

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

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

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

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

questão, na forma de Resolução, para ser encaminhada à Justiça Federal, do Estado de Roraima. Em tempo, a Conselheira **Elizabeth** informou, ainda, sobre um documento a ser encaminhado ao CNS, tratando-se de denúncias da comunidade indígena da região. Posteriormente, a **RESOLUÇÃO** foi apresentada ao Plenário e **APROVADA** com 03 abstenções (Conselheiros **Omiton**, **Carlos Ferreira** e **Lucimar**). A seguir, o Conselheiro **Jocélio** ressaltando a condição diferente dos Ex-Territórios, perante aos demais estados, com relação ao recebimento de verba federal, solicitou que fosse esclarecido junto ao Senhor Ministro quanto ao repasse de verba para o sistema local, independentemente da questão do SUS;

11.3. Conselheiro **Carlos Ferreira** questionou se seria pertinente discutir a Portaria 164 de 30/12/97 da SAS, relativa ao atendimento dos Hansenianos, destacando que a mesma traria efeitos danosos em Minas Gerais. Conselheiro **Newton** sugeriu que o Conselheiro **Artur** fosse ouvido. Posteriormente, após entendimentos entre os interessados, o Conselheiro **Artur** denunciando o fato de o Ministério da Saúde ter suspenso o FPT (Fora de Possibilidade Terapêutica) das Colônias de Hanseníase e não ter dado a conhecer nenhuma outra forma de solução para o problema, apresentou proposta de **RESOLUÇÃO**;

11.4. Conselheiro **Mário** relatou sobre as mobilizações e andamentos relativos ao Projeto de Lei dos Planos de Saúde, projeto este aprovado pela Câmara Legislativa e em tramitação no Senado Federal. Informou ter sido escolhido como representante da Comissão de Conselheiros, para representar o CNS na Comissão de Acompanhamento da matéria no Senado Federal. Conselheiro **Waldir** comentou sobre a necessidade de cobrar do Senhor Presidente do Senado, Senador **Antonio Carlos Magalhães**, o compromisso de convocação para reunir a referida Comissão de Acompanhamento que, no seu entendimento, seria uma comissão consultiva. Conselheiro **Jocélio** sugeriu que fosse tirada uma nova manifestação do CNS, atualizando tudo o que já fora trabalhado. Conselheiro **Newton** congratulou-se com a Comissão do CNS, enfatizando especial atenção à matéria. Posteriormente, o Conselheiro **Mário** explicou que a Comissão fizera uma Moção para ser encaminhada ao Congresso Nacional, que após apreciação do Plenário, fora **APROVADA POR UNANIMIDADE**. Conselheiro **Oswaldo**, concordando com o teor da Moção, colocou que também gostaria de participar da audiência no Congresso Nacional, vez que o assunto envolvia a questão do idoso.

11.5. Conselheira **Neide**, colocou mais uma vez sua ansiedade quanto à questão dos renais, solicitando a presença de representantes da Vigilância Sanitária, a fim de prestarem informações sobre o que vem sendo feito em prol do paciente renal. Conselheiro **Newton** informou sobre o compromisso do **Dr. Nelson** no sentido que o tema fosse pautado na 74ª R.O.;

11.6. Conselheira **Lucimar** informou que relativo à Nova Estrutura Regimental do MS, publicada em 22/01/98, com entrada em vigor no dia 02/02/98, o CNS teria 90 dias para enviar contribuições;

11.7. Conselheiro **Jocélio**, para que não houvesse dúvidas quanto a sua participação no CNS, esclareceu que sua estada em Brasília devia-se à assessoria que presta à CONTAG, porém, sua base operacional continuaria sendo em São Paulo, daí a razão de utilizar passagens e diárias do CNS. A propósito, alguns Conselheiros fizeram alusão ao fato de trabalharem em vários lugares do Brasil, necessitando, por isso, de passagens que não fosse do seu local de origem. Na visão do Plenário, desde que justificado por escrito e com antecedência, não haveria inconveniente, ressaltando que o pagamento das diárias ficasse restrito aos dias de reunião.

11.8. Conselheiro **Mozart** apresentou comentários relativos à organização da Oficina de Trabalho sobre Política de Medicamentos Genéricos, informando que em reunião foram analisados vários aspectos, dentre os quais destacou:

- 1.** conceituação de termos, como: produto genérico, nome genérico, produto inovador, bioequivalência, biodisponibilidade, etc.;
- 2.** apresentação de documentos de posições dos diferentes segmentos presentes na Comissão Organizadora (da indústria, do governo e dos profissionais Médicos e Farmacêuticos). Acrescentou que o documento, após discutido, constituiria objeto de Trabalho da Oficina de Genéricos, prevista para o dia 31/03/98;
- 3.** Criação dos subgrupos e consolidação dos documentos apresentados;
- 4.** discussão da proposta de agenda, sendo entregue uma cópia aos Conselheiros. Neste sentido, comentou sobre:
 - a)** a hipótese do Senhor Ministro da Saúde proceder à abertura do evento;
 - b)** a exposição da metodologia da oficina;
 - c)** a conferência sobre o tema Genéricos, com um profissional “**expert**” na área;
 - d)** a elaboração de painéis sobre a garantia de qualidade X vigilância sanitária; Biodisponibilidade de bioequivalência; garantia de qualidade na perspectiva industrial; e Diretrizes para construção de uma política de genéricos;
 - e)** os debates