Direitos do
27 Cidadão, do Ministério Público Federal; **3. APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO E PROPOSTA DA**
28 **COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR - CIST/CNS** - ressaltou a
29 alteração na Coordenação da Comissão, a substituição de 02 (dois) membros e os trabalhos que vêm
30 sendo realizados na elaboração do relatório/97, para que o mesmo constitua um produto a ser apreciado
31 neste Colegiado, provavelmente, na próxima reunião; **4. ENCAMINHAMENTOS PARA ANÁLISE**
32 **PELA CIT DE AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO DE GESTÃO EFETUADOS PELO MS** -
33 considerando as ponderações feitas na última Reunião Ordinária do CNS, disse ter sido encaminhado os
34 trabalhos de Avaliação de Desempenho de Gestão à Tripartite para que analise o documento, se posicione
35 e informe ao CNS; **5. INSTALAÇÃO DA CIRH: DIA 10/02/98** - teceu comentários sobre a instalação
36 da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e a apresentação de seu plano de trabalho na próxima
37 reunião do CNS. Conselheiro **Jocélio** ressaltou a importância dos trabalhos da Comissão face a grande
38 demanda sobre recursos humanos; **6. CRIAÇÃO DA ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO E**
39 **DOCUMENTAÇÃO DO CNS** - prestou informações sobre a instalação da Comissão de Comunicação
40 Social em Saúde/CNS, sob a coordenação do Conselheiro **Mário Scheffer**, cujo relatório constitui ponto de
41 pauta da presente reunião (Item 04). Comentou, ainda, que as diretrizes e estratégias traçadas pela
42 Comissão seriam executadas pela Assessoria de Comunicação e Documentação do CNS. Apresentou ao
43 Plenário os 02 (dois) Comunicadores Sociais, **Fernando Cartaxo** e **Sonia Rocha**, jornalistas, membros da
44 equipe técnica do CNS, os quais já iniciaram trabalhos a serem apreciados por este Colegiado, como a
45 Logomarca do CNS e o protótipo de Jornal do CNS, com formato previsto para 12 (doze) páginas, tamanho
46 tablóide, com capas e folhas centrais a cores e o restante em preto e branco; Conselheiro **Paulo** interveio
47 protestando quanto à retirada de seu nome da mesa, com a seguinte fala: "eu recebi a convocação da
48 reunião do CNS informando que o M.S. não iria bancar a vinda dos Profissionais de Saúde,
49 mas, que eles teriam direito a voz já que estávamos em litígio. Quando cheguei aqui, o meu
50 nome estava na mesa e agora para minha surpresa, retiraram meu nome, enquanto que o outro
51 grupo que está em litígio, está com nome aqui, é um absurdo a pressão que está acontecendo
52 neste Plenário. Já vimos na reunião passada a manipulação que houve aqui dentro. Eu faço
53 aqui meu **VOTO DE REPÚDIO** ao Senhor Coordenador e à pressão que está se fazendo aqui
54 dentro deste Conselho. Existem entidades representativas que estão em litígio. Pensei que
55 estávamos caminhando para um acordo, quando é dado um golpe deste. Estou aqui hoje
56 sendo pago pelo meu Conselho, representando os Conselhos de Profissionais, com uma
57 convocação do CNS para estar aqui, e agora é retirado o meu nome e colocado de outros 02
58 (dois), porque representam a CUT. Eu também sou membro da CUT por ser de Universidade
59 Pública ligada a CUT, agora não aceito este tipo de pressão, esta manipulação que está
60 havendo aqui dentro, isto aqui não é partido político, isto aqui é para se tratar de saúde.

61 Então quero deixar meu **Voto de Protesto** e saber do senhor se eu permaneço sentado aqui
62 ou não, porque eu vou me levantar e vou agir na justiça para reparar este dano, junto com os
63 Conselhos. Fui informado que houve uma reunião em dezembro, que eu não estava presente
64 e que foi feita uma nova eleição, terceira ou quarta deles, eu não vi nada em oficial e eu fui
65 convocado, então eu quero um esclarecimento para que eu possa saber qual postura devo
66 tomar neste Plenário". Conselheiro **Newton** na condição de Coordenador da Mesa, solicitou a
67 permanência do Conselheiro **Paulo** colocando que a questão seria discutida posteriormente, na composição
68 do Conselho, dentro do Regimento. Acrescentou, ainda, a seguinte fala: "o Senhor fica aqui com direito
69 a voz, as suas colocações são sempre bem-vindas neste Conselho, e eu pediria que o colega
70 Conselheiro continuasse". Conselheiro **Paulo** agradeceu, mas solicitou tratamento igual, e que seu
71 nome retornasse à mesa. Conselheiro **Newton** explicou que conforme informações do Coordenador Geral
72 do CNS, teria havido uma reunião em dezembro, onde, por maioria dos presentes, teria sido definida esta
73 questão, porém, ainda não poderia solicitar ao Conselheiro **Paulo** que se retirasse da reunião, ressaltando
74 que a presença do mesmo seria sempre bem-vinda. Conselheiro **Paulo** protestou mais uma vez, por
75 considerar que na referida reunião não houve presença dos Conselhos de Classe, enfatizando que a
76 questão estaria em litígio. Acrescentou a seguinte fala: "sei que o Senhor Coordenador está sofrendo
77 uma pressão muito grande do Jocélio, agora, este tipo de pressão, os Conselhos não aceitam.
78 Se eu não puder participar aqui como Conselheiro no mesmo pé de igualdade, eu vou ter que
79 me retirar". Conselheiro **Newton** solicitou mais uma vez a permanência do Conselheiro **Paulo**, dando
80 seqüência a reunião; **7. AUTORIZAÇÃO DE CURSOS DE NÍVEL SUPERIOR DE SAÚDE: INFORME NA R. O. DE MARÇO** - Dr. **Nelson** informou que conforme deliberação do CNS foi
81 realizada uma Oficina de Trabalho junto ao Ministério da Educação, onde fora constituído 03 (três) grupos
82 de trabalho, com membros do MS e MEC, objetivando analisar os pedidos de autorização de Cursos de
83 Graduação nas Áreas de Odontologia, Medicina e Psicologia, sob as diretrizes do documento elaborado e
84 aprovado pelo CNS. Ressaltou que os nomes dos membros a serem indicados pelo MS deveriam ser
85 trazidos para apreciação neste Colegiado, provavelmente, na próxima reunião, explicando que os
86 Conselheiros poderiam ser candidatos ou indicar nomes de pessoas representantes de entidades para
87 comporem as Comissões. **8. II ENCONTRO NACIONAL DE CONSELHEIROS** - Conselheiro **Jocélio**,
88 membro da Comissão Organizadora do evento, comentou que: **8.1.** este informe poderia, também, ser dado
89 pelos Conselheiros **Zilda Arns**, **Temístocles Marcelos Neto**, **Gilson Cantarino** ou **Marisa Fúria Silva**, os quais
90 fazem parte do processo de organização do evento; **8.2.** conforme foi citado na reunião anterior do CNS, a
91 última Plenária dos Conselhos deliberou quanto à realização de um evento nacional, onde os participantes
92 seriam eleitos pelos seus Conselhos, e com isso discutiriam questões pertinentes à Área de Controle
93 Social; **8.3.** para este encontro foi instituída uma Comissão com um representante de cada macrorregião e
94 os representantes do CNS, supracitados; **8.4.** os dias propostos para realização do encontro seriam 02, 03
95 e 04/06/98, coincidindo com a Reunião Ordinária do CNS, de forma que os Conselheiros do CNS
96 participassem do evento; **8.5.** a idéia do encontro seria aprofundar a questão do Controle Social, mas não
97 discutir os problemas que os Conselheiros enfrentam nos Conselhos e sim, as soluções; **8.6.** propostas
98 para que os Conselhos viessem a ter condutas mais uniformes, com direitos e deveres mais padronizados e
99 soluções compartilhadas; **8.7.** debates sobre a situação do SUS, NOB, Orçamento/98, PEC 169, bem como
100 os demais assuntos prioritários do SUS, constituindo assim o tema: **"Para onde vai o SUS, entraves**
101 **na sua consolidação"**; **8.8.** divisão dos participantes em grupos de trabalho 9 (nove) ou 10 (dez),
102 objetivando apresentar propostas de temas a serem desenvolvidos, como sendo: Política de Comunicação
103 entre os Conselhos, Capacitação de Conselheiros, Monitoramento e Avaliação dos Resultados,
104 Orçamento/Transparência de Gastos, Resoluções da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Infra-estrutura
105 dos Conselhos, Agenda de Prioridades, Papel dos Conselheiros, Composição dos Conselhos, Escolha dos
106 Conselheiros, Operacionalização da NOB e Modelos de Gestão X Papel dos Conselhos; **8.9.** os critérios de
107 participação, onde o representante seria eleito nos seus respectivos Conselhos e sem determinar números;
108 **8.10.** o Conselho Nacional de Saúde daria suporte de secretaria com apoio do Conselho Distrital de Saúde;
109 **8.11.** o cronograma de inscrição; **8.12.** a previsão de encontro estaduais preparatórios em abril/98, e **8.13.**
110 que todo esse trabalho estaria sendo concluído, para distribuição neste Colegiado, bem como para os
111 Conselhos Estaduais. Conselheira **Zilda** comentou sobre falta de maturidade dos Conselhos acreditando
112 que, com esse evento, o controle social possa ser melhor implementado; **9. ACOMPANHAMENTO DA**
113 **FREQÜÊNCIA E MANDATOS DOS TITULARES E SUPLENTES DO CNS** - Dr. **Nelson** reportou
114 se ao quadro de Acompanhamento de Freqüência apresentado aos Conselheiros, para que cada
115 Conselheiro venha a ter uma visão do conjunto podendo servir de subsídio na discussão do regimento; **10.**
116 **DESCENTRALIZAÇÃO DA FUNASA: REMARCADA PARA A 74ª R. O.** - informou que o tema
117 estava pautado para esta reunião, mas tendo em vista a mudança na Presidência da FUNASA, Dr.
118 **Januário Montone** que substituiu **Dra. Elisa Viana Sá**, solicitou que fosse transferido para próxima
119 reunião; **11. OUTROS INFORMES** - apresentados no decorrer da reunião: **11.1.** Conselheira **Zilda**

121 relatou sobre sua visita no Alto Solimões; comentou sobre uma carta recebida da comunidade indígena -
122 TRIBO TICUNA, a qual relata a falta de medicamentos para Malária, doença que vem causando a morte de
123 muitos índios, bem como o aparecimento de cólera e a falta de verbas, solicitando desta forma,
124 providências junto ao CNS, pedindo ao **Dr. Nelson** que encaminhasse com urgência a referida
125 correspondência ao MS e à FUNASA; **11.2.** Conselheira **Elizabeth** expôs sobre sua visita em Roraima para
126 analisar a situação do Plano de Assistência Integral - Saúde do Estado de Roraima - PAI-S, conforme
127 relatório (5 fls.) distribuído no Plenário. Destacou os seguintes pontos: • que Roraima possui 250 mil
128 habitantes, sendo 154 mil residindo na Capital, e o restante distribuído em 15 Municípios, onde nenhum
129 destes, estaria com o serviço de saúde municipalizado; • que os valores repassados pelo SUS seriam
130 pouco significativos, não despertando interesse de seus dirigentes, dificultando, portanto, a Municipalização;
131 • que a Secretaria Estadual de Saúde - SESAU não seria considerada Unidade Financeira, apenas
132 Orçamentária, ficando as verbas centralizadas na Secretaria da Fazenda, fator que corroborou para
133 implementação do PAI-S; • que o PAI-S fundamentado no PAS de São Paulo, fora criado em 30.06.97,
134 conforme Lei Estadual nº 174; • que segundo alguns profissionais de saúde, o plano não fora discutido e,
135 atualmente observava-se 2 (duas) Secretarias, uma da Saúde e outra do PAI-S; • que o valor do convênio
136 seria estimado em R\$ 223.892.160,00 para 5 (cinco) anos, com desembolso mensal de R\$ 3.731.536,00; •
137 que o Conselho Estadual de Saúde não se pronunciou a respeito do PAI-S, tendo sido apenas comunicado
138 pelo Secretário de Estado, após aprovação do projeto na Assembléia Legislativa; • que nem todos os
139 funcionários puderam ser absorvidos pelas Cooperativas, ressaltando situações de perda dos direitos
140 trabalhistas de vários servidores; • a falta de resolutividade no PAI-S, frente ao maior acesso à consulta; •
141 que em reunião na sede dos Trabalhadores de Saúde do Estado, junto à lideranças comunitárias, políticas
142 e sindicais, Vereadores do PT e PSDB, Trabalhadores e Usuários, ficou claro a insatisfação com o PAI-S; •
143 que em reunião no Ministério Público com o Senhor Procurador de Justiça, **Dr. Ricardo Aguiar Oliveira** e o
144 Senhor Promotor de Justiça, **Dr. Edson Damas de Silveira**, os quais após entrarem com uma Ação Civil
145 Pública, com pedido de liminar suspendendo o repasse de verbas do SUS ao Estado, estariam estudando a
146 possibilidade de mover uma Ação Direta de Inconstitucionalidade, no Supremo Tribunal Federal contra o
147 PAI-S; e • que em reunião no Conselho Estadual de Saúde houve várias manifestações de Conselheiros
148 contrárias à implantação do novo modelo de gestão. Conselheira **Elizabeth** encerrou sua fala procedendo à
149 leitura das conclusões do Relatório, ressaltando a gravidade da situação, ao tempo que solicitou ao CNS
150 que se pronunciasse contrariamente ao Plano de Assistência Integral - Saúde do Estado de Roraima.
151 Conselheiro **Newton** parabenizou o trabalho da Conselheira **Elizabeth** dizendo ser conhecedor da situação
152 por ter estado em Roraima, em auditoria, durante 03 (três) semanas. Comentou quanto ao recebimento de
153 denúncias relativas ao PAI-S; ao desrespeito com o Conselho Estadual de Saúde; à ausência de fonte de
154 arrecadação do Estado; às dificuldades na prestação do serviço SESAU/PAI-S; e à visão do lucro por parte
155 das Cooperativas. Conselheiro **Dellape** congratulou-se com a relatora, ressaltando a seriedade dos
156 problemas causados pelas Cooperativas e a maneira de fugir às responsabilidades legais. Questionou que:
157 "se as cooperativas não estão recebendo verbas do SUS desde novembro/97, como estão
158 sobrevivendo"? Conselheira **Elizabeth** respondeu que as Cooperativas estariam sustentando-se com
159 verbas do Governo Estadual, acrescentando que a mesma seria bastante significativa tendo em vista que
160 toda verba estaria sendo encaminhada para administração do PAI-S. Conselheiro **Dellape** colocou que
161 "contra a arbitrariedade só existe um meio: a justiça". Conselheiro **Mozart** teceu comentários sobre
162 a matéria e os reflexos na população. Solicitou que o CNS tome providências junto ao MS de forma a
163 assegurar os direitos da população. Conselheiro **Newton** concordou em não suspender o repasse dos
164 recursos, dizendo caber, uma intervenção judicial. Conselheiro **Waldir** cumprimentou a expositora e
165 comentou sobre o autoritarismo no Estado, acrescentando que, no seu entender, para intervir em Roraima
166 seria necessário intervir também no PAS de São Paulo. Conselheiro **Jocélio** comentou sobre: **1.** a
167 precariedade do controle social no sistema, por considerar que há 4 (quatro) ou 5 (cinco) anos houve
168 discussões sobre a exigência do Fundo Nacional de Saúde - FNS para repasse de verbas; **2.** a Secretaria
169 de Saúde de Roraima que compõe o CONASS; e **3.** o Secretário de Saúde que esteve no CNS e nada teria
170 sido abordado. Considerando a falta de autonomia financeira, questionou: "O que teria sido feito com a
171 verba do SUS, já repassada, e qual o poder de intervenção do CNS se nem a informação nós
172 obtínhamos, quer dizer, o CONASS falha na sua representação, a própria Comissão
173 Intergestores Tripartite falha e nós ficamos omissos frente a uma situação grave"? Na condição
174 de "Conselheiro da República" lembrou que na medida em que fosse constatada corrupção e omissão
175 no cumprimento das finalidades, poderia o Conselheiro, ter seus bens colocados em disponibilidade e ser
176 processado como pessoa responsável; e, no caso de São Paulo, falou que os recursos passaram a ser
177 depositados na conta do Fundo Estadual de Saúde e, por similaridade, quem teria de administrar os
178 recursos em Roraima seria a instância de governo superior, ou seja, o Ministério da Saúde. Ressaltou,
179 ainda, que o respeito à legislação do SUS, constituiria um critério adotado para o repasse de verbas, e, que
180 São Paulo estaria solicitando o retorno da verba do SUS, considerada anteriormente irrigária. Conselheiro
181 **Newton** solicitou à Conselheira **Elizabeth** que oficializasse a posição CONTRÁRIA do CNS, acerca da

182 questão, na forma de Resolução, para ser encaminhada à Justiça Federal, do Estado de Roraima. Em
183 tempo, a Conselheira **Elizabeth** informou, ainda, sobre um documento a ser encaminhado ao CNS,
184 tratando-se de denúncias da comunidade indígena da região. Posteriormente, a **RESOLUÇÃO** foi
185 apresentada ao Plenário e **APROVADA** com 03 abstenções (Conselheiros **Omilton**, **Carlos Ferreira** e
186 **Lucimar**). A seguir, o Conselheiro **Jocélio** ressaltando a condição diferente dos Ex-Territórios, perante aos
187 demais estados, com relação ao recebimento de verba federal, solicitou que fosse esclarecido junto ao
188 Senhor Ministro quanto ao repasse de verba para o sistema local, independentemente da questão do SUS;
189 **11.3.** Conselheiro **Carlos Ferreira** questionou se seria pertinente discutir a Portaria 164 de 30/12/97 da
190 SAS, relativa ao atendimento dos Hansenianos, destacando que a mesma traria efeitos danosos em Minas
191 Gerais. Conselheiro **Newton** sugeriu que o Conselheiro **Artur** fosse ouvido. Posteriormente, após
192 entendimentos entre os interessados, o Conselheiro **Artur** denunciando o fato de o Ministério da Saúde ter
193 suspendido o FPT (Fora de Possibilidade Terapêutica) das Colônias de Hanseníase e não ter dado a
194 conhecer nenhuma outra forma de solução para o problema, apresentou proposta de **RESOLUÇÃO**; **11.4.**
195 Conselheiro **Mário** relatou sobre as mobilizações e andamentos relativos ao Projeto de Lei dos Planos de
196 Saúde, projeto este aprovado pela Câmara Legislativa e em tramitação no Senado Federal. Informou ter
197 sido escolhido como representante da Comissão de Conselheiros, para representar o CNS na Comissão de
198 Acompanhamento da matéria no Senado Federal. Conselheiro **Waldir** comentou sobre a necessidade de
199 cobrar do Senhor Presidente do Senado, Senador **Antonio Carlos Magalhães**, o compromisso de
200 convocação para reunir a referida Comissão de Acompanhamento que, no seu entendimento, seria uma
201 comissão consultiva. Conselheiro **Jocélio** sugeriu que fosse tirada uma nova manifestação do CNS,
202 atualizando tudo o que já fora trabalhado. Conselheiro **Newton** congratulou-se com a Comissão do CNS,
203 enfatizando especial atenção à matéria. Posteriormente, o Conselheiro **Mário** explicou que a Comissão
204 fizera uma Moção para ser encaminhada ao Congresso Nacional, que após apreciação do Plenário, fora
205 **APROVADA POR UNANIMIDADE**. Conselheiro **Oswaldo**, concordando com o teor da Moção, colocou que
206 também gostaria de participar da audiência no Congresso Nacional, vez que o assunto envolvia a questão
207 do idoso. **11.5.** Conselheira **Neide**, colocou mais uma vez sua ansiedade quanto à questão dos renais,
208 solicitando a presença de representantes da Vigilância Sanitária, a fim de prestarem informações sobre o
209 que vem sendo feito em prol do paciente renal. Conselheiro **Newton** informou sobre o compromisso do **Dr.**
210 **Nelson** no sentido que o tema fosse pautado na 74ª R.O.; **11.6.** Conselheira **Lucimar** informou que relativo
211 à Nova Estrutura Regimental do MS, publicada em 22/01/98, com entrada em vigor no dia 02/02/98, o CNS
212 teria 90 dias para enviar contribuições; **11.7.** Conselheiro **Jocélio**, para que não houvesse dúvidas quanto a
213 sua participação no CNS, esclareceu que sua estada em Brasília devia-se à assessoria que presta à
214 CONTAG, porém, sua base operacional continuaria sendo em São Paulo, daí a razão de utilizar passagens
215 e diárias do CNS. A propósito, alguns Conselheiros fizeram alusão ao fato de trabalharem em vários lugares
216 do Brasil, necessitando, por isso, de passagens que não fosse do seu local de origem. Na visão do
217 Plenário, desde que justificado por escrito e com antecedência, não haveria inconveniente, ressaltando que
218 o pagamento das diárias ficasse restrito aos dias de reunião. **11.8.** Conselheiro **Mozart** apresentou
219 comentários relativos à organização da Oficina de Trabalho sobre Política de Medicamentos Genéricos,
220 informando que em reunião foram analisados vários aspectos, dentre os quais destacou: **1.** conceituação de
221 termos, como: produto genérico, nome genérico, produto inovador, bioequivalência, biodisponibilidade, etc.;
222 **2.** apresentação de documentos de posições dos diferentes segmentos presentes na Comissão
223 Organizadora (da indústria, do governo e dos profissionais Médicos e Farmacêuticos). Acrescentou que o
224 documento, após discutido, constituiria objeto de Trabalho da Oficina de Genéricos, prevista para o dia
225 31/03/98; **3.** Criação dos subgrupos e consolidação dos documentos apresentados; **4.** discussão da
226 proposta de agenda, sendo entregue uma cópia aos Conselheiros. Neste sentido, comentou sobre: **a)** a
227 hipótese do Senhor Ministro da Saúde proceder à abertura do evento; **b)** a exposição da metodologia da
228 oficina; **c)** a conferência sobre o tema Genéricos, com um profissional “**expert**” na área; **d)** a elaboração
229 de painéis sobre a garantia de qualidade X vigilância sanitária; Biodisponibilidade de bioequivalência;
230 garantia de qualidade na perspectiva industrial; e Diretrizes para construção de uma política de genéricos;
231 **e)** os debates e consolidação das propostas apresentadas; e **f)** a Plenária final. **11.9.** Conselheira **Neide**
232 informou que, após várias gestões feitas pelo grupo de renais junto a Secretaria de Saúde, Vigilância
233 Sanitária e Ministério da Saúde, nada foi conseguido no sentido de assegurar que a fila de receptores à
234 transplantes, em São Paulo, fosse única e acessível aos interessados e que a Portaria 2.092 fosse
235 respeitada pelos Nefrologistas. Com isto, citou que foram obrigados a entrar com uma representação junto
236 ao Ministério Público do Estado, que fora acatada pelo órgão. **11.10.** Conselheiro **Gilson** comentou sobre a
237 falta de transparência nos critérios de convênios para o combate ao *Aedes aegypti* solicitando ao CNS que
238 se manifestasse perante a Fundação Nacional de Saúde. Questionou à Coordenação Geral se o
239 Conselheiro **Carlos Alberto Komora Vieira** teria afastado-se do CNS. **ITEM 02 - AGENDA BÁSICA DO**
240 **CNS/98** - Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde, **Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**,
241 introduziu a proposta de Agenda Básica para 1998, destacando que se tratava de um documento preliminar,
242 resultado de uma discussão entre a Secretaria Executiva do Conselho e a Comissão de Acompanhamento

243 formada pelos Conselheiros **Solon, Carlyle e Jocélio**. A expectativa era de que os itens fossem discutidos
 244 e sugeridos alterações e aprimoramentos, para posterior aprovação. Antes do documento ser colocado em
 245 discussão, **Nelson** fez uma breve explanação sobre o critério utilizado na sua elaboração, critério este que
 246 estava fundamentado em uma visão, a qual, naquele momento, também estava sendo submetida à
 247 reflexão, discussão e aprovação pelos Conselheiros. Esta visão era a seguinte: os temas que vêm sendo
 248 discutidos pelo Conselho, principalmente com referência a modelos de atenção, modelos de gestão e à
 249 estrutura de gastos do SUS, têm entrado nas pautas de uma maneira bastante pontual e eventual. O
 250 Coordenador do Conselho relacionou algumas das discussões ocorridas no Plenário sobre estes três
 251 temas, como a mesa redonda, dada pela professora **Célia de Almeida**, da Escola Nacional de Saúde
 252 Pública - ENSP, sobre estudo comparado de modelos de gestão de vários países desenvolvidos, o
 253 documento elaborado propondo alternativas à proposta de organizações sociais do MARE no qual se fazia
 254 fazendo uma crítica ao “**burocratismo**”, ao “**estatismo**”, momentos, nos quais eventualmente, houve
 255 discussões bastante importantes referentes a modelos de atenção, modelos de gestão e estruturas de
 256 gastos. Porém, ele destacou que o Plenário não havia tido a possibilidade de sistematizar, aprofundar e dar
 257 uma direcionalidade a tais enfoques, de tal maneira que, quando entram nas pautas assuntos referentes à
 258 questão financeira - PEC 169, ao caráter adicional e não substitutivo da CPMF, à orçamentação do SUS,
 259 ao não contingenciamento dos orçamentos aprovados e à plena execução do orçamento aprovado - a
 260 discussão vinha sendo feita de uma maneira bastante descolada, e aparentemente descomprometida, com
 261 o modelo de gestão. Desta forma, a proposta da Comissão de Acompanhamento era, no sentido de se
 262 pautar a discussão sobre a questão financeira, atrelada à sistematização, ao aprofundamento como
 263 também à direcionalidade demandada pelo modelo de gestão que se quer alcançar, e à consequente
 264 estrutura de gastos para o sistema de saúde. Sob esta perspectiva, **Dr. Nelson** destacou os três primeiros
 265 dos oito itens propostos para a Agenda 98 - acompanhamento da implementação da NOB-96; reforma do
 266 Estado no âmbito geral e específico da saúde; e modelos de gestão também no âmbito geral e específico
 267 da saúde - sendo que o segundo deles, desdobrava-se em três outros itens: formulação política e
 268 estratégia; aprofundamento da contra-proposta aprovada no Conselho às organizações sociais do MARE; e
 269 o significado e perspectiva das escolas de governo e dos cursos de gestores em fase de criação e
 270 implementação em nível nacional. Os itens subsequentes seriam repetição da Agenda Básica de 97: finanças
 271 e orçamento do SUS; controle social, com ênfase na capacitação de conselheiros nas três
 272 esferas de governo; a inclusão de item relativo ao funcionamento das Comissões do Conselho, para o qual
 273 foi definida uma metodologia de avaliação e correção das atuais dispersões observadas; as políticas de
 274 acompanhamento dos programas prioritários do Ministério da Saúde, que na avaliação do coordenador
 275 geral do CNS também vêm sendo discutidas de forma pontual e sem uma direcionalidade que leve a
 276 deliberações e à realização das metas do Conselho. O último item apontado foi o próprio funcionamento do
 277 CNS, no que diz respeito ao acompanhamento e avaliação das decisões, já colocado anteriormente, em
 278 outras reuniões, em Plenário. Terminada a introdução do Coordenador Geral do CNS, a proposta foi
 279 colocada em discussão. A Conselheira **Zilda Arns** comentou que a proposta era bastante ampla,
 280 dependendo de direcionamento mais específico e sugeriu que no item acompanhamento da implementação
 281 da NOB-96 enquanto instrumento de aperfeiçoamento do SUS, fosse acrescentado “**e mudança de**
 282 **modelo de saúde**”. No item relativo a políticas de acompanhamento dos programas prioritários do MS,
 283 a Conselheira destacou ausência do programa de redução da mortalidade infantil, como também solicitou a
 284 inclusão de programas como PACS, PSF e similares, destacando a Resolução específica do CNS sobre
 285 este tema ainda, o fato de estes programas estarem contemplados na NOB-96. Um outro aspecto
 286 considerado pela Conselheira **Zilda** foi o acompanhamento das decisões do CNS, que considera de grande
 287 importância mas que até aquela data nada de concreto acontecera. Citou que havia cerca de 3 (três) anos
 288 que os Conselheiros já haviam decidido sobre o acompanhamento das resoluções que foram homologadas
 289 ou que não foram homologadas e não operacionalizadas. Solicitou esclarecimento quanto à menção de
 290 “**protocolos, instrumentos e indicadores sensíveis**”. O Coordenador **Dr. Nelson** esclareceu
 291 que o protocolo incluiria uma metodologia com instrumentos de análise e avaliação, que deveriam ter sido
 292 trazidos previamente para o Plenário. A Conselheira **Zilda** comentou que, por diversas vezes, fora
 293 solicitado, mas sem sucesso, que o Secretário de Assistência à Saúde viesse ao Conselho esclarecer sobre
 294 assuntos ligados à sua Secretaria. Na opinião da Conselheira, estava faltando articulação do CNS com as
 295 Secretarias do MS pois muitas vezes, os dirigentes ignoravam discussões havidas no Plenário e tomavam
 296 decisões contrárias às decisões do Conselho. A Conselheira comentou que em gestões anteriores, estas
 297 Secretarias estavam mais presentes. Apesar da presença da Conselheira **Lucimar**, representante do
 298 Ministério, a Conselheira **Zilda** apontou que no caso de temas específicos, como a Vigilância Sanitária,
 299 deveriam estar presentes as pessoas que dirigem estes órgãos, uma vez que estas políticas deveriam ser
 300 mais aprofundadas se os Conselheiros quisessem realmente alcançar o controle da execução destas
 301 políticas e resultados. Conselheiro **Omilton** afirmou sobre a existência de uma dispersão, pois não
 302 conseguia perceber nenhuma ação pontual. Ele lembrou que, em vários eventos ocorridos no ano anterior,
 303 fora proposta a vinda de pessoas que nunca apareceram, e sobre as quais os Conselheiros não tiveram

nenhuma informação sobre tais ausências. Citou o caso de um vereador de São Paulo que estaria bloqueando a constituição legal do Conselho Municipal de Saúde, fato que gerara toda essa situação do Programa de Assistência à Saúde - PAS, e também a informação sobre a compra de 250 milhões de camisetas pelo MS, ocasião em que ele havia proposto a vinda dos representantes do empresariado nacional ao Conselho para saber porque eles não poderiam fornecê-las ao MS. Citou também a ida da Secretaria da Vigilância Sanitária ao Conselho que como estava recém-empossada no cargo, ficara de esclarecer sobre alguns fatos numa próxima visita, que até aquele momento não acontecera. Na opinião do Conselheiro, o trabalho do Conselho estava sendo mediocrito: (sic) *"as pessoas não vêm, não cumprem, não há um follow-up, no entanto, estamos brigando para aumentar o espaço do Conselho"*. O Conselheiro desabafou sobre sua descrença com relação à proposta da Agenda para 98, e afirmou que *"as esferas superiores do MS não estavam interessadas em tratar de temas relevantes para a sociedade no que concerne à saúde, uma vez que não compareciam ao Conselho"*. O Conselheiro **Omilton** fez também críticas à Comissão que trata do acompanhamento da Agenda Básica, com relação aos critérios usados para formular as pautas das reuniões, pois muitos assuntos não apareciam nas pautas e não havia um retorno aos Conselheiros. Ele classificou a proposta como um (sic) *"planão, um projetão, que vai provocar muitas discussões e mas sem uma avaliação de custo-benefício"*. Conselheiro **Mozart** destacou que era muito importante que a Agenda contemplasse aquelas questões que sempre colocam em crise o sistema, a sua doutrina. Tais questões eram fáceis de identificar, ele próprio, no início da administração do Ministro Albuquerque, encaminhara ao Ministro um documento sobre o assunto. Uma das questões era a dos renais crônicos, uma outra questão referia-se a sangue e hemoderivados. O Conselheiro **Mozart** destacou que faltava incluir item específico sobre maternidade de alto risco, e berçário de alto risco. Comentou que a situação atual das UTIs neonatais no Rio de Janeiro era igual ao que já acontecera em outras partes do país, uma vez que o problema real continuaria, colocando o sistema em risco. Como exemplo, ele citou o caso do Instituto Matero-Infantil de Pernambuco - IMIP, que em decorrência de sua filosofia de atender a todos, recebia as crianças dispensadas por hospitais, pois necessitavam de cuidados mais caros. Estas crianças, como consequência da falta de um sequenciamento devido, geralmente, iam a óbito, e os médicos do IMIP nada mais podiam fazer. O Conselheiro **Mozart** destacou que o diretor do IMIP, **Dr. Fernandes Figueira**, fazia questão de mostrar esse quadro quando alguém visitava o hospital, que o próprio diretor, considerava um absurdo. Outras questões geradoras de crise no sistema apontadas pelo Conselheiro **Mozart** foi a venda de medicamentos sem controle e as epidemias relacionadas às doenças transmissíveis controladas por vacinas, como a que acontecera em São Paulo há pouco tempo. Para o Conselheiro estas questões deveriam ser colocadas de modo que o MS, os Secretários, tivessem políticas explícitas para elas, uma vez que todas tinham sua solução. Ele completou sua fala, comentando que guardara uma cópia do documento que havia entregue ao Ministro **Carlos Albuquerque**, no início de sua administração, o qual colocava à disposição da Comissão de Acompanhamento. Conselheiro **Newton** fez uma observação complementar à fala do Conselheiro **Mozart**, chamando atenção para aqueles aspectos maximizados pela mídia, como por exemplo, os percentuais ou número de óbitos de prematuros. Ele relatou a experiência que vivera no Ceará, como coordenador dos hospitais universitários, na Maternidade de Escola da Universidade Federal do Ceará, considerada maternidade padrão pela excelência da assistência prestada. Na ocasião, foram registrados 75 óbitos de prematuros e a análise das fichas mostrou que todos os pacientes estavam na faixa de prematuros inferiores a 1kg - que muito raramente sobreviveriam - além de serem, também, prematuros vindos de outras maternidades, cujas mães não haviam passado pelo pré-natal, apesar da gravidez de alto risco. Conselheiro **Newton** alertou que estas análises deviam ser feitas com muita frieza para não passar uma imagem muito negativa do tratamento materno-infantil oferecido pelo SUS. Conselheiro **Mozart** apoiou a colocação do Conselheiro **Newton**, mas considerou que a mídia explorava estes fatos, porque não existia um comportamento pró-ativo por partes dos técnicos e dos órgãos de saúde. Conselheiro **Mário Scheffer** comentou que a Agenda Básica estava muito mais para consumo interno do próprio Conselho Nacional de Saúde e do próprio SUS, do que para os anseios da sociedade quanto aos assuntos mais relevantes, mais atuais. Para ele a Agenda tinha que mesclar estas demandas às discussões imprescindíveis, sobre NOB e orçamento, uma vez que o Conselho tinha que responder com discussões amadurecidas sobre assuntos com impacto direto e imediato na vida da sociedade. Na opinião do Conselheiro, no ano de 97 temas importantíssimos ficaram como informes, em segundo plano, e a resposta do Conselho viera depois que a situação já fora amplamente discutida ou quando o problema já estava iminente. Um exemplo apontado pelo Conselheiro foi a regulamentação dos planos de saúde, que na sua opinião não tivera atenção devida. Outro exemplo foi o aborto legal na rede do SUS, assunto que o CNS discutira às pressas e depois que a discussão já tinha tomado toda a sociedade e a mídia. Outras questões apontadas foram: a lei de transplantes, à qual o CNS ainda não se manifestara quanto à sua alteração; a mortalidade nas UTIs neonatais e nas clínicas geriátricas; as epidemias e o custo da AIDS. Com relação a este último item, o Conselheiro informou que o IPEA divulgaria um estudo, em fins de 97, revelando que o custo da AIDS em 98 seria de 2,2 bilhões, entre medicamentos e assistência, valor que

365 representaria 10% do orçamento global do SUS. O Conselheiro **Mário Scheffer** concluiu sua fala, 366 enfatizando que uma Agenda Básica para o Conselho Nacional de Saúde devia produzir impacto na vida 367 das pessoas, devia dar atenção privilegiada aos assuntos mais momentâneos, em resposta à sociedade 368 representada pelo Conselho, mesclando estes temas àquelas questões umbilicais que vão movimentar o 369 SUS, como NOB e orçamento. Conselheira **Lucimar** retomou a questão das UTIs neonatais, relatando uma 370 experiência sua ao fazer o parto de uma adolescente, que tinha seguro de saúde, e cujo bebê prematuro 371 necessitou de ser internado na UTI da casa de saúde onde ocorreu o parto. Para surpresa da Conselheira, 372 o plano de saúde não pagava os cuidados do bebê e, como adolescente não podia pagar a diária de 1.200 373 reais, a Conselheira travara uma batalha para conseguir uma UTI no SUS para a criança. A partir desta 374 experiência, a Conselheira afirmou que este aspecto tinha que constar da discussão sobre planos de saúde. 375 Um outro aspecto destacado pela Conselheira foi a mortalidade perinatal, que ela classificou como grande 376 contribuinte para a mortalidade infantil no Brasil e uma das mais difíceis de serem reduzidas, uma vez que 377 estava diretamente relacionada à qualidade da assistência pré-natal. A Conselheira enfatizou que era 378 preciso fazer estudos sobre os padrões desta assistência, pois, caso contrário, não haveria limites para as 379 UTIs e para maternidades de alto risco. Para ela, a discussão sobre mortalidade perinatal não poderia 380 ocorrer em separado à da qualidade da assistência pré-natal, ao lado dos investimentos em UTIs era 381 preciso também monitorar a assistência às gestantes, especialmente no caso de partos prematuros. Com 382 relação à Agenda, a Conselheira **Lucimar** relatou sua experiência como coordenadora da reunião do 383 primeiro escalão do MS, há mais de um ano, onde no início, os assuntos iam sendo discutidos à medida 384 que surgiam, depois, com a definição de metas prioritárias para o Ministério os temas relacionados a estas 385 metas foram distribuídos em um cronograma para todo o ano. Desta forma, os técnicos sabiam de antemão 386 quando deveriam apresentar as experiências e resultados de seus trabalhos. A Conselheira comentou que, 387 ainda que, alguns itens fossem às vezes retirados de pauta, por causa de algum imprevisto, de um modo 388 geral, todos os problemas do MS tinham sido discutidos sob o ponto de vista técnico, com análise e 389 avaliação crítica. Como o MS havia se comprometido a trazer um de seus dirigentes em cada reunião do 390 CNS, a Conselheira sugeriu que se fizesse um cronograma, deixando uma margem para assuntos não 391 previstos. Conselheiro **Sabino** endossou os comentários do Conselheiro **Mário**. Afirmou que, como usuário, 392 não se sentia contemplado na Agenda proposta pela Comissão de Acompanhamento e que não gostaria de 393 passar 6 (seis) meses ou 1 (um) ano discutindo o orçamento da Saúde, que ele já sabia mais ou menos 394 quanto era destinado. Na opinião do Conselheiro teria que haver um meio de fazer com que este dinheiro 395 aparecesse e chegassem lá na ponta do serviço para atender o usuário da saúde, destacando ser necessário 396 melhorar a Agenda. Conselheiro **Bezerra** - (sic) *“Desde que aqui comecei há cerca de 1 (um) ano 397 como suplente de **Enio Marques Pereira**, Secretário de Defesa da Pecuária, que tem uma 398 agenda muito cheia, me sinto meio fora d’água, tenho uma formação científica muito boa, sou 399 consultor da OPAS, da OMS, da FAO, represento o país em vários fóruns internacionais de 400 agricultura e pecuária. Tudo que fazemos o objetivo final é o homem. Na pecuária e na 401 agricultura temos uma visão diferente do que ocorre aqui”*. Citou inclusive situação muito 402 importante da Vigilância Sanitária comentada pelo Conselheiro **Mozart**. *“Todos nós gostamos de 403 animais e de plantas e, consequentemente, para ter, no final, evitar que o alimento seja 404 sadio, competitivo e não vá contaminar o homem. Neste Conselho aqui, eu vejo com muita 405 honestidade e muita clareza, que há muitos privilégios aqui dentro. Grupos aqui dentro. Como 406 o Conselheiro **Mário** falou, o ano todo se discute orçamento, orçamento e a coisa básica, a 407 saúde elementar, que o MS podia fazer para evitar isso, que o povo vá constantemente ao 408 hospital, isso nunca se discutiu aqui dentro de um aspecto macro de saúde. Se este país 409 tivesse água potável, esgoto e nutrição infantil, certamente não seria tantos hospitais. Vejo 410 grupos aqui de Pastoral da Terra, de aidéticos. Eu não posso entender como vou ter que 411 dispensar um mundo de dinheiro para uma pessoa que já adquiriu um mal que praticamente 412 e não vai ter cura. Eu sou muito realista nestes pontos, e entendo que temos que tratar as 413 coisas de modo direcionado, se quisermos dar uma satisfação à opinião pública. Eu sinto 414 muito pessimismo neste Conselho. E eu digo para mim: Eu tenho uma formação boa, mas eu 415 não sei como posso contribuir neste Conselho. Até que ponto posso contribuir para a saúde 416 deste país melhorar, pois estão morrendo adultos, crianças, intermediários e tudo por falta de 417 atenção primária de saúde. Acho que há um desrespeito do MS para com o Conselho. Então 418 devemos ser otimistas, não adianta programar as coisas se elas não são cumpridas. Aí vem o 419 cara de Roraima, ora se o SUS não dá o dinheiro para lá, alguém tem cuidar da saúde do povo 420 de lá. Seja de que modo for. Vejo aqui também, que problemas políticos são trazidos aqui 421 para dentro. Acho que num fórum desse, a política tem que ficar numa outra área. Aqui tem 422 que ter política de saúde mas não política de pessoas que podem influenciar num 423 determinado cuidado de outras áreas”*. Conselheiro **Waldir** iniciou seu comentário com relação à 424 Agenda Básica, mas antes manifestou que estava pasmo com o que ouvira. Para ele, a Agenda Básica

425 deveria ter, como já tinha, questões gerais como controle social, financiamento, modelo de gestão, recursos
426 humanos. Na opinião do Conselheiro sem estes 4 (quatro) itens, o sistema de saúde não funcionaria. Sua
427 proposta era discutir e dar uma grande visibilidade a questões como a situação dos serviços de urgências e
428 emergências, a assistência aos aidéticos e aos renais crônicos, a assistência ao parto, puerpério, a
429 assistência neonatal, a lei de transplantes, as endemias, como a dengue, interrelacionando-as às questões
430 com o financiamento, modelos de gestão, controle social e RH. Ou seja, discutir as questões gerais,
431 partindo de questões concretas que, na opinião do Conselheiro, iriam chamar a atenção e despertar o
432 interesse da própria sociedade, que assim teria a clareza de perceber que as outras discussões, também
433 são necessárias. Ao finalizar sua fala, o Conselheiro **Waldir** dirigiu-se ao Conselheiro Bezerra (sic) *"Fiquei*
434 *preocupado com suas palavras, porque estou com 50 anos de idade e a vida média do* brasileiro *é 70 anos. Eu vou ter que ser preterido porque vou morrer, espero daqui a 10, 15 ou*
435 *20 anos. Seu pragmatismo me deixou preocupado. Por último, quero dizer também, que eu*
436 *vou ter que sair desta casa, pois não consigo fazer nada na minha vida se não for*
437 *politicamente. Política eu faço todo o dia. O que ocorre é que muitas pessoas fazem política e*
438 *não tem consciência disso. Diferente é fazer politicagem. Agora, política eu vou ter que fazer*
439 *sempre"*. Conselheiro **Bezerra** respondeu ao comentário: (sic). Acho que o Conselheiro **Mesquita**
440 entendeu mal as coisas, ou não entendeu. Eu falei que estão morrendo crianças e idosos e do jeito que vai,
441 vai a pessoa do meio também. Foi o que eu falei aqui. Temos que ter políticas e as casas das políticas que
442 nos discutimos, que não entendemos e não aprovamos é lá naquele dos pratinhos (o Congresso Nacional).
443 Tudo é entendimento aqui; se não houver entendimento aqui, não há no Congresso, não há na minha casa,
444 não há na sua e aí o barco vai por água abaixo. O que estou dizendo para você é que a saúde neste país
445 precisa ser vista no ângulo macro. Eu falei aqui de políticas de saúde, políticas sérias de saúde.
446 Precisamos ver o macro, não as coisas que estão aqui. Por exemplo, quando falei do aidético: se o
447 indivíduo adquirir um mal e não pode ser curado, e você convive com ele, é um outro problema. O que é
448 medicina, medicina é prevenção. Nós temos que fazer com que menos pessoas sejam mais contaminadas.
449 Conselheiro **Waldir**, dirigindo-se ao Coordenador da Sessão afirmou que só queria fazer um comentário:
450 (sic) *Olha Francisco, eu entendi você. A diferença é que lá na minha terra, no Marajó, quando*
451 *um cavalo fica doente, quebra a perna, a gente mata. Ninguém pode fazer com os aidéticos*
452 *isso*. Conselheira **Clair** iniciou seu comentário sobre Agenda Básica indicando que, no item 7, referente a
453 políticas de acompanhamento de programas prioritários do MS, incluindo os protocolos de como analisar e
454 acompanhar, não haviam sido contemplados, devidamente, alguns pontos importantes. Ela sugeriu a
455 inclusão, no referido item de saúde do trabalhador, em função das modificações brutais no plano das
456 políticas econômicas que levam a alterações profundas nas relações de trabalho, entre elas a flexibilização
457 dos contratos e o contrato temporário, situação que a Conselheira classificou como uma perda brutal dos
458 direitos dos trabalhadores brasileiros. Para ela, o Conselho deveria colocar o tema em pauta e propor
459 formas de acompanhamento e controle das relações de trabalho. No que se refere a saúde da mulher, a
460 Conselheira solicitou que fosse dada prioridade às situações diretamente relacionadas, em programas
461 como: PACS, PSF, promoção da saúde, câncer, hemoterapia e hemodiálise, uma vez que a saúde da
462 mulher fica muito diluída nestes vários programas. Conselheira **Clair** argumentou que a população feminina,
463 mais de 50% do conjunto da população, além das características próprias do pré-natal, parto e puerpério,
464 apresentavam doenças ocupacionais e agravos ocorridos durante e após a menopausa, com prevalência e
465 incidência significativas no quadro epidemiológico do país. Um outro tema enfatizado pela Conselheira, para
466 constar da Agenda Básica, foi a bioética. Ela ressaltou que, embora o Conselho tenha uma comissão
467 própria, coordenada pelo Conselheiro **William Saad**, sua sugestão estava baseada nas mudanças que
468 vinham acontecendo na legislação com relação à doação de órgãos, de sangue e o tráfico de crianças para
469 roubo de órgãos, denunciado por **Wolney Garrafa** e **Berlinger**. A Conselheira **Clair**, dirigindo ao
470 Conselheiro **Bezerra**, comentou: (sic) *"Quando falamos na política de saúde, falamos da política*
471 *mais geral, porque uma é absolutamente determinada pela outra. Foi-se o tempo em que, de*
472 *forma funcionalista e absolutamente estreita, se analisava a realidade dentro de*
473 *compartimentos. Dentro do processo de globalização do mundo, a globalização dos agravos e*
474 *da exploração de forma absolutamente consistente. Este tipo de colocação não acontece*
475 *mais. E também quero dizer aos companheiros que representam aqui a AIDS, que acho que o*
476 *raciocínio aqui está na linha de filme sobre a recessão americana 'E não se matam cavalos'.*
477 *Acho bom refletir". Conselheiro Mário* solicitou um aparte - (sic) *"Não poderia deixar de comentar a*
478 *fala do Bezerra porque é uma fala que se não é cruel porque é estúpida. Acho que por causa*
479 *do sobrenome, pela forma de tratar as pessoas como animais e eu queria lhe dizer que não*
480 *são aidéticos, são doentes de AIDS, portadores de HIV. São 500 mil soro positivos e 120 mil*
481 *doentes de AIDS, que tem o direito à vida e à saúde. Talvez existam pessoas sem senso*
482 *humanitário e solidário, mas então podia abrir os olhos e perceber que existe uma legislação*
483 *que assegura a todos os cidadão, inclusive os aidéticos, como você chama, o direito de viver.*

485 *E por último que o Senhor está muito desinformado. Se o Senhor ler os jornais, verá que as*
486 *pessoas já não morrem mais de AIDS se forem tratadas adequadamente com antiretrovírais e*
487 *com acompanhamento médico. Hoje mesmo está nos jornais que houve uma redução de 50%*
488 *de diminuição no número de óbitos. Eu lamento muito de ter um companheiro Conselheiro*
489 *que fala com tamanha estupidez, crueldade, falta de humanismo e solidariedade. Eu tenho*
490 *nojo da tua fala". Em resposta Conselheiro **Bezerra** falou que: (sic) "Tudo isso que eu falei é que ou*
491 *bem, ou mal, o MS faz campanha de prevenção. Medicina é prevenção. O caso do aidético foi*
492 *um exemplo, um exemplo da convicção que eu tenho. Se ele levou para o lado dele, que é um*
493 *grupo de privilegiados aqui dentro deste Conselho, tem outros grupos de privilegiados. Estou*
494 *falando da saúde do país como um todo. Em medicina, se você não se cuidar, não se prevenir*
495 *e depois adquirir doença por ignorância, talvez são pessoas mal conduzidas ou mal*
496 *informadas. Acontece que neste país acontecem duas coisas que fazem falta tremenda: a*
497 *falta de educação e a falta de informação. A informação é hoje o ponto chave de tudo o que*
498 *tem sucesso no mundo. Se você é bem informado, você pode eliminar uma série de*
499 *inconveniências na sua vida e na vida dos outros. Minha fala aqui, foi no sentido de que em*
500 *medicina é melhor prevenir do que remediar o mal". O Conselheiro **Oswaldo** destacou que o papel*
501 *da Agenda Básica de um conselho de saúde, sendo este uma representação popular para cuidar dos*
502 *destinos da seguridade social, deveria expressar as necessidades e demandas em torno deste tema. Ele*
503 *enfatizou que o Conselho Nacional de Saúde precisava examinar e fazer um balanço do que estava sendo*
504 *levado à prática, das suas resoluções, como forma de refletir sobre suas possibilidades enquanto órgão que*
505 *teria que zelar pela aplicação do SUS e da seguridade social. Esgotadas as contribuições dos conselheiros,*
506 *o debate sobre a Agenda Básica de 1998 foi encerrado e as modificações sugeridas incorporadas ao texto.*
507 *Na manhã seguinte, o texto já alterado foi distribuído aos conselheiros, que então verificaram se suas*
508 *sugestões haviam sido plenamente contempladas. A Conselheira **Albaneide** pediu que fosse incluído "**e***
509 **questões de alimentação e nutrição**" em complementação ao item "**carências nutricionais**",
510 *como também a inclusão de "**causas perinatais**" no item redução da mortalidade infantil. A Conselheira*
511 ***Clair** solicitou que, no item "**doenças e acidentes de trabalho**", fosse acrescentado "**Incluindo as***
512 **especificidades da saúde da mulher**". A Conselheira **Zélia** pediu que fosse incluído item relativo a
513 *saúde dos portadores de deficiências e a Conselheira **Zilda** indicou que, no item controle social, fosse*
514 *acrescentado sobre a importância da disponibilidade de informações atualizadas e de consulta imediata na*
515 *Internet e em outros meios de comunicação, sobre as remessas de verbas para estados e municípios. O*
516 *Conselheiro **Gilson Cantarino** comentou que a expressão "**além da Agenda de 1997**" soava como*
517 *excludente quanto às prioridades da Agenda de 98 em relação a do ano anterior. Sugeriu a expressão*
518 **"incorporando a Agenda Básica de 1997"**. O Conselheiro **Omilton** alertou que não fôra incluída a
519 *observação do Conselheiro **Mozart** quanto às questões que geram crise no sistema de saúde. O*
520 *coordenador do CNS afirmou que estas questões estavam contempladas no item "**Políticas de***
521 **Acompanhamento de Programas Prioritários do SUS e Questões de Saúde de grande**
522 **atualidade e impacto na opinião pública**". Dr. **Nelson** destacou a direcionalidade da Agenda de
523 *1998 em relação à anterior, esclarecendo que em um documento como aquele não cabiam muitos*
524 *detalhamentos sobre a metodologia das discussões. Incorporadas as novas sugestões, a Agenda Básica de*
525 *1998 foi aprovada. ITEM 03 - NOVA ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE -*
526 **APRESENTAÇÃO DR. AILTON DE LIMA RIBEIRO** - O Coordenador da Mesa, Conselheiro **Newton**,
527 *passou a palavra ao Dr. **Nelson**, que justificou a ausência do apresentador do tema. Dr. **Nelson** explicou,*
528 *então, que o Decreto que criara a nova estrutura regimental do MS, fora elaborado pela Casa Civil da*
529 *Presidência da República, com a colaboração de Servidores do Ministério da Saúde. Disse que contactou*
530 *com o Dr. **Ailton** para apresentação do tema, mas que o mesmo, em virtude de compromissos já*
531 *assumidos para a mesma data, pedira adiamento de sua presença para a Reunião Ordinária do mês de*
532 *março/98. Encaminhou, no entanto, os originais do Decreto, que foram reproduzidos e inseridos nas pastas*
533 *de cada Conselheiro(a) para tomada de conhecimento, análise e estudos sobre o mesmo. Aproveitando a*
534 *oportunidade, Dr. **Nelson** enfatizou que, com a edição deste Decreto, a Coordenação Geral do Conselho*
535 *Nacional de Saúde voltaria a estar vinculada ao Gabinete do Senhor Ministro da Saúde. Explicou, também,*
536 *que a Secretaria Executiva não opinara sobre as competências do CNS ali estabelecidas, e por isso,*
537 *poderiam as mesmas ser alteradas, dependendo dos estudos e sugestões que forem procedidos por este*
538 *Colegiado. ITEM 04 - RELATÓRIO DA PRIMEIRA REUNIÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO*
539 **SOCIAL EM SAÚDE DO CNS E PLANO DE TRABALHO** - Conselheiro **Mário Scheffer**, informou que, no
540 *último dia 20, fora instalada a Comissão de Comunicação Social do Conselho Nacional de Saúde com a*
541 *participação de representantes do CONASS, CONASEMS, da Assessoria de Comunicação do Ministério da*
542 *Saúde, da ABRASCO, do Fórum Nacional de Educação Popular em Saúde, e da CNBB/Pastoral da*
543 *Criança. Adiantou, que o representante do Fórum pela Democratização da Comunicação e a Conselheira*
544 ***Margareth Arilha** justificaram as respectivas ausências, registrando que os assessores de comunicação do*

545 CNS, **Fernando Cartaxo** e **Sônia Rocha** participaram da primeira reunião. Citou, em seguida, os quatro
 546 principais objetivos da recém instalada Comissão: **1)** assessorar o CNS quanto à formulação e avaliação de
 547 políticas e estratégias de comunicação no campo da saúde, valorizando os princípios da descentralização e
 548 do controle social; **2)** assessorar o CNS no exame dos conteúdos éticos de comunicação na área de saúde;
 549 **3)** estimular e consolidar a democratização do acesso à informação, inclusive, referente à legislação e ao
 550 orçamento/investimento da comunicação em saúde; e **4)** favorecer a articulação entre os núcleos de
 551 pesquisa/ensino e executores de políticas e estratégias de comunicação do Sistema Único de Saúde - SUS.
 552 Informou que as reuniões da Comissão seriam bimestrais necessitando do apoio da assessoria técnica do
 553 Conselho, observando que, em alguns momentos, poderia necessitar da criação de grupos de trabalho,
 554 parcerias, convênios e assessorias externas para executar tarefas e projetos específicos. Colocou em
 555 apreciação o Plano de Trabalho da Comissão, destacando os seguintes pontos: **1)** necessidade de
 556 normatização das campanhas publicitárias em saúde, no sentido de que campanhas de massa devam ser
 557 planejadas, licitadas, articuladas com as áreas técnicas, tendo as suas prioridades, conteúdos e verbas
 558 aprovadas por instâncias de controle social. Frisou que a Comissão teria por tarefa elaborar uma proposta
 559 de resolução, que tratasse da regulamentação e normatização das campanhas publicitárias em saúde.
 560 Lembrou, ainda, que as campanhas seriam uma “**caixa preta**”, sem transparência do quanto se gasta,
 561 destacando que muitas campanhas não tinham aprovação das áreas técnicas e apresentavam problemas
 562 sérios, exemplificando o cartaz estampado na parede do CNS “**A AIDS TEM REMÉDIO**”. Constatou ser
 563 esta campanha bastante criticada e que não teria passado pelo CNS nem por organizações de luta contra a
 564 AIDS. Definiu esse exemplo como uma campanha mentirosa, dirigida a quem tem AIDS, dizendo que a
 565 AIDS teria remédio e tratamento, frisando que nem todos os remédios seriam encontrados em todos os
 566 postos de saúde. Ressaltou que, para quem não tem AIDS, esta campanha poderia suscitar e/ou amenizar
 567 a adoção das medidas preventivas. Citou que poderia discorrer sobre estas falhas em inúmeras campanhas
 568 publicitárias, principalmente as feitas pelo MS, mas, também, as realizadas pelas Secretarias Estaduais e
 569 Municipais de Saúde; **2)** proposta de consolidação de ações de comunicação no âmbito dos conselhos de
 570 saúde; **3)** elaboração de um plano de descentralização de projetos e ações de comunicação em saúde; **4)**
 571 proposta de capacitação das Assessorias de Comunicação do SUS; **5)** levantamento de todos os projetos e
 572 serviços de comunicação já institucionalizados no SUS, integrando a Comissão a estes projetos, com o
 573 objetivo também de produzir um catálogo de “**quem é quem**”, na comunicação em saúde; e **6)** produção
 574 de uma síntese de todos os documentos e bibliografias na área de comunicação em saúde. Esclareceu que
 575 esses seriam os pontos que poderiam ser avançados em 1998, colocando que a Comissão estaria aberta a
 576 outras demandas que o Plenário do CNS viesse a sugerir, assim como a assessoria de comunicação do
 577 próprio Conselho, que trabalharia numa “**mão-dupla**”. Desta forma, submeteu o plano de trabalho ao
 578 plenário. Conselheiro **Omilton**, indagou se essa Comissão estaria integrada e como seria essa integração
 579 com a Assessoria de Comunicação/MS; se a mesma seria autônoma; se produziria em função das
 580 discussões do CNS, ou se atuaria no âmbito do MS. Conselheiro **Mário** fez referência que a assessoria
 581 teria sido criada com o objetivo de colocar o Conselho na “**mídia**”, produzir o jornal e viabilizar a
 582 comunicação com os conselhos estaduais e municipais de saúde. Quanto à Assessoria de Comunicação do
 583 Ministério da Saúde, observou que não seria função da Comissão opinar sobre cartazes produzidos pela
 584 ASCOM. Lembrou que a Comissão não teria autonomia para vetar, aprovar ou propor uma campanha
 585 específica. Conselheiro **Omilton** afirmou que ficaria muito difícil para uma Comissão e uma Assessoria do
 586 Conselho atuarem, por ser o Conselho parte integrante do Ministério da Saúde. Relatou que receberia esses
 587 cartazes para divulgar nas entidades que representava, e por considerar uma “**chacota**”, não se sentiu em
 588 condições para afixá-los. Enfatizou que: primeiro, AIDS não tem remédio e segundo, estaria incitando leigos
 589 a não se protegerem da doença. Levantou reflexões pelo fato de ser criado outro organismo sem interação
 590 com o MS, lembrando da campanha referente ao uso de camisinha durante o carnaval sem que as mesmas
 591 estivessem disponíveis à população e o problema da campanha dos transplantes, em que a sociedade
 592 reclamou, porque primeiro se colocou a lei nas ruas e, posteriormente, foi veiculada a campanha. Ressaltou
 593 que o essencial seria evitar essas falhas e que houvesse Assessoria de Comunicação Social sintonizada
 594 com o conjunto das ações realizadas neste Ministério. Conselheira **Zilda Arns** informou que a Comissão de
 595 Comunicação do CNS funcionaria como as outras comissões, fazem o plano de trabalho e o Conselho
 596 encaminha. Avaliou que o que estaria faltando ao CNS era uma Assessoria de Comunicação para
 597 organizar, divulgar e fazer as coisas chegarem até a população. Enfatizou que seria preciso colocar nos
 598 jornais o que o Conselho decide bem como proceder encaminhamentos ao Ministério da Saúde. Revelou
 599 que seria preciso preservar a autonomia do CNS, evitando-se não se misturar muito com o Ministério da
 600 Saúde. Colocou acreditar que a iniciativa da criação da Comissão de Comunicação deveria ajudar o próprio
 601 desenvolvimento do CNS, e que os conselhos estaduais e municipais de saúde encontram-se sem rumo, no
 602 que se refere a política de comunicação social, podendo desta forma ajudar muito na estruturação dos
 603 Conselhos de Saúde. Quanto à parte executiva, citou que a representação da Assessoria de Comunicação
 604 do Ministério da Saúde estaria contemplada, e que esta deveria trazer à Comissão as necessidades do
 605 Ministério, para que a mesma tendo conhecimento da demanda pudesse ajudar para que o processo

606 acontecesse de acordo com seus objetivos. Conselheiro **Omilton** sugeriu que, como havia representante
 607 da Assessoria de Comunicação do Ministério, na Comissão de Comunicação, seria oportuno que um
 608 representante dessa Comissão participasse da Assessoria de Comunicação do Ministério. Coordenador
 609 **Nelson** esclareceu que a autonomia do CNS em relação a Direção Única do SUS, seria uma autonomia em
 610 destaque, ganhando concretude em um processo de definições de papéis. Lembrou, ainda, que o Poder
 611 Executivo no Brasil não estaria acostumado a conviver com colegiados de controle social, por ser um fato
 612 recente na história, tendo início na área da saúde. Esta autonomia, ressaltou, tem se manifestado de forma
 613 concreta em algumas das resoluções do Conselho, consideradas pelo Poder Executivo, mas em outros
 614 tipos de decisões e deliberações essa autonomia não tem sido respeitada. Refletiu que se vivia um
 615 processo, onde o Conselho, em seu conjunto, teria que construir uma convivência com o Poder Executivo,
 616 enquanto papel de órgão de controle social, ou seja, formular estratégias e fiscalizar a execução das
 617 políticas. Observou que todas as comissões do Conselho refletem estas dificuldades, tendo comissões que
 618 conseguem, através dos produtos apresentados e aprovados no plenário, contribuir autonomamente e que
 619 outros produtos não obtêm a apreciação do plenário ou são apreciados e aprovados, mas não considerados
 620 pelo Poder Executivo. Analisou que um dos motivos que as comissões não conseguem conquistar mais
 621 espaço, questão esta objeto de um dos pontos da reformulação do regimento, seria corrigir distorções na
 622 trajetória das mesmas, não deixando, portanto, que adentrem nas atribuições de execução e gestão. Citou,
 623 como exemplo, a Comissão de Reforma Psiquiátrica. Balizou, como atribuições das comissões, se aterem a
 624 produzir produtos de formulação de estratégias e controle da execução, enfatizando ser legalmente essa a
 625 missão do Conselho. Desta forma, explicou não ter cabimento, que a Comissão de Comunicação indicasse
 626 um membro para participar da ASCOM, porque se estaria imiscuindo na gestão. Ressaltou que seria lícito e
 627 desejável que a ASCOM tivesse um representante na Comissão de Comunicação, comunicação esta que
 628 teria que ser autônoma. Conselheira **Albaneide** relembrou da Reunião Ordinária em que esteve presente o
 629 chefe da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, colocando a proposta de trabalho da
 630 comunicação, ocasião em que foi levantada pelo Plenário a vinculação da assessoria com o CNS e que se
 631 definiu, resguardando-se da possibilidade de estar equivocada e apesar das várias considerações das
 632 dificuldades apontadas pelo assessor, qualquer propaganda e divulgação era necessário que se remetesse
 633 ao CNS ou a uma possível comissão que seria formada. Indagou **“Como é possível que se defina**
 634 **isto em setembro e hoje rediscute-se esta questão, sem que não se observe esta**
 635 **apreciação das propagandas pelo Plenário ou pela Comissão?”**. Lembrou que já houvera
 636 discussão sobre isso, mas que se fosse preciso amarrar novamente a questão, da vinculação da
 637 Assessoria de Comunicação Social à Comissão de Comunicação, que passasse pela Comissão para
 638 aprovação e posterior divulgação. Conselheiro **Solon**, observou que entendera que a Assessoria de
 639 Comunicação do CNS seria uma situação distinta do Plano de Trabalho da Comissão de Comunicação. A
 640 Assessoria de Comunicação do CNS, teria por tarefa desenhar uma imagem institucional e colocá-la na
 641 mídia, divulgar o trabalho que seria feito e contribuir para o relacionamento com os conselhos estaduais e
 642 municipais. Nesse aspecto, revelou não ter dúvidas quanto à oportunidade e o mérito da iniciativa.
 643 Questionou o plano de trabalho da Comissão de Comunicação, indagando se existiria círculo para se definir
 644 regras numa área complicada como era a da Comunicação Social, que teria diversos interesses envolvidos,
 645 principalmente, econômicos, acrescentando que a área não gostava de interferências. Questionou, ainda,
 646 que estrutura esse trabalho passaria a exigir, considerando que as gafes na área de comunicação social
 647 teriam um enraizamento histórico, viriam de longas datas, não se sabendo quanto de recursos eram gastos,
 648 pois não apareciam na planilha de acompanhamento do CNS. Colocou, como improvável e politicamente
 649 difícil que o CNS quisesse avaliar **“a priori”** as campanhas que o Ministério da Saúde estivesse
 650 desenvolvendo. Assim, solicitou, esclarecimento sobre esta questão. Conselheira **Zilda Arns**, referenciou o
 651 ponto cinco da proposta de trabalho, que abordava o levantamento e integração da Comissão do CNS aos
 652 projetos e serviços de comunicação, institucionalizados no SUS. Disse acreditar que essa iniciativa iria
 653 ajudar muito a integração e a melhoria da comunicação no âmbito do SUS, comentando que, talvez, ao
 654 gabinete do Ministro coubesse outros objetivos além desses. Com isso, a Comissão ajudaria a
 655 comunicação no SUS acontecer. Acrescentou que seria preciso providenciar a capacitação de
 656 comunicadores das Secretarias Municipais e Estaduais. O papel da comunicação, segundo expressou,
 657 seria de consolidar as culturas em relação ao SUS. Constatou, ser um grande avanço a criação da
 658 Comissão de Comunicação e que o CNS deveria deixar que a Comissão funcionasse e aguardasse os
 659 resultados com o tempo. Conselheiro **Mário** esclareceu que não se pretendeu criar uma nova estrutura
 660 executiva no interior do CNS, não sendo o objetivo de Comissão produzir ou avaliar peças publicitárias.
 661 Informou que, quando o chefe da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde esteve no CNS,
 662 surgiu a idéia de se estruturar uma oficina de trabalho em parceria com a ABRASCO. A referida Oficina foi
 663 realizada no Congresso em Águas de Lindóia - SP, nascendo desta a sugestão para que fosse criada a
 664 Comissão de Comunicação, sua composição e a base de seu plano de trabalho. Afirmou que, constava em
 665 ata as declarações do chefe da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, colocando que seria
 666 impossível trazer ao CNS as campanhas para uma avaliação prévia. Observou ser suficiente que as

campanhas fossem aprovadas por área técnica e por alguma instância de controle social. Destacou que a publicação da ONG da qual participa seria financiada com recursos do Banco Mundial, de forma descentralizada, acreditando que seria possível que cada Conselho pudesse ter o seu projeto de comunicação financiado por uma linha especial de crédito do Ministério da Saúde, identificada pela Comissão. Adiantou que se poderia avançar no processo de capacitação para os assessores de comunicação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, realizando oficinas para capacitar os jornalistas da grande imprensa, que não entendem o SUS. Após as explicações, foi **APROVADO** o relatório e o plano de trabalho da Comissão de Comunicação, por unanimidade. **ITEM 05 - REGIMENTO INTERNO DO CNS: INÍCIO DA DISCUSSÃO** - Conselheiro **Newton Leite**, Coordenador da Mesa, passou a palavra ao **Dr. Nelson** o qual informou que, de acordo com entendimentos mantidos com a Comissão de Acompanhamento, seria somente lançado, nessa reunião, o encaminhamento da discussão sobre o regimento, mas a partir da 74ª Reunião Ordinária o mesmo seria amplamente discutido, solicitando aos Conselheiros que trouxessem a cópia do regimento nas próximas reuniões. Destacou os 5 (cinco) capítulos que compõem o regimento, como sendo: **1) NATUREZA E FINALIDADE; 2) COMPETÊNCIAS; 3) ORGANIZAÇÃO DO COLEGIADO; 4) ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA; e 5) DISPOSIÇÕES GERAIS**. No tocante às **COMPETÊNCIAS** elencou aspectos considerados importantes como: **a)** “deliberar sobre os modelos de atenção e de gestão para o SUS”; **b)** “deliberar sobre a proposta de NOB/SUS elaborada pela CIT”; **c)** “definir diretrizes e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros federais alocados ao SUS, incluindo a implementação do seu modelo assistencial e de gestão”; **d)** “aprovar a proposta setorial de saúde, no Orçamento Geral da União e, participar da elaboração do Orçamento da Seguridade Social”; e **e)** “definir Agenda Básica”. Ressaltou, também, a questão da relativização de competências anteriores, tais como: **a)** “deliberar sobre parâmetros assistenciais”; **b)** “deliberar sobre cronograma de transferências de recursos federais”; **c)** “deliberar sobre critérios e valores para remuneração dos servidores” e **d)** “obrigava a todos os planos Estaduais de Saúde a passarem pelo CNS”. Reforçou que o objetivo do CNS seria deliberar diretrizes, políticas e estratégias para que a Direção Única possa decidir parâmetros, cronogramas, transferências, etc. Quanto à questão da **ORGANIZAÇÃO DO CNS**, destacou o item **“composição”** e informou que a Comissão de Acompanhamento e a Coordenação Geral do CNS achavam oportuno que fosse discutida a composição do Colegiado somente após a apresentação da proposta final da Comissão de Reestruturação, a ser apresentada na 74ª Reunião Ordinária. A propósito, o Conselheiro **Ferreira** solicitou que fosse substituído na Comissão de Reestruturação pelo Conselheiro **Olympio**, no que foi atendido. Conselheiro **Dellape** demonstrou preocupação quanto à reestruturação que estava sendo proposta porque alterava um **Decreto Presidencial**. **Dr. Nelson** disse que já havia mantido entendimento com o Senhor Ministro que se mostrara bastante sensível em acatar as alterações de competências propostas no regimento, comprometendo-se, inclusive, a encaminhá-las à consideração do Senhor Presidente da República. **Dr. Nelson** ressaltou, ainda, que houve propostas de normatizações no referente: **a)** ao controle da freqüência dos Conselheiros Titulares e Suplentes; **b)** ao funcionamento das Plenárias; **c)** ao funcionamento das Comissões (**clientela exclusiva**: o Plenário do CNS; **Coordenação**: ser exercida pelo Conselheiro ou Conselheiro responsável pelo acompanhamento; **Resultados**: apresentar relatórios em forma de produtos entendíveis, objetivando com isto, ligar o trabalho das Comissões ao Conselho; **d)** à criação da Comissão de Acompanhamento à Secretaria Executiva do CNS; **e)** à questão da Presidência (Senhor Ministro), Vice-Presidência (Secretário Executivo) e Comissão de Conselheiros (coordenação das reuniões ordinárias, na ausência do Presidente e do Vice-Presidente). Conselheiro **Newton** agradecendo ao Coordenador, franqueou a palavra. Conselheira **Zilda** questionou se havia sido feito estudo sobre o mandato dos Conselheiros, atualmente, de 4 (quatro) anos com proposta de passar para 3 (três). **Dr. Nelson** informou que não teria condições de responder ao questionamento mas que esse assunto viria à tona ao longo das discussões sobre o regimento. Conselheira **Zilda** lembrou, ainda, que se as entidades têm o direito de escolher o representante que queiram, não necessariamente significaria que o mesmo ficasse 1 (um), 2 (dois) ou 3 (três) anos, salientando que esta questão não estaria clara no regimento. **Dr. Nelson** respondeu que o regimento teria que ser alterado, porque toda entidade tinha direito de manter ou trocar o seu representante a qualquer momento. Em decorrência dessa colocação, Conselheira **Zilda** leu o Art. 8º **“Os membros do Conselho terão mandato de até 3 (três) anos, permitida uma recondução com escala de mandatos que proporcione renovação anual de 1/3 (um terço) dos Conselheiros”**, observando que no seu entendimento estava confuso. **Dr. Nelson** frisou que estava antecipando a discussão do assunto, mas que o aspecto da autonomia da entidade substituir seu representante fora garantido pela expressão **ATÉ, “até 3 (três) anos”**, porque antes disso seria de autonomia da entidade fazer a substituição ou manter a representação. Conselheiro **Solon** posicionou-se no sentido de dizer que esse tipo de questão era típico de debates do mérito do tema, ressaltando dois aspectos: **1)** que não se confundisse mandato pessoal com mandato institucional e **2)** o período de duração do mandato. Sugeriu que, por ser a discussão do regimento complexa, a Comissão de Acompanhamento deveria propor uma sistemática de discussão,

728 dando como exemplo, o prazo para emendas. Conselheiro **Newton** concordou e lembrou que fizera
 729 sugestão similar e propôs definir a forma de aprovação, se Capítulo por Capítulo ou outra forma.
 730 Conselheira **Zilda** solicitou que fosse elaborado um quadro comparativo entre o regimento antigo e a
 731 proposta atual. **Dr. Nelson** ponderou que ficaria um quadro muito complexo e sugeriu que fosse distribuída
 732 uma cópia do regimento antigo e que cada Conselheiro comparasse as alterações sugeridas. Conselheiro
 733 **Newton** aceitou a proposta do **Dr. Nelson** e dando continuidade aos trabalhos passou ao item seguinte da
 734 pauta. **ITEM 06 - RELATÓRIO DA COMISSÃO NACIONAL DE REFORMA PSIQUIÁTRICA** - Conselheiro
 735 **Olímpio**, um dos Conselheiros a pedir vistas do relatório da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica -
 736 CNRP, apresentado ao plenário pelo Coordenador da Comissão, fez a leitura do seu relatório que será
 737 anexado a presente ata. Ao final de sua exposição, propôs que fosse designada uma Comissão de
 738 Conselheiros, para avaliar a atuação da CNRP, analisar a sua composição e propor, caso seja necessário,
 739 a modificação de sua constituição e de seu funcionamento, para que se enquadre aos princípios
 740 hierárquicos e operacionais do CNS. E que o assunto volte à Comissão após sua reestruturação, para
 741 análise mais acurada e complementação das propostas de forma a permitir medidas que possam
 742 efetivamente serem implementadas. Comentou, ainda, sobre as manifestações públicas em que a
 743 Comissão, em nome do Conselho, manifestou-se na imprensa, no Dia Mundial da Saúde, solicitando
 744 medidas imediatas para retomada do processo de reestruturação da Assistência em Saúde Mental no
 745 Brasil. Concluiu informando que esse documento deveria ser analisado pelo plenário do CNS e ter uma
 746 resolução do mesmo, aprovada pelo plenário e homologada pelo Senhor Ministro, para depois ser
 747 divulgada. Conselheiro **Gilson Cantarino** agradeceu ao Conselheiro **Olímpio** por ter-lhe encaminhado o
 748 relatório desde dezembro, numa atitude ética, e, que havia solicitado a prorrogação desse item de pauta
 749 para essa reunião, tendo em vista o Coordenador da atual CNRP, ser o representante do CONASEMS,
 750 entendendo ser importante ter uma interlocução com o **Dr. Flávio Resmini**, para que fossem esclarecidas
 751 algumas dúvidas, o que fora feito recentemente, sem no entanto, ter produzido alteração no relatório. Antes
 752 de iniciar a leitura do seu relatório, enfatizou que ele continha partes de um parecer de pedido de vistas de
 753 um outro processo discutido no plenário, apresentados pelos Conselheiros **Dellape** e **Oraida**. Referiu ser
 754 sua posição, já bastante conhecida quanto a questionamentos, quanto à eficiência e eficácia do modelo
 755 hospitalar, para a efetiva melhoria da qualidade da atenção psiquiátrica à população brasileira. Passou a
 756 fazer a leitura na íntegra do seu relatório, que também será anexada a presente ata. Destacando-se como
 757 proposta final com base na análise das matérias e na sua exposição, apresentou as seguintes sugestões ao
 758 plenário do CNS: **1)** reafirmar a desospitalização e o desenvolvimento dos modelos substitutivos, retomando
 759 o programa de apoio a desospitalização e investigando as razões de sua paralisação; **2)** aprovar a
 760 convocação da Conferência Nacional de Saúde Mental para novembro de 1999; **3)** aprovar a proposta de
 761 recomendação da CNRP relativa aos procedimentos de serviços de residência protegida; **4)** aprovar a
 762 redução de leitos para o teto máximo de 250 e determinar a Comissão que desenvolva, juntamente com a
 763 Comissão Tripartite, os estudos técnicos e jurídicos necessários; **5)** estabelecer metas para que o MS
 764 implemente os convênios que propiciem os dispositivos terapêuticos substitutivos, de sorte a compatibilizar
 765 a redução de leitos às novas alternativas assistenciais; **6)** criar Comissão visando estabelecer interlocução
 766 com o MS para análise dos fatores que tem determinado o não cumprimento adequado das metas e
 767 estratégias da Reforma Psiquiátrica, uma vez que o próprio Conselho já se pronunciou sobre a matéria. E
 768 finalmente, demonstrou ao plenário a grade da proposta intitulada **"Niterói no ano 2000 sem**
 769 **Manicômios"**, que bem demonstra a possibilidade concreta da transformação do modelo de assistência
 770 com base na municipalização e na concepção de uma atenção que tem como eixo a integração psicossocial
 771 dos pacientes. **DEBATES:** Conselheiro **Newton Leite**, coordenando os trabalhos da mesa, comentou que
 772 os dois relatórios apresentados pelos Conselheiros conflitavam-se em alguns pontos, porém convergiam em
 773 outros, com uma óptica um pouco diferente. Analisou ser importante que o plenário do CNS aprovasse o
 774 encaminhamento da proposta final ao órgão do Ministério da Saúde que iria cuidar da Saúde Mental para
 775 que se pronunciasse a respeito do assunto. Conselheiro **Olímpio** teceu comentários sobre a publicação na
 776 mídia, sobre a morte de pacientes em Hospitais Psiquiátricos como também sobre o Projeto Paulo Delgado
 777 que tentava confundir Manicômio com Hospital Psiquiátrico. Conselheiro **Dellape** teceu comentários sobre o
 778 modelo hospitalocêntrico e a desospitalização, lembrando que desde 1982 ouvia o assunto na época do ex-
 779 INAMPS, quando era Presidente o **Dr. Hésio Cordeiro**. Comentou que os Hospitais Psiquiátricos foram
 780 criados por não haver outra estrutura que atendesse a população. Acrescentou que hoje a desospitalização
 781 é praticada no mundo inteiro e para que fossem reduzidos os custos hospitalares, deveria ser melhorada a
 782 rede ambulatorial de alta resolutividade em todas as áreas, inclusive, na psiquiátrica. Concordou que
 783 precisa ser feita a Reforma Psiquiátrica, mas por quem conheça o assunto. Quanto ao número de 250 leitos
 784 proposto pelo Conselheiro **Gilson**, considerou ser o mesmo cabalístico, assim como ser importante os
 785 aspectos legais que estão conflitantes nessa questão. Finalmente, propôs que antes da tomada de qualquer
 786 decisão, fosse ouvido um advogado para avaliar a parte jurídica e que o número de leitos proposto de 250,
 787 também, fosse analisado. Conselheira **Zilda Arns** considerou que a humanização da Medicina caminha de
 788 encontro com a desospitalização, comentando que os doentes mentais seriam muito diferentes de

789 portadores de outras patologias. Propôs que os dois relatórios fossem encaminhados a mesma Comissão,
 790 para nova avaliação, avocando-se advogados para que fosse feita nova proposta. Conselheira **Mariza**
 791 comentou ser favorável a Reforma Psiquiátrica, mas posicionou-se contrária à limitação do número de leitos
 792 psiquiátricos, considerando que gradativamente seriam reduzidos. Solicitou ao plenário, através do
 793 Coordenador da Mesa, a palavra, para **Sra. Stela Monforte**, Presidente da Associação de Amigos e
 794 Familiares de Doentes Mentais com Dependência Química de São Paulo, o que foi acatado pelo Colegiado.
 795 A **Sra. Stela** referiu estar falando em nome de familiares e que teria um filho portador de Esquizofrenia, cuja
 796 a primeira crise ocorreu aos 17 anos. Comentou que os familiares, mãe, esposa, filhos jamais agiriam com
 797 comodismo para internar os seus pacientes portadores de doença mental como havia dito o Conselheiro
 798 **Gilson**, que imediatamente solicitou um aparte alegando ter sido mal interpretado e que jamais falou o
 799 nome "**comodismo dos familiares**", que não gostaria de ser tratado como bandeira de luta e que a
 800 mesma já estaria com idéia preconcebida a seu respeito. A **Sra. Stela** desculpou-se e dando continuidade,
 801 informou que seu segmento seria favorável aos NAPS, CAPS e Lares Abrigados, porém, como
 802 complementação ao sistema e não como substituição dos hospitais psiquiátricos. Propôs como solução a
 803 fiscalização desses hospitais, alegando que os doentes mentais em crise não seriam atendidos nos
 804 Hospitais/dia. Solicitou, na condição de mãe de paciente psiquiátrico há 16 anos, que fossem mantidos
 805 esses hospitais. Conselheiro **José Lião** deu seu testemunho como irmão de familiar com problemas de
 806 saúde e por já haver trabalhado em Hospitais Psiquiátricos. Parabenizou os Conselheiros, solicitando o
 807 encaminhamento dos relatórios à uma Comissão, para que fosse avaliada a questão. Conselheiro **Amorim**
 808 disse ser histórica a frase "**se não está funcionando vamos acabar**", porém, sua proposta não
 809 seria de fechar os hospitais e, sim, humanizá-los. Relatou que o MS não vem mais apoiando um número
 810 elevado de leitos, lembrando que os 250 leitos referidos pelo Conselheiro **Gilson** não seria cabalístico e sim
 811 preconizado pela OMS. Concluiu que os dois relatórios estariam coincidentes nesse ponto e que deveriam
 812 ser melhor avaliados e encaminhados à área específica do Ministério da Saúde para que a mesma se
 813 pronunciasse. Conselheiro **Oswaldo** frisou que o CNS não deveria ser colocado no mesmo plano de
 814 discussão dos doentes com outras patologias. Conselheiro **Jocélia** informou que o texto de origem
 815 apresentado pelo Conselheiro **Olímpio** teria sido pautado em documento do ex-Secretário de Saúde de
 816 Alagoas, **Humberto Gomes de Melo**, Assessor do Departamento de Psiquiatria da FBH. Nesse sentido,
 817 chamou a atenção para, o contido no parágrafo IV - do relatório, que ao invés de defender uma concepção
 818 de Reforma Psiquiátrica, se prendia a desqualificar o CNS, o maior órgão de controle social neste país,
 819 retirando do mesmo competências legais dos interlocutores da Sociedade. Comentou que se o plenário
 820 aprovasse um relatório com este teor desconsideraria a CNRP, que fora composta pelo mesmo, para
 821 assessorá-lo. Quanto ao números de 15 (quinze) integrantes lembrou, também, que fora uma decisão do
 822 plenário aprovada excepcionalmente e que o relatório apresentado pelo Coordenador da Comissão,
 823 sugerindo normas, especificando que caberia ao CNS tomar a decisão, não se configurava como
 824 desrespeito. Ao contrário, do relatório apresentado pelo Conselheiro **Olímpio**, que desqualificava o CNS e
 825 continha conclusões protelatórias. No que se refere ao documento apresentado pelo Conselheiro **Gilson**,
 826 observou que o mesmo retratava experiência de um profissional da área com conhecimento do drama
 827 vivido pelo paciente psiquiátrico. Observou que a redução dos 34.000 mil leitos psiquiátricos teria sido por
 828 motivo econômico e não porque os proprietários de Hospitais Psiquiátricos estivessem sensibilizados com a
 829 proposta de Reforma Psiquiátrica. Ressaltou que o relatório não preconizava mudança no tratamento de
 830 pacientes cronificados, o que era proposto pelo Conselheiro **Gilson**. Referiu que em nenhum momento
 831 teriam propósito em terminar com o tratamento do paciente, psiquiátrico e sim o que vem sendo previsto no
 832 relatório do Conselheiro **Gilson**, inclusive, com a experiência citada de Niterói, que seria de dar o
 833 tratamento adequado, destacando que aqueles pacientes cronificados poderiam, eventualmente, ser
 834 internado em outro tipo de Hospital. A propósito, lembrou que essa problemática vem sendo estudada pela
 835 CNRP, inclusive, porque em sua composição está representada por associação de familiares e de ex-
 836 pacientes escolhidos pelo plenário. Concordou que a proposta do Conselheiro **Gilson** de referendar o que
 837 já fora aprovado pelo plenário do CNS, com alguns pontos a serem acrescidos, como exemplo no item IV
 838 do relatório, onde existe o teto máximo de 250 leitos, propôs que fosse estudada pela Comissão Tripartite
 839 através de uma análise técnico-jurídica. Recomendou-se como proposta final, a aprovação do relatório do
 840 Conselheiro **Gilson** na íntegra, por ser compatível com as resoluções que o plenário já havia aprovado.
 841 Conselheiro **Artur** esclareceu que o segmento dos usuários deveria estar representados pela Saúde
 842 Mental, não só as pessoas com deficiência mental, como aquelas problematizadas mentais. Disse que
 843 estaria existindo questionamentos quanto à representação de Saúde Mental dentro do segmento, sendo
 844 proposto um Encontro Nacional ou de pessoas doentes ou de familiares para definir quem representaria ou
 845 seria o interlocutor dentro do segmento. Apoiando o relatório do Conselheiro **Gilson**, fez considerações
 846 sobre Hanseníase, comparando com a questão da Saúde Mental, onde estariam havendo mudanças.
 847 Propôs juntar os itens IV com V do relatório do Conselheiro **Gilson** e determinar que a Comissão
 848 desenvolva juntamente com a Comissão Tripartite, estudos técnicos e jurídicos para que o Ministério da
 849 Saúde implemente convênios que propiciem os dispositivos terapêuticos substitutivos, de sorte a

compatibilizar a redução de leitos às novas alternativas assistências. No seu entendimento, sendo isso feito, tranquilizariam 9 (nove) representações de Associações presentes no CNS. Coordenador da CNRP - **Dr. Flávio Resmini** agradeceu a oportunidade de esclarecer ao plenário, e estabelecer que a Comissão vinha se reunindo desde 1993, a partir da indicação da Conferência Nacional de Saúde Mental, não com o objetivo de “**fechar hospitais**” e sim de estruturar uma Reforma Psiquiátrica, através de deliberações do CNS, objetivadas de avaliações técnicas da Comissão. Comentou ser médico psiquiátrico e, atualmente, Secretário Municipal de uma cidade com 50 mil habitantes e que há 10 anos trabalha em uma comunidade de atenção à Saúde Mental onde funcionam NAPS, CAPS, Pensões Protegidas e Unidades de Internações em Hospital Geral. Lembrou dentro da posição de discussão da CNRP foram trabalhados vários assuntos. Em 1995 foi considerada uma das Comissão que mais produziu recomendações ao plenário do CNS, dentre essas: **1)** a implantação dos NAPS, CAPS, Pensões Protegidas; **2)** e o PAD. Porém, chamou a atenção para o fato de as resoluções do CNS não se transformarem em ações efetivas por parte das autoridades competentes. Referiu, ainda, que a CNRP havia estado em silêncio por quase 2 (dois) anos, 1997 e 1996, e quando voltara a se reunir, recentemente foram desenvolvidas ações dignas de serem consideradas como extração, o que traz a discussão novamente ao plenário e sendo reconhecidamente rica na área de Saúde Mental, ainda assim podendo estar esquecidas no país. Comentou que a CNRP tem representações de familiares, CONASS, CONASEMS, da Associação Brasileira de Psiquiatria, das representações dos Hospitais Privados, Misericórdias, etc... todos com visão sobre a Reforma Psiquiátrica não podendo sair nada diferente da Comissão, do que idéias, que venham reformular a Assistência Psiquiátrica no país. Conselheiro **Gilson Cantarino** comentou que, quando havia assinalado o número de 250 leitos, não seria como um número cabalístico, conforme referiu o Conselheiro **Dellape**, mas com parte de sua experiência como médico psiquiatra com conhecimento da estrutura de hospitais psiquiátricos. Referiu que existem mega-estruturas que não avançaram e que dariam um enorme prejuízo financeiro no momento em que fossem reduzidos o número de leitos. Hoje, ressaltou, existe um debate complicado, entre os representantes do setor privado, pois essas mega-estruturas ou alterariam os seus leitos por leitos de clínica ou por leitos de pacientes fora da possibilidade de terapêutica ou ficariam num apego de um discurso de que a socialização do paciente psiquiátrico não seria importante. Concluindo observou que a Assistência Psiquiátrica, não seria uma assistência individual do ponto de vista orgânico que apraz um tratamento de resolutividade fácil, seria sim, considerada uma questão vital. A Coordenação da Mesa fez o encaminhamento de duas propostas, alertando o coordenador do plenário, de que o Conselheiro que pedisse vistas do processo, obrigatoriamente, teria de apresentar seu parecer na próxima reunião para ser apreciado e votado. Apontou duas propostas a serem votadas pelo plenário: **1.** a do Conselheiro **Jocélio** que propunha que o plenário votasse e aprovasse um dos relatórios apresentado pelos Conselheiros. **2.** da Coordenação da Mesa que propunha, após ouvido o plenário e após a manifestação de todos os Conselheiros, que fosse toda a documentação encaminhada ao Gabinete do Senhor Ministro ou Secretaria Assistência à Saúde - SAS ou a uma Comissão indicada pelo plenário. A decisão acatada pelo plenário foi a de constituir uma Comissão formada pelos Conselheiros **Gilson Cantarino, Olímpio Távora, Newton Leite** e o Coordenador da CNRP - **Dr. Flávio Resmini** para que analissem e dessem os encaminhamentos necessários, e após concluído os estudos submetessem novamente à apreciação do plenário. **ITEM 07 - DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DAS ATAS** - Aprovada a ata da 69ª R.O., com duas abstenções dos Conselheiros **Jocélio** e **Solon**. As atas da 70ª, 71ª e 72ª foram aprovadas, sem alterações.

ITEM 08 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DE 1997 E ORÇAMENTO DE 1998: ANÁLISE, COMENTÁRIOS E PERSPECTIVAS - O Prof. **Elias** apresentou o Relatório da Comissão a seguir transscrito.

1. INFORMES - Foram realizadas as atividades previstas para dezembro de 97, janeiro 98;

2. EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA 1997 - **2.1** Ainda não ficaram disponíveis os dados finais da execução orçamentária e financeira de 1997, impossibilitando análise detalhada imprescindível à avaliação;

2.2 Alguns dados preliminares apontam:

- O gasto total de 1997 deverá estar próximo de R\$18,8 bilhões, o que demonstra, se verdadeiro, um gasto mensal em dezembro muito acima da média dos demais meses. Enquanto de janeiro a novembro, a média mensal de execução financeira ficou inferior a 1,5 bilhão, em dezembro teria sido mais que o dobro, mais de 3 bilhões, o que se afigura como um fato merecedor de melhores esclarecimentos.
- Preocupa à Comissão a questão dos convênios assinados no final do ano, concentrando no último mês o gasto com saúde em 1997. Caso a execução não se dê com recursos de 97, onerará o orçamento de 1998.
- A arrecadação da CPMF chegou a R\$ 6,909 bilhões e a arrecadação da última semana foi creditada em janeiro o que, seguramente, ultrapassa os R\$ 7 bilhões, confirmado as últimas previsões feitas pela Comissão e repassadas ao CNS. Somente dia 04/02/98, um dia após a reunião da Comissão, foram encaminhados alguns dos dados relativos à execução orçamentária e financeira de dezembro de 1997, o que inviabilizou uma análise mais pormenorizada e adequada da execução orçamentária de 1997. O fluxo de caixa com a posição de 31/12/97 não foi encaminhado e nem a planilha de execução financeira comparativa entre 1996 e 1997, referente ao mês de dezembro. Consultando-se membros da comissão que já estavam participando da reunião da Plenária do Conselho, decidiu-se sugerir ao plenário que a análise de 1997 deveria ser encaminhada ao Conselho na reunião de

911 março, devendo, necessariamente ser reiterada a Resolução CNS nº 264, agregando-se à solicitação de
 912 esclarecimentos relativa à execução orçamentária e financeira de dezembro de 1997. Decidiu-se, ainda,
 913 agregar ao material de apoio as planilhas encaminhadas pelo MS com a finalidade de que os Conselheiros
 914 já tomem ciência dos dados disponíveis para melhor análise conjunta a seguir; **3. ORÇAMENTO DE 1998**
 915 (**valores exatos no Material de Apoio à Apresentação do Relatório**) - Os primeiros dados já analisados
 916 nos mostram: • **ORÇAMENTO APROVADO PELO CONGRESSO - R\$19,5 estando assim distribuídas**
 917 **as despesas**: Pessoal - R\$ 4,1 BI; Dívida Financeira - R\$ 2,0 BI; Despesas Correntes e de Capital -
 918 R\$13,3 BI. • **O DECRETO 2451 DE 5-1-98 (DOU 07/01/998) BLOQUEOU DESPESAS DE PROJETOS**
 919 **E ATIVIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM OCC (NO FNS, NA FUNASA E FIOCRUZ) NO**
 920 **MONTANTE APROXIMADO DE DOIS BILHÕES REDUZINDO AS DISPONIBILIDADES**
 921 **ORÇAMENTÁRIAS, PARA 1998 A APENAS R\$ 11,4 BI. Esta redução de 13,3 para 11,4**
 922 **representa uma dedução de 15% das despesas de atividades e projetos(occ), e**
 923 **cerca de 10% do orçamento total do MS.** O ANEXO IV DO REFERIDO DECRETO
 924 ESTABELECEU UMA PROGRAMAÇÃO DE LIBERAÇÃO FINANCEIRA ATÉ 30-12-98 DE R\$ 10,1 BI.
 925 UM FATO QUE PODERIA AGRAR AINDA MAIS A SITUAÇÃO DE 1998 SERIA A NÃO EXECUÇÃO
 926 FINANCEIRA DOS EMPENHOS ORÇAMENTÁRIOS DE 1997, O QUE IMPLICARIA EM
 927 TRANSFERÊNCIAS DESSES COMPROMISSOS PARA O ORÇAMENTO DESTE ANO. ANÁLISE MAIS
 928 DETALHADA E CONSISTENTE SOBRE O ORÇAMENTO DE 98 SOMENTE PODERIA SER FEITA
 929 APÓS O ENCAMINHAMENTO À COMISSÃO, PELA ÁREA TÉCNICA DO MINISTÉRIO, DOS DADOS
 930 RELATIVOS À EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DE DEZEMBRO E DA PLANILHA DO
 931 FLUXO DE CAIXA COM A POSIÇÃO EM 31/12/97. SERIA TAMBÉM IMPORTANTE PARA UMA
 932 ANÁLISE MAIS COMPLETA DE 97 E SUAS REPERCUSSÕES EM 98 O ENCAMINHAMENTO DO
 933 DOCUMENTO DE QUE TRATA A RESOLUÇÃO CNS Nº 264 DE 4 DE DEZEMBRO DE 1.997. **Nesta**
 934 **resolução foi solicitado documento à Secretaria Executiva sobre a execução até**
 935 **30/11/97, particularmente, nos itens em que os saldos orçamentários eram**
 936 **superiores a 40% e/ou a execução financeira, inferior a 40%. Caso o plenário**
 937 **aprovasse deveria constar deste documento, explicações relativas à execução de**
 938 **dezembro de 1997. 4. PLANO DE TRABALHO PARA 1.998 - A Comissão, em linhas**
 939 **gerais, encampou a sugestão encaminhada em dezembro/97 pelo representante do**
 940 **CONASEMS, Gilson Carvalho, de agregar às suas atividades a análise dos convênios**
 941 **firmados pelo Ministério da Saúde (REFORSUS, Programa do Leite, Dengue etc.).**
 942 **Inicialmente, seriam solicitados dados na forma em que estão sendo atualmente**
 943 **registrados e disponibilizados. Caso fosse necessário, em uma etapa posterior,**
 944 **seriam construídas formas mais adequadas de agregação e tratamento dos dados.**
 945 **Seria desejável que a Coordenação do Conselho Nacional de Saúde conseguisse**
 946 **Senha de Acesso ao SIAFI para que a Comissão pudesse melhor colher dados a**
 947 **serem apresentados para consideração do plenário. A Comissão considerou, ainda,**
 948 **que a Resolução CNS nº 263 configurou, de modo suficientemente claro, os**
 949 **parâmetros de trabalho para 1998; 5 - SUGESTÕES E ENCAMINHAMENTOS AO PLENÁRIO:**

950 5.1 - Que sejam reiteradas as Resoluções CNS nºs 263, 264 e 265 devendo sua homologação ser agilizada
 951 e seu cumprimento operacionalizado, sendo que a Resolução CNS nº 264 deveria ser reformulada
 952 alterando-se o prazo para 28 de fevereiro e complementando-se o documento com dados específicos
 953 relativos à execução orçamentária e financeira de dezembro de 1997; 5.2 - Recomendar à Coordenação do
 954 Conselho no sentido de obter Senha de Acesso ao SIAFI; 5.3 - Sugerir ao Conselho que o plenário autorize
 955 seu representante junto ao CNSS a manifestar-se contrário à postergação das reuniões previstas para o
 956 mês de fevereiro (plenária e grupos de trabalho) e que seja acionado o Ministério Público, caso venha a se
 957 repetir este ano o ocorrido em 1997; 5.4 - Que o presente relatório seja aprovado bem como o material de
 958 apoio à apresentação do mesmo sejam considerados anexos à ata. As sugestões e encaminhamentos
 959 foram acatados pelo Plenário com as seguintes alterações: 1. Reiterar as Resoluções CNS nºs 263, 264 e
 960 265, devendo ser agilizada sua homologação; 2. Incorporar as atividades da Comissão de
 961 Acompanhamento, previstas na Resolução CNS nº 263, a análise dos convênios do MS como destacado no
 962 item 4 do Relatório; 3. Acrescentar, na eventual necessidade, de nova redação de Resolução CNS nº 264,
 963 mudança de prazo para encaminhamento do Documento ao CNS, incorporando-se explicações relativas à
 964 Execução Orçamentária e Financeira do mês de dezembro de 1997; 4. O Relatório não deveria ser
 965 submetido a aprovação do Plenário, mas sim suas sugestões e encaminhamentos, e após apresentado,
 966 que passe a ser documento oficial do CNS. Anexar à ata da reunião ao Material de Apoio; 5. Contatar as
 967 entidades da Sociedade Civil que não indicaram representantes junto ao CNSS para que o façam,
 968 urgentemente, e insistir junto à Secretaria Executiva do CNS para promover Reunião Plenária, se
 969 possível, ainda em fevereiro; 6. Acionar o Ministério Público, caso se configure a repetição do ocorrido em
 970 1997 (suspensão de várias reuniões do CNS). 7. Analisar a possibilidade de Ação Civil Pública por não

971 cumprimento da LDO 97 (orçamento de 98 não inferior ao de 97); **8.** Analisar ações políticas para
972 desbloquear recursos contingenciados; **9.** Identificar as fontes das receitas dos hospitais públicos; **10.**
973 Determinar que a Coordenação do CNS requeira senha de Acesso ao SIAFI; **11.** Determinar que os
974 representantes de áreas do MS encaminhem ao CNS documento formal, quando convocados, para prestar
975 esclarecimentos. **Dr. Sebastião Grilo**, Subsecretário de Planejamento e Orçamento/MS, iniciou seu
976 pronunciamento dizendo que o contido no item 1 da Resolução CNS nº 265, de 04/12/98 já fora resolvido.
977 Por solicitação do MS, o Ministério do Planejamento e o Ministério da Fazenda, através de Exposição de
978 Motivo, excepcionalizaram a área de saúde para fins de inscrição em restos a pagar, permitindo que os
979 empenhos efetivados no ano de 1997 possam ser liquidados até junho de 1998. Com relação à Resolução
980 CNS nº 264, que trata do encaminhamento do relatório sobre execução orçamentária ao CNS até 31 de
981 janeiro de 1998, informou que não tinha um resultado final. O que distribuira ao plenário era uma versão
982 preliminar, passível de modificações. Após esse esclarecimento, passou a falar sobre a execução
983 orçamentária de 1997, observando os seguintes aspectos: **1.** o Programa de Sangue Hemoderivados,
984 priorizado nos projetos do REFORSUS, aparecia com 99% de execução, em cima do valor liberado; **2.** no
985 comparativo de 1996 e 1997, os principais programas do MS avançaram em seus objetivos (FUNASA - de
986 644 milhões de reais passou para 960 milhões de reais; FIOCRUZ de 106 milhões de reais, para 124
987 milhões de reais; a extinta CEME de 243 milhões de reais, para 585 milhões de reais; o Programa do Leite,
988 de 29 milhões de reais, para 98 milhões de reais); **3.** a execução orçamentária total do MS em 1997 chegou
989 a 18.8 bilhões de reais para um orçamento liberado de 19.2 bilhões de reais; **4.** o orçamento de 1998, de
990 19.5 bilhões de reais, desobrigado das dívidas para com o SUS, referente aos 25% seria maior que o
991 liberado para 1995; **5.** seria gestionado junto às esferas competentes o cumprimento do artigo 37 da LDO;
992 **6.** o contingenciamento do orçamento seria feito por grupos de atividades e de projetos, sendo ajustado ao
993 longo do ano com o acompanhamento do MS e do CNS. A seguir, foi aberto espaço para as intervenções.
994 Conselheira **Lucimar** informou que estava sendo distribuído ao plenário versão preliminar do relatório de
995 acompanhamento das ações e metas prioritárias do MS do ano de 1997. Conselheiro **Solon**, em relação ao
996 relatório entregue pela Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário do CNS, chamou a
997 atenção para que: **1.** o CNS ao invés de recomendar, que solicitasse à Coordenação Executiva
998 providências para a obtenção de senha de acesso ao SIAFI; **2.** houvesse prudência na sugestão para que o
999 representante do CNS, no CNSS se manifestasse contrário à postergação das reuniões previstas para o
1000 mês de fevereiro/98; **3.** o relatório não fosse motivo de aprovação e sim de recebimento e análise por parte
1001 do plenário. Conselheiro **Mário** manifestou-se, em primeiro lugar, para solicitar esclarecimentos sobre o
1002 impacto do Decreto 2.451, principalmente, no que se refere às despesas bloqueadas, em segundo lugar,
1003 para apoiar a sugestão do representante do CONASEMS de que fossem agregados às atividades da
1004 Comissão de Orçamento a análise dos convênios firmados pelo MS, incluindo a verba do Banco Mundial
1005 para a AIDS-2, em terceiro lugar, para saber se no Orçamento/98 havia dinheiro novo para a aquisição de
1006 medicamentos para o tratamento da AIDS. Conselheiro **Omilton**, em razão do estudo feito na planilha,
1007 disse que observara gastos muito elevados em alguns programas no mês de dezembro e citou como
1008 exemplos o Programa do Leite, o Programa de Sangue Hemoderivados, o Programa de Prevenção do
1009 Câncer Cervico-Uterino, a Vigilância Sanitária, a CEME. Diante dessa constatação, levantou a hipótese da
1010 existência de um orçamento paralelo que serviria como instrumento de gestão interna. Concordou com a
1011 opinião emitida pelo Conselheiro **Solon** de que o relatório não deveria ser matéria de aprovação, mas tão
1012 somente de recebimento. Conselheiro **Jocélio** endoçando os posicionamentos dos Conselheiros **Solon** e
1013 **Omilton**, desejou saber quais seriam as estratégias para o cumprimento da LDO/98 e sugeriu que o CNS
1014 solicitasse das entidades presentes na reunião, indicação de seus representantes para o CNSS.
1015 Conselheiro **Artur** interveio para perguntar qual seria a forma mais adequada de acionar o governo pelo
1016 corte de 1.9 bilhões de reais no orçamento da saúde. Em resposta às intervenções **Dr. Grilo** assim se
1017 manifestou: **1.** entraria em contato com a CISET para verificar a possibilidade de acesso ao SIAFI; **2.** a
1018 dotação orçamentária seria específica para cada área, não podendo haver remanejamento, exceto se fosse
1019 criada legislação específica para esse fim; **3.** o acompanhamento da verba do Banco Mundial para o
1020 tratamento da AIDS poderia ser feito através de relatório da Coordenação da AIDS; **4.** o medicamento para
1021 AIDS teria duas rubricas no MS, não sendo gasto, por isso, somente os 228 milhões de reais apontados; **5.**
1022 o mês de dezembro seria um mês atípico para todos os Ministérios, em razão da figura dos “**restos a
1023 pagar**”, daí a diferença constatada na planilha do exercício orçamentário do ano de 1997; **6.** não caberia
1024 uma ação pública no que os Conselheiros chamam de “**corte**” no orçamento. Para elucidar esse ponto que
1025 levava a dúvida interpretação **Prof. Elias** explicou que a ambigüidade se restringia a palavra “**autorizada**”.
1026 De acordo com preceitos jurídicos, não caberia ao Poder Executivo a ação de autorizar e sim de executar.
1027 Se houvesse a intenção de se mover um processo, no seu entendimento, deveria ser contra o Poder
1028 Executivo e o Poder Legislativo que tem competência para autorizar. Em referência ao contingenciamento
1029 no orçamento de 1998, concordou com **Dr. Grilo** de que o bloqueio não significava a efetivação do corte,
1030 tanto que se fosse vontade do CNS, nesse caso, poderia desencadear uma ação política. Já na questão da
1031 aprovação do relatório da Comissão de Acompanhamento Orçamentário, esclareceu seu ponto de vista

1032 favorável à aprovação, dizendo que o mesmo objetivava subsidiar o plenário para as deliberações que
 1033 entendesse convenientes. No referente ao CNSS, ratificou a observação feita pelo Conselheiro **Jocélia**,
 1034 porém, chamou a atenção para o fato de os Grupos de Trabalho, que independem da nomeação dos
 1035 representantes do Conselhos, estarem suspensos. Conselheira **Lucimar** ressaltou que a Comissão de
 1036 Acompanhamento Orçamentário fora instituída com a prerrogativa de assessorar o CNS nas questões de
 1037 orçamento, não cabendo a ela encaminhar relatório para o Conselho aprovar e, no seu modo de ver, o
 1038 Conselho seria soberano para deliberar sobre as recomendações da Comissão. Conselheiro **Oswaldo**
 1039 sugeriu que, para se evitar o ocorrido no CNSS, os Ministérios comunicassem as entidades, com um mês
 1040 de antecedência, o fim de seus respectivos mandatos. Conselheira **Zilda** solicitou esclarecimentos sobre as
 1041 verbas destinadas ao extinto INAN e CEME, qual teria sido a razão do Programa do Leite não ter sido
 1042 executado conforme o orçamento e se as prefeituras, após receberem o dinheiro para esse programa,
 1043 prestavam contas. Conselheiro **Solon** disse ter a Conselheira **Lucimar** complementado muito bem o seu
 1044 pensamento a respeito da função da Comissão de Orçamento e da questão da aprovação do relatório. A
 1045 propósito, solicitou esclarecimento das despesas evidenciadas nos itens 7 (hospitais próprios), 8 (INCA) e 9
 1046 (GHC) do relatório. Conselheiro **Omilton** ratificando a proposta do **Dr. Grilo** de que fossem convocadas ao
 1047 Conselho as autoridades das diversas áreas do MS para prestarem esclarecimentos sobre suas atividades,
 1048 deixou claro que não estava questionando a forma do relatório, mas seu conteúdo. Conselheiro **Artur**
 1049 perguntou ao **Dr. Grilo** como estava o andamento dos convênios de saúde mental, quanto à questão do
 1050 relatório sobre o orçamento, considerou o plenário soberano para decidir a respeito e propôs resolução no
 1051 sentido de que a Comissão de Acompanhamento Orçamentário consultasse o Ministério Público sobre a
 1052 possibilidade de mover ação jurídica para garantir o limite orçamentário de 24,4 bilhões de reais. Também,
 1053 sugeriu se que estudasse e depois se propusesse à plenária do CNS ações políticas para o desbloqueio de
 1054 1,9 bilhão de reais. Conselheiro **Mesquita**, cumprimentando os presentes, questionou a ausência do
 1055 Secretário Executivo do MS, **Dr. Barjas Negri**, na reunião. **Dr. Grilo**, em respostas às indagações,
 1056 ressaltou que: **1.** no ano de 1997 fora assumido o “**reembolso**” de quase todos os convênios de 1996; **2.**
 1057 a prestação de contas desses convênios era feita ao FNS; **3.** nas auditorias processadas por amostragens,
 1058 abria-se uma tomada de conta especial, se detectadas irregularidades, era encaminhada ao Tribunal de
 1059 Contas da União; **4.** o Programa do Leite estava incluso no Programa de Combate às Carências
 1060 Nutricionais, cuja a alocação dos recursos encontrava-se no FNS; **5.** a NOB/96 previa o fim da
 1061 administração convenial no serviço público; **6.** o processo fundo-a-fundo começara a se efetivar com o
 1062 advento da gestão semiplena e com a implantação do PAB passaria a ter uma abrangência maior; **7.** o
 1063 GHC, na rubrica apresentada, referia-se somente a despesas com pessoal, já o INCA e os hospitais
 1064 próprios, ao custeio. Explicou que os hospitais próprios seriam mantidos apenas orçamentariamente,
 1065 enquanto que o INCA, por ser uma fundação, receberia uma parte do custeio pelo orçamento e outra pelo
 1066 faturamento. Conselheira **Zilda** quis saber se a verba do Programa do Leite era repassada de uma só vez
 1067 para os municípios. **Dr. Grilo** reafirmou que obedecia um cronograma do Tesouro feito para o MS e era
 1068 negociada no plano de trabalho dos municípios. Conselheiro **Artur** referiu-se ao fato de o MS se desfazer
 1069 da lógica convenial que vinha praticando sem avaliar as consequências desse ato. Conselheiro **Mozart**
 1070 considerou importante que a Comissão de Orçamento procurasse estudar todas as fontes de receitas dos
 1071 hospitais. **ITEM 09 - REGULAMENTAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA NOB-96: RELATO DAS**
1072 REUNIÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL TRIPARTITE - CIT, DE 18/12/97 E 27/01/98 - A
 1073 apresentação deste item foi marcada pela presença do Senhor Ministro da Saúde, **Dr. Carlos César S. de**
1074 Albuquerque, que manifestou satisfação em estar participando daquela reunião, aproveitando a
 1075 oportunidade para desejar a todos prosperidade e realizações pessoais no decorrer de 1998 e, em especial,
 1076 vitórias na difícil tarefa de se retirar o SUS do “**discurso**” e colocá-lo na prática. Disse que esta tem sido a
 1077 sua principal meta e desafio, pois até então não se conseguiu implantá-lo na sua totalidade, devido a forças
 1078 opostas e nem sempre originárias dos grupos tradicionais, já identificados como os prováveis responsáveis.
 1079 Afirmou ser o SUS um sistema bem concebido e com muitas chances de sucesso e almejou que a saúde
 1080 do Brasil conseguisse, de fato, tomar rumos. Mencionou sentir-se honrado como presidente do CNS,
 1081 estando ali para acompanhar a explanação que o **Dr. Álvaro** faria sobre o item em pauta e para, por
 1082 proposição dos Conselheiros **Gilson** e **Zilda**, assinar a Resolução CNS nº 259, pela qual poderão
 1083 participar do PACS e PSF não apenas organizações oficiais mas, também, organizações de boa vontade,
 1084 que poderão colaborar na construção de um sistema de saúde acima de tudo, solidário. Comentou que
 1085 1997 foi um ano de dificuldades, aprendizado e desafios a todas as partes que compõem a Tripartite e a
 1086 todos os segmentos, conseguindo-se um amadurecimento quanto ao Piso de Atenção Básico - PAB, como
 1087 deveria ser viabilizado no MS, nos estados e nos municípios. Referiu que o PAB da NOB-96 tinha o vício de
 1088 que saúde era exclusivamente assistência médica, quando, na realidade, saúde tem relação fundamental
 1089 com o hospital, com a emergência e com o ambulatório. Comentou, ainda, sobre recursos no MS que
 1090 estavam dentro de um sistema totalmente antagônico à proposição do SUS, em programas possuidores de
 1091 políticas próprias, competindo com o PAB, com o SUS e com os municípios. Disse ter se passado então
 1092 para um PAB não de assistência básica, mas de atenção básica à Saúde, onde, a partir de um núcleo

1093 central fixo, se poderia fazer e agregar incentivos e valores, permitindo o atendimento de diferentes
 1094 situações existentes no Brasil a partir de um perfil epidemiológico e de identificação de diagnósticos
 1095 regionais, não podendo, portanto, ser dado um *per capita* igual para situações e regiões diferentes.
 1096 Considerou que o MS estava preparado para a descentralização e a municipalização mediante os seguintes
 1097 pontos: **a)** capacidade do MS ter informações gerenciais para poder definir as grandes políticas e avaliar os
 1098 resultados; e **b)** participação efetiva do controle social e dos conselhos estaduais e municipais de saúde.
 1099 Comunicou que em breve se terá um bom sistema de controle epidemiológico e, cada vez mais, a
 1100 possibilidade não só de controlar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, mas,
 1101 também, de dar suporte técnico e apoio ao desenvolvimento dessas ações dos planos de saúde da
 1102 Programação de Pactuação Integrada - PPI, ao nível de cada estado e de cada município, para que se
 1103 possa trabalhar na saúde em uma sistemática profissionalizada. Evidenciou que o mundo atual e a
 1104 sociedade brasileira não aceitavam mais a continuação de farsas e jogos políticos com a saúde, havendo
 1105 necessidade de muita transparência e capacidade de se montar um sistema de gestão da saúde realmente
 1106 eficaz. Neste sentido, disse que o MS estaria avançando relativamente bem em alguns setores, citando,
 1107 como exemplo, o Sistema Nacional de Auditoria, já discutido no CNS. Ressaltou que o referido sistema
 1108 deveria estar fazendo auditoria em todas as áreas da saúde e não apenas nos hospitais, sendo, porém,
 1109 difícil esta mudança, por não haver elementos preparados para ter esta visão e para desempenhar este
 1110 papel. Outro exemplo citado foi em relação à Vigilância Sanitária, a qual estaria divulgando, pela
 1111 INTERNET, o andamento da primeira fase dos processos, estando as duas outras fases também
 1112 disponíveis a partir de maio/98. Concluiu que o MS estaria mudando para melhor e que, num pacto com o
 1113 CNS e com a sociedade, a prática do SUS poderia ser exercida. Em seguida, o Senhor Ministro da Saúde
 1114 assinou a Resolução CNS nº 259, de 04 de dezembro de 1997, dizendo ser aquele um grande passo para
 1115 tornar cada vez mais efetivo e mais viável o programa de PACS e PSF. Finalizou dizendo que até o dia
 1116 14/02/98, seria definido, pelo menos, o valor a ser agregado a esse incentivo, esperando que outros
 1117 pudessem também estar resolvidos até àquela data. **Dr. Nelson** destacou o ato honroso do Ministro da
 1118 Saúde ao assinar a citada Resolução, diante do Conselho reunido, que o aplaudiu. Comentou que a mesma
 1119 se referia à aceitação, à formalização e à disciplina dos programas similares aos programas oficiais de
 1120 PACS e PSF, os quais são formulados, aprovados e realizados ao nível dos municípios, isto é, ao nível
 1121 descentralizado. Lembrou que o Programa da Pastoral da Criança, organização não-governamental,
 1122 coordenado pela Conselheira **Zilda Arns**, foi considerado pelo CNS como sendo o primeiro Programa
 1123 Similar. Ressaltou que a elaboração da Resolução em questão, foi consubstanciada em função das
 1124 avaliações realizadas, durante quatro dias, sobre o referido programa, através de Comissão constituída
 1125 pelos Conselheiros **Newton, Gilson, Lucimar, Zilda, Artur e Komora**. Por solicitação do Senhor Ministro,
 1126 o **Dr. Nelson** procedeu, a seguir, a leitura dos principais pontos da Resolução CNS nº 259, a qual
 1127 estabelece os critérios que constituem os pré-requisitos para a aprovação de um Programa de Saúde
 1128 Similar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS do MS, para integrá-los ao Sistema
 1129 Municipal de Saúde, com referência assegurada no Sistema. Ressaltou que, diante do compromisso e das
 1130 coerências do CNS, abrir-se-ia com os Programas Similares, um largo espaço para efetivar o **"Mix"**
 1131 público/privado, ou seja, o que seria o estado, a esfera oficial de governo e uma organização não-
 1132 governamental que assumiria o seu caráter público com as mesmas obrigações e parceria dos demais
 1133 órgãos públicos. Conselheiro **Gilson** destacou a importância política da Resolução nº 259, pois nela o CNS
 1134 regula uma matéria que a NOB/96 previa, permitindo a existência de programas similares ao PACS e PSF,
 1135 não só para o **"mix"** público/privado mas, também, por experiências públicas que possam ser
 1136 diferenciadas, dentro do programa nacional. Observou que a assinatura da referida Resolução, naquele
 1137 momento, foi de importância simbólica porque sabia de resistências internas, no Ministério, quanto à
 1138 adoção de Programas Similares. Cumprimentou, portanto, o Ministro pela grandeza do gesto, em ter
 1139 considerado que a Resolução do Conselho estaria efetivamente acima de eventuais divergências,
 1140 permitindo que trabalhos de aceitação internacional, como o da Pastoral da Criança, pudessem ser
 1141 reconhecidos como um Programa de Agentes Comunitários de Saúde, permitindo ainda o desenvolvimento
 1142 de programas pelos Municípios, desde que preenchidos os critérios adequados. Conselheira **Zilda**
 1143 cumprimentou, também, o Senhor Ministro da Saúde, agradecendo sua atitude. Afirmou que o SUS teria um
 1144 grande avanço ao reconhecer entidades que trabalham com voluntários em prol da redução da mortalidade,
 1145 da desnutrição, da violência, etc. e que tal reconhecimento seria acatado por todos os municípios do país.
 1146 Conselheiro **Olímpio** referiu que a indústria farmacêutica havia realizado, em 1997, um convênio com a
 1147 Comunidade Solidária, pelo qual 40 mil agentes de saúde foram totalmente equipados para exercerem suas
 1148 atividades, obtendo-se ótimos resultados, levando a indústria a decidir por renovar esse contrato com a
 1149 comunidade. Disse que, de certa forma, a Resolução viria consolidar a posição da indústria, trazendo
 1150 satisfação, pois os resultados seriam importantes e válidos, tendo em vista os grandes problemas de saúde,
 1151 notadamente, nesta área. O Senhor Ministro da Saúde agradeceu as palavras dos Conselheiros,
 1152 reafirmando que não poderia recusar a participação de pessoas de boa vontade no compromisso de todos
 1153 com a população brasileira. Concluiu dizendo que a palavra de ordem em relação às ações integradoras

1154 seria de que elas pudessem multiplicar as ações do governo, melhorando-as e tornando-as mais eficientes.
 1155 A seguir, o **Dr. Álvaro Machado**, Secretário de Políticas de Saúde e Avaliação do Ministério da Saúde,
 1156 iniciou o relato das duas últimas reuniões da CIT, quanto à Regulamentação da Implementação da NOB-96,
 1157 ressaltando e agradecendo a confiança do Conselho na Comissão Tripartite. Passou a discorrer sobre os
 1158 pontos principais, apresentando os dados em transparências. Expôs os componentes do PAB, Programa de
 1159 Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Farmácia Básica, Vigilância
 1160 Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Combate a Carências Nutricionais, Saúde Bucal e
 1161 outros componentes a serem incluídos. Enumerou as ações custeadas com recursos destinados à
 1162 assistência básica: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico;
 1163 visita/atendimento ambulatorial e domiciliar, realizado por membros da equipe de saúde da família;
 1164 vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal; atividades de
 1165 planejamento familiar; pequenas cirurgias; atendimentos básicos para profissional de nível médio;
 1166 atividades dos agentes comunitários de saúde; assistência ao parto domiciliar por médico do PSF; primeiro
 1167 atendimento de urgência (pronto atendimento). Mostrou a tabulação especial dos recursos do Ministério da
 1168 Saúde para o PAB 1996, em sua parte fixa, esclarecendo que 70% dos municípios ficaram na faixa de PAB
 1169 < 10 reais *per capita*, correspondendo a 74% da população (35% < 5), e 30% na faixa de > 10 reais *per*
 1170 *capita* (10% > 15). Foi estabelecido o valor mínimo de 10 reais *per capita*, tendo sido também pactuado
 1171 que, para municípios que estariam na faixa acima de 10 reais, seriam mantidos os valores correspondentes
 1172 à média de 1996, com limite estabelecido, na Tripartite, de 18 reais *per capita*. Isso corresponderia a 1
 1173 bilhão e 741 milhões de reais que seriam destinados à assistência básica em 1998, parte fixa, com
 1174 transferência fundo a fundo, dentro do teto financeiro da assistência de 9 bilhões e 18 milhões de reais.
 1175 Acrescentou que a esta parte fixa agregou-se incentivos, ou seja, parte variável do PAB, referentes: **1-** aos
 1176 programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família (PACS e PSF), correspondendo a 201
 1177 milhões de reais; **2-** à assistência farmacêutica básica, para municípios com menos de 21.000 habitantes,
 1178 correspondendo a 159 milhões de reais; **3-** ao programa de combate a carências nutricionais, com
 1179 propostas definidas, ao nível local, que podem contemplar atividades e alimentos vários, não existindo mais
 1180 o programa do leite, correspondendo a 159 milhões de reais; e **4-** às ações básicas de vigilância sanitária,
 1181 correspondendo a 42 milhões. Ressaltou que alguns itens constavam dos dois quadros, o de incentivos e o
 1182 de pagamentos específicos. Referiu que a municipalização da saúde entrou numa nova etapa e que as
 1183 medidas incorporariam a transformação do modelo de atenção, permitindo a agilização do processo de
 1184 descentralização. Citou que 15 estados encaminharam pleitos de habilitação de municípios às condições de
 1185 gestão, num total de 1531 municípios, com destaque para o Ceará, pela qualidade dos processos e para
 1186 Pernambuco, pela quantidade de municípios que se habilitaram. Foram aprovados na gestão plena da
 1187 atenção básica 1343 municípios e na gestão plena do sistema municipal, 94 municípios. Informou, também,
 1188 que a habilitação estadual foi aprovada para o DF e MG ficou com pendências. Os tetos estaduais foram
 1189 excluídos constituindo assunto para discussão na próxima reunião da CIT. Foi apresentado quadro com as
 1190 habilitações aprovadas na reunião de 27/01/98, discriminados por estado, total de municípios, percentual de
 1191 municípios habilitados, população coberta, percentual de cobertura populacional e valores dos recursos do
 1192 PAB agregados ainda por macrorregiões. Ressaltou que 24% da população passaria a ser beneficiada,
 1193 tendo sido transferidos, fundo a fundo, quase 1 bilhão de reais no primeiro mês da habilitação. Também se
 1194 apresentou quadro referente à previsão de novas habilitações a partir dos projetos já apresentados nas
 1195 Comissões Bipartites. Referiu, ainda, que a Comissão estudaria critérios para incentivos do PACS e PSF,
 1196 além de estudo do custo efetivo do PAB para verificar a adequação do valor mínimo *per capita* e do teto.
 1197 Foi, também, pactuado na reunião de 27/01/98 a criação de uma Comissão Tripartite objetivando estudar
 1198 critérios para agregação dos incentivos da parte variável do PAB e a inclusão da definição dos tetos
 1199 estaduais na próxima reunião ordinária da CIT. Referiu que fora também aprovado o relatório do Cartão
 1200 SUS a ser apresentado ao CNS. Sugeriu uma maior integração com os Conselhos Estaduais de Saúde,
 1201 através do CNS, para ordenar a cooperação técnica e identificar uma rede colaborativa para assessorar à
 1202 habilitação dos municípios, evitando assim assessorias indevidas, visando a que os municípios atinjam os
 1203 requisitos mínimos para se habilitarem. Finalizou dizendo da importância da Programação Pactuada
 1204 Integrada - PPI cuja fiscalização caberia aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, dentro do
 1205 controle social, podendo ser desenvolvidos convênios para capacitação de Conselheiros. Falou sobre o
 1206 convênio com o Banco do Brasil que propiciaria informação aos Conselheiros sobre os repasses efetuados,
 1207 além da disponibilização desses dados via INTERNET. Após a apresentação, houve a manifestação de
 1208 alguns Conselheiros. **Conselheiro Gilson** referiu que houve timidez por parte dos municípios em gestão
 1209 semiplena, de solicitar gestão plena do Sistema. Teceu comentários sobre a necessidade de apurar a
 1210 questão do financiamento e lembrou que determinadas deliberações da Tripartite teriam que se constituir
 1211 em aprovação no CNS, através de resolução, face a algumas alterações com relação à NOB-96. Citou
 1212 como exemplos, a determinação do PAB fixo máximo de 18 reais e a questão do percentual do incentivo do
 1213 PACS e PSF. Mostrou-se preocupado pelo fato de o incentivo ao PSF não vir a se tornar suficientemente
 1214 estimulador aos municípios. Comentou haver um grande campo de ação para o PACS e pouco interesse no

1215 PSF que, ao seu ver, teria maior resolutividade e impacto na mudança do modelo. Perguntou então, ao **Dr. Álvaro**, como estava se avançando na referida questão. Manifestou a seguir, discordância de que o PAB, numa gestão plena, fosse uma conta separada na movimentação, pois, entendia que, nesse caso, o gestor deveria estar junto com o Conselho Municipal de Saúde e todo o volume de seus recursos, os quais seriam utilizados de acordo com as prioridades do Conselho, importando os resultados obtidos. Concluiu que o PAB se tornaria um pouco conveniente ao ser um recurso destacado na gestão plena do sistema. Conselheiro **Gilson** referiu-se ainda, à Portaria 1.888, que dava poder à SAS de suspender a posição de gestão, pelo não cumprimento de uma alimentação de banco de dados, etc. Disse achar isso perigoso pois quem deveria suspender uma posição de gestão seria quem a deu, ou seja, se foi a Tripartite, ela é quem poderia suspender. Quanto à entrada da ressonância magnética na tabela do SUS, disse que seria complicado, pois, não existiriam recursos novos para administrar procedimentos desse tipo, solicitados, muitas vezes, inadequadamente. Dirigiu-se em seguida ao Senhor Ministro, comentando sobre algumas supressões de fluxos de insumos que eram tradicionais no Ministério, trazendo problemas, por exemplo, na área de hanseníase. Demonstrou preocupação quanto à necessidade do acerto dessa questão, entre união, estado e município, porque já estavam definidos o percentual de determinados medicamentos que caberiam a cada um deles. Questionou se isto estava sendo feito sem acordo prévio, conforme havia sido levantado pelo Conselheiro **Artur** no dia anterior. Em seguida, **Conselheiro Jocélio** referiu-se à relação de confiança entre o CNS e a CIT, dizendo que a mesma decorria da postura de pessoas como o Conselheiro **Gilson** e o **Dr. Álvaro**. Perguntou sobre o contingenciamento do orçamento no que afeta a NOB-96 e discorreu sobre uma série de irregularidades que estavam acontecendo nos municípios e nos estados, tais como: 1. no Rio de Janeiro, onde estaria ocorrendo terceirização de gerenciamento de antigos hospitais do Governo Federal, sem nenhuma discussão no Conselho Estadual de Saúde e, portanto, sem nenhum controle social, atropelando completamente um Conselho de certa tradição; 2. em Cuiabá, onde a prefeitura fechou um ambulatório de Oncologia, referência do Estado de Mato Grosso, sem nenhuma discussão no Conselho Municipal, ora desativado. (Conselheiro **Jocélio** ressaltou que, antes de trazer essa denúncia ao CNS, havia solicitado manifestação do Conselho Estadual cujo presidente, Secretário Estadual de Saúde, respondeu que não convocaria o Conselho para tratar daquele assunto); 3. em Altamira - PA, o hospital da Fundação Nacional de Saúde, único do local, havia recebido, em 1996, 2 milhões de reais para o seu funcionamento; em 1997, 459 mil reais (< de 25%); e, em 1998, não tinha previsão de recursos, resultando na suspensão de suas atividades; 4. em Minas Gerais, estariam passando por cima de regras de enquadramento, para estabelecerem, talvez, o cumprimento de metas para muitos municípios serem enquadrados em gestão semiplena e plena. Diante do exposto, Conselheiro **Jocélio** perguntou ao **Dr. Álvaro** sobre qual seria a atitude imediata da Tripartite com relação à denúncia de Cuiabá, para que o Controle Social do CNS tivesse algum resultado efetivo, já que sempre se colocou a importância de atuação dos Conselhos. Propôs ao CNS, designar um Conselheiro para ir ao local, a fim de fiscalizar à questão do ambulatório, ressaltando que o trabalho de visita do CNS aos Estados tem contribuído na recomposição de alguns Conselhos inoperantes. Com relação ao Rio de Janeiro, indagou também quanto às providências que seriam tomadas pela Tripartite e pelo CNS. **Dr. Álvaro** retomou, inicialmente, aos questionamentos do Conselheiro **Gilson**, dando as seguintes informações: 1º) com relação à Comissão Técnica da Tripartite, disse ter avançado, estando já concluídas as alterações das portarias de dezembro/97, a serem publicadas naquela semana, tendo sido suspenso o repasse da Comissão de Gestão. 2º) existiam ainda duas pendências relacionadas aos seguintes incentivos: a) do PACS-PSF: (quanto ao PACS, já havia uma pactuação de R\$ 1.500 reais por agente; em relação ao PSF, a Comissão Técnica Tripartite tinha apresentado o valor de R\$ 25 mil reais, por equipe, existindo porém, uma contra-proposta, para ser rediscutida com o CONASS e CONASEMS, no sentido de que o município que tiver um PAB de R\$ 10 reais, terá os R\$ 25 mil reais por equipe; o que tiver o PAB de R\$ 18 reais, terá o valor correspondente aos R\$ 13.500 reais atualmente utilizados. E que, dentro dessa variação de PAB, haveria uma variação em relação ao incentivo, possibilitando ajudar aos mais necessitados e se atingir as metas de 100 mil agentes e 3.500 equipes). b) em relação ao combate às carências nutricionais, existia uma compactuação fechada com o CONASS e CONASEMS, ocorrendo, porém, um problema com o Programa Comunidade Solidária que, embora defendendo a universalidade, havia o temor de diminuição dos recursos direcionados aos municípios desse Programa. No entanto, estava sendo feito um levantamento efetivo para se tentar demonstrar que a referida diminuição não deveria existir e, caso acontecesse, a proposta seria modificada, pois, por decisão do Senhor Ministro da Saúde, não deveria haver nenhum prejuízo aos municípios de Comunidade Solidária; 3º) quanto à questão dos recursos carimbados na gestão plena do sistema para o PAB, teria que ser discutida no CNS, face a divergências nesse sentido, ou seja, a posição defendida no CONASEMS não era a mesma do MS enquanto que, a posição da CIT, era de que os recursos destinados para atenção básica à saúde, fossem exclusivos para a mesma, não devendo, por exemplo, serem utilizados na internação hospitalar. **Dr. Álvaro** comentou sobre a insistência de vários Secretários Estaduais de Saúde que, não acreditando no atingimento das metas do PSF, provável de acontecer, propuseram que, caso sobrassem recursos do PSF, na avaliação do MS, em julho/98, os mesmos fossem utilizados em nível

1276 de procedimento de internação hospitalar. Disse que a referida proposta fora negada, pois, nesse caso,
 1277 haveria rediscussão na Tripartite, apesar de já ter sido acordado que tais recursos seriam utilizados apenas
 1278 no PSF; **4º** sobre a questão da ressonância magnética, o MS teria que discutir a destinação dos recursos
 1279 ligados às AIH's, aos procedimentos de internação e aos procedimentos ambulatoriais de média e alta
 1280 complexidade, pois ocorria que muitos procedimentos, inclusive, o da ressonância, estavam sendo
 1281 realizados e registrados em similares, prejudicando toda uma análise de informação de saúde. Concluiu
 1282 que, em princípio, caberia ao estado e ao município, o efetivo controle sobre tais procedimentos, assim
 1283 como uma avaliação dos custos. Em relação às denúncias levantadas pelo Conselheiro **Jocélio, Dr. Álvaro**
 1284 respondeu: **1.** quanto à questão de Cuiabá, onde não há Conselho em funcionamento, disse que o Estado
 1285 de Mato Grosso não apresentou municípios solicitando habilitação em nenhuma das comissões de gestão
 1286 previstas e, caso viesse a fazê-lo, teria que comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde,
 1287 apresentando, inclusive, as atas das três últimas reuniões, obedecendo o anexo VI das instruções
 1288 normativas. De toda forma, havendo denúncia, a Tripartite iria investigar a situação; **2.** em relação a Minas
 1289 Gerais, recordou que, conforme tabela apresentada, não foram aprovados 40 (quarenta) pleitos da atenção
 1290 básica e os 19 (dezenove) pleitos da plena do Sistema Municipal. Porém, diante da afirmação do
 1291 Conselheiro **Jocélio**, haveria necessidade de uma investigação por parte da Tripartite e do Conselho
 1292 Estadual de Saúde; **3.** quanto à questão do contingenciamento do orçamento, o **Dr. Álvaro** passou a palavra
 1293 ao **Senhor Ministro da Saúde** que reafirmou a necessidade de um pacto maior de colaboração entre
 1294 MS e CNS, devendo este ter uma atuação mais efetiva junto aos Conselhos Estaduais e Municipais, pois
 1295 seria muito mais difícil para a Tripartite, a Bipartite, o MS, as auditorias do MS, como órgãos que são, de
 1296 representação da sociedade organizada, intervirem nesse aspecto e obterem resultado. Em relação ao
 1297 contingenciamento, afirmou que já foram iniciadas as negociações para a liberação progressiva dos recursos,
 1298 estando nesse sentido, otimista, já que no ano anterior, em situação semelhante, obteve êxito. Disse que,
 1299 de qualquer maneira, não existia, em princípio, perspectiva quanto à alteração do programa do PAB. A
 1300 seguir, Conselheira **Albaneide** solicitou ao **Dr. Álvaro** os seguintes esclarecimentos: **1.** Por que, dentre as
 1301 ações custeadas com recursos destinados à assistência básica, não constava, também, atendimentos
 1302 básicos por profissional de nível superior? **2.** Por que, dentro do Programa de Combate às Carências
 1303 Nutricionais, vinculado à realidade epidemiológica, estava sendo exigido dos estados, um plano de trabalho
 1304 referente ao leite e óleo? Isso seria apenas para os municípios e estados com gestão plena? Haveria
 1305 diferenciação quanto a essa questão? **3.** Por que, em relação aos gastos com o leite, foi referido o valor de
 1306 R\$ 35 milhões de reais, enquanto que o **Dr. Sebastião Grilo** relatou gastos de R\$ 54 e 98 milhões de reais
 1307 respectivamente nos meses de novembro e dezembro/97, após a extinção do INAN? Em seguida,
 1308 Conselheira **Zilda** parabenizou o **Dr. Álvaro** pela clareza de sua explanação e fez perguntas contado
 1309 dúvidas de municípios que tinha visitado. Perguntou se havia uma visão intersetorial para melhorar a
 1310 atividade econômica do município e diminuir as carências nutricionais. Solicitou que fosse colocado na
 1311 INTERNET os principais pontos do PAB que esclarecessem melhor os municípios. Conselheiro **Artur**
 1312 retomou à questão colocada pelo Conselheiro **Gilson** quanto ao repasse para os municípios, da compra de
 1313 medicamentos como prednisona, talidomida e outros, pois a interrupção da aquisição dos mesmos estava
 1314 trazendo problemas aos usuários de todo o país. Retornou também à questão do trabalho voltado à pessoa
 1315 portadora de deficiência que, embora já estivesse contemplado ao ser acrescido no PAB, outros
 1316 profissionais de nível superior, incluindo a área de fisioterapia. Questionou sobre o significado da categoria
 1317 **"aprovado com pendências"**, relativa a alguns estados. Disse que o referido termo dava uma
 1318 conotação política perigosa, pois entendia existirem 3 (três) tipos de julgamento: aprovado, com
 1319 pendências, e não aprovado. Conselheiro **Omilton** congratulou-se com o **Dr. Álvaro** pela exposição e
 1320 coerência de suas colocações, como também, pelo empenho em tudo que vem realizando. Apresentou,
 1321 contudo, algumas considerações ao processo de descentralização, embora reconhecendo suas múltiplas
 1322 vantagens. Referiu-se inicialmente ao **"preço de referência"** estabelecido recentemente pela União
 1323 para a aquisição de produtos de alta complexidade. Disse que, apesar de ser importante, esse preço era
 1324 baixo, cobrindo valores num teto inferior ao que se pagava antes, o que dificultaria alguns estados e
 1325 municípios a comprarem seus produtos. Demonstrou também preocupação na diminuição das compras, em
 1326 decorrência do aumento no preço dos produtos pois, com a descentralização, o volume de compras seria
 1327 menor e, consequentemente, os preços não poderiam ser os mesmos que eram oferecidos para uma
 1328 aquisição maior. Solicitou, portanto, ao **Dr. Álvaro**, que ponderasse em suas próximas análises, sobre a
 1329 situação apresentada. Conselheiro **Gilson** retomou à questão da denúncia do Rio de Janeiro, dizendo já tê-la
 1330 apresentado anteriormente ao CNS, tendo sido aprovada uma Resolução de encaminhamento ao
 1331 Ministério Público. Referiu que o Sindicato dos Médicos/RJ havia ganho uma liminar da justiça que, embora
 1332 não pudesse sustar o processo licitatório de terceirização, não permitiria que o ganhador assumisse
 1333 enquanto a causa estivesse na justiça. Comentou que o Conselho Municipal de Niterói, no intuito de
 1334 municipalizar um hospital que se encontrava praticamente desativado, havia feito uma moção e reativado o
 1335 pleito de municipalização. No entanto, esse pleito fora negado pelo Estado, por considerá-lo ilegal,
 1336 defendendo, portanto, o processo de terceirização, estando, inclusive, investindo no referido hospital.

1337 Conselheiro **Gilson** teceu ainda comentários sobre hospital a ser construído em São Gonçalo - RJ e que já
 1338 se encontrava no edital de terceirização. Considerou que o motivo da Secretaria Estadual ser levada a
 1339 pleitear os hospitais federais, era o orçamento que eles possuíam. Retornou, em seguida, à questão da
 1340 NOB-96, propondo que o CNS colocasse em votação o teto de 18 reais para o PAB fixo. Quanto à questão
 1341 da conta separada da plena do sistema, sugeriu que o **Dr. Álvaro** aprofundasse mais o assunto, ficando
 1342 acordado que a matéria seria votada na próxima reunião. Em seguida, o **Dr. Álvaro** se referiu à colocação
 1343 dos Conselheiros **Albaneide** e **Artur** quanto aos atendimentos básicos por outros profissionais de nível
 1344 superior, no elenco das ações que acompanhavam o PAB. Disse que, por falha, não constava das
 1345 transparências que apresentou, porém, estaria inserido na Portaria 1.882, no item 3, do parágrafo 1º, do
 1346 artigo 4º, já distribuída aos Conselheiros. Em relação ao programa do leite, levantado pela Conselheira
 1347 **Albaneide**, não era procedente a solicitação do envio de planos relativos a novos recursos a serem
 1348 transferidos. Supôs que deveria se tratar de alguma exigência para fechar documentação de termos aditivos
 1349 de convênios anteriores. Afirmou que, na reestruturação do MS, o referido programa e os demais que
 1350 pertenciam à antiga Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, foram passados para a Secretaria de
 1351 Políticas de Saúde e Avaliação, onde estava sendo pactuado um programa não apenas do leite, mas de
 1352 combate às carências nutricionais. Disse que a esse respeito haveria uma portaria do Ministro com as
 1353 exigências necessárias para se receber o incentivo, entre as quais, a apresentação de um **plano**
 1354 **municipal de combate às carências nutricionais**. Ainda respondendo à Conselheira **Albaneide**,
 1355 o **Dr. Álvaro** referiu que talvez tenha havido erro na análise dos valores de recursos para o programa do
 1356 leite. Reafirmou, no entanto, que na última avaliação feita, o montante de recursos liquidados, até então,
 1357 relativos a 1997, fora em torno de 35 milhões, sendo este valor maior nos anos anteriores. Retomando às
 1358 colocações da Conselheira **Zilda**, informou que estaria enviando para a Secretaria Executiva do CNS, a
 1359 relação de todos os municípios habilitados e os valores que seriam transferidos fundo a fundo, para a
 1360 atenção básica à saúde, sendo tudo colocado na INTERNET, assim que saísse a portaria do MS sobre
 1361 esse assunto. Quanto a questão da intersetorialidade, disse considerá-la indispensável, lembrando o
 1362 Programa Nacional da Agricultura Familiar - PRONAF, que visava ter uma produção em consumo maior de
 1363 alimentos pela população de baixa renda, para ajudar na condição de saúde, estando o MS participando
 1364 ativamente da Comissão desse programa. Com relação à interrupção da aquisição dos medicamentos para
 1365 hanseníase, levantada pelos Conselheiros **Gilson** e **Artur**, disse não ter, no momento, nenhuma
 1366 informação sobre algum acordo nesse sentido. Atendendo ao questionamento do Conselheiro **Artur** sobre o
 1367 termo **"aprovado com pendências"** aplicado na habilitação de alguns estados, o **Dr. Álvaro** explicou
 1368 que era uma situação em que se repetia o vício das antigas habilitações pela NOB-93, estando, porém, na
 1369 tentativa de evitar que isso ocorra novamente. Citou o caso de municípios como por exemplo, Porto Alegre,
 1370 que foram habilitados em função de terem preenchido os requisitos necessários, mas que ficaram na
 1371 pendência da disponibilidade orçamentária do MS para fazer a transferência fundo a fundo. Esclareceu que,
 1372 no caso de Minas Gerais, a Tripartite havia tomado a decisão de aprová-lo com pendências, numa situação
 1373 especial, tendo feito, porém, duas observações: 1) foi dado um prazo, até 15/02/98, para que o estado
 1374 apresentasse a documentação pendente; 2) ficou acordado que a portaria que habilitaria o estado, não
 1375 seria, no momento, assinada pelo Ministro, não havendo, portanto, legalmente, a habilitação de MG até o
 1376 prazo da comprovação das pendências. A seguir, **Dr. Álvaro** referiu-se à importante intervenção do
 1377 Conselheiro **Omilton** sobre o **"preço de referência"**, o qual teria que ser realmente observado. Em
 1378 oportuno, informou que o Senhor Ministro já havia encaminhado para análise do CNS, a **Proposta de**
 1379 **Formulação da Política Nacional de Medicamentos** onde existia um item sobre as
 1380 competências de cada gestor na aquisição de medicamentos essenciais. Informou ainda que estaria sendo
 1381 colocado na INTERNET, dentro de 15 (quinze) dias, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais -
 1382 RENAME, atualizada, o que não acontecia há 12 anos. Conselheiro **Omilton** teceu comentários sobre as
 1383 relações de medicamentos que antecederam a RENAME definitiva, elaborada pela Fundação Oswaldo
 1384 Cruz, tendo observado a necessidade de alguns medicamentos serem substituídos por outros de maior
 1385 eficácia e de posologia mais cômoda para o paciente, citando como exemplo, os anti-helmínticos. Ressaltou
 1386 que a referida RENAME deveria ter sido submetida à apreciação do CNS, face a sua própria
 1387 representatividade e a de seus membros. Nesse sentido, disse que, a iniciativa privada, conhecedora do
 1388 arsenal terapêutico distribuído no país, poderia contribuir em termos de relação à fármaco-economia e ao
 1389 custo-benefício, tendo também a indústria farmacêutica informações que já havia colocado por várias vezes
 1390 à disposição do MS, relativas ao consumo de medicamentos por enfermidade, ou por categoria terapêutica
 1391 no país. Em continuação, o Conselheiro **Jocélio**, então Coordenador da Mesa, solicitou que fosse lavrada
 1392 em ata, com letras maiúsculas, as palavras mencionadas pelo Senhor Ministro da Saúde, quanto à
 1393 **PARCERIA E O PAPEL DO CNS, NA EFETIVA FISCALIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA**
 1394 **NOB JUNTO AOS CONSELHOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE**. Retomou em seguida,
 1395 a questão do teto de R\$ 18 reais para o PAB fixo, havendo ainda algumas colocações dos Conselheiros
 1396 **Artur** e **Gilson**, assim como do **Dr. Álvaro**, os quais, após se reunirem à parte, elaboraram uma proposta
 1397 de resolução que foi lida pelo Conselheiro **Artur**, nos seguintes termos "O Plenário do Conselho

1398 Nacional de Saúde ... considerando a Res. CNS nº 261 de 04/12/97 e a pactuação ocorrida na
 1399 CIT em 27/01/98, Resolve: **1.** aprovar o teto máximo da parte fixa do PAB de 18 reais per
 1400 capita/ano; **2.** determinar que este valor terá que ser reestudado pela Tripartite sempre que
 1401 houver aumento do piso do PAB fixo; **3.** determinar ao Ministério da Saúde estudar o custo
 1402 efetivo do elenco de procedimentos do PAB, visando estabelecer parâmetros adequados".
 1403 Submetida à apreciação do Plenário, essa Resolução, foi APROVADA por unanimidade, recebendo o nº
 1404 269. A seguir, o Conselheiro **Jocélio** repassou outras deliberações do Plenário como sejam: **1)** Designação
 1405 de um Conselheiro para verificar a situação de Cuiabá - foi indicado, naquele instante, o Conselheiro
 1406 **Temístocles**; **2)** Designação de um novo relator para melhor caracterização do problema do Rio de Janeiro,
 1407 propondo medidas no CNS referentes a critérios e parâmetros quanto ao repasse de verbas para aquele
 1408 estado. Conselheiro **Artur** sugeriu, para esse caso, o nome do Conselheiro **Jocélio**, o qual deveria ser
 1409 apoiado pelos Conselheiros do Rio de Janeiro. O Plenário aprovou a sugestão. Conselheiro **Jocélio**
 1410 reafirmou a gravidade da questão do referido estado, dizendo ser inaceitável a terceirização de um hospital
 1411 quando havia a disponibilidade do município em assumi-lo, mantendo-o na esfera do SUS; **3)** Questão de
 1412 Minas Gerais: foi deliberado, naquele momento, que fosse solicitado manifestação do Conselho Estadual,
 1413 do qual faziam parte, os Conselheiros **Temístocles** e **Carlos Ferreira**. **4)** Elaboração do "Boletim de
 1414 Informática", para que o CNS divulgasse a todo o país, como utilizar a informática no acompanhamento
 1415 da implantação da NOB, via INTERNET; Conselheiro **Artur** recolocou a questão dos medicamentos da
 1416 Hanseníase, dizendo ser oportuno, com a presença do **Dr. Álvaro**, visto o Comitê de hanseníase ter
 1417 passado para a Secretaria de Políticas de Saúde e Avaliação do Ministério da Saúde. Procedeu então à
 1418 leitura da proposta de Resolução referente ao planejamento, compra e distribuição urgente, ao nível
 1419 nacional, dos medicamentos prednisona e talidomida, para hanseníase, solicitando que o MS desenvolva
 1420 estudos para o planejamento e compra de medicamentos opcionais às referidas drogas, devido aos seus
 1421 efeitos adversos e colaterais. Submetida à apreciação do Plenário, essa Resolução foi **APROVADA**,
 1422 recebendo o nº 268, contemplando os seguintes aspectos: **a)** compor uma Comissão para estudar o
 1423 assunto e propor solução permanente para o financiamento; **b)** apresentação de resultados ao CNS na 74ª
 1424 R. O.; **c)** suspender o efeito da Portaria 164; **d)** que a Comissão fosse formada por: • 1 (um) representante
 1425 do Conselho Nacional de Saúde - CNS; • 1 (um) representante da Secretaria de Assistência à Saúde -
 1426 SAS/MS; • 1 (um) representante do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS; • 1 (um)
 1427 representante do Movimento de Reabilitação dos Hansenianos - MORHAN; • 1 (um) representante da Área
 1428 Técnica de Hanseníase do Ministério da Saúde; • 1 (um) representante da Área Técnica de Saúde Mental
 1429 do Ministério da Saúde; • 1 (um) representante da Área Técnica de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde;
 1430 • 1 (um) representante da Área Técnica de Portadores de Deficiência do Ministério da Saúde; • 1 (um)
 1431 representante da Central Única dos Trabalhadores - CUT; e • 1 (um) representante da Federação Brasileira
 1432 dos Hospitais - FBH. Após apreciação, a Resolução foi **APROVADA** (Res. 270), sendo designado o
 1433 Conselheiro **Artur** como representante do CNS, na referida Comissão; **Segunda:** referente ao
 1434 planejamento, compra e distribuição de Prednisona e Talidomida para hanseníase, solicitando que o MS
 1435 estude o planejamento e compra de outros medicamentos opcionais, por conta dos efeitos adversos e
 1436 colaterais das referidas drogas. Resolução **APROVADA**. Sobre o Piso de Atenção Básica, cujo o conteúdo
 1437 fora previamente acordado com o Senhor Secretário Nacional de Políticas de Saúde, **Dr. Álvaro Machado**
 1438 e com o Conselheiro **Gilson Cantarino**. Posta em votação a Resolução foi **APROVADA**. **ITEM 10 -**
PAUTA DA 74ª R.O. E ENCERRAMENTO - Propostas de Pauta para 74ª R.O: **1)** Reestruturação
 1440 do Conselho Nacional de Saúde - Relatório Final. **2)** Discussão do Regimento Interno do CNS. **3.**
 1441 Descentralização da Fundação Nacional de Saúde. **4.** Estrutura Regimental do Ministério da Saúde. **5.**
 1442 Questões Orçamentárias. **6.** Homenagem ao Dia Internacional da Mulher. **7.** Doenças Renais Crônicas,
 1443 Hemodiálises e Transplantes Renais - Mesa constituída por representantes da SAS, SVS, SPSA. **8.**
 1444 Autorização para abertura de novos cursos nas áreas de Medicina, Odontologia e Psicologia - Composição
 1445 dos Grupos de Trabalho para pareceres. **9.** INFORMES - relato das Comissões e Grupos de Trabalho:
 1446 Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST; Comissão Intersetorial de Recursos Humanos -
 1447 CIRH; Comissão de Assessoria de Comunicação - ASCOP/CNS. Projeto de Acompanhamento dos CES e
 1448 CMS: Divulgações. Reunião dos Conselhos de Saúde - V Plenária de Conselhos de Saúde e II Encontro
 1449 das Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais de Saúde - SE/CES, nos dias 14 e 15 de abril. Relato
 1450 da Visita ao Conselho Municipal de Saúde/Cuiabá. **10.** Discussão e aprovação da ata. **ENCERRAMENTO -**
 1451 Nada mais havendo a apresentar, Conselheiro **Jocélio** deu por encerrada a presente reunião. Estiveram
 1452 presentes os Conselheiros: **Amadeu A. Bontato, Ana Maria Lima Barbosa, Antonio Sabino Santos,**
 1453 **Artur Custódio M. de Sousa, Carlos Aparício Clemente, Carlos Eduardo Ferreira, Ednilza Campos**
 1454 **de Assis e Mendes, Francisco Ubiratan Dellape, Gilson Cantarino O'Dwyer, Jocélio Henrique**
 1455 **Drummond, Lucimar Rodrigues Coser Cannon, Margareth Martha Arilha Silva, Mário César Scheffer,**
 1456 **Marisa Furia Silva, Mozart de Abreu e Lima, Neide Regina Cousin Barriguelli, Newton de Araújo**
 1457 **Leite, Omilton Visconde, Rita de Cássia Barradas Barata, Solon Magalhães Viana, Waldir Paiva**
 1458 **Mesquita, William Saad Hossne, Zélia Maria dos Santos, Zilda Arns Neumann.**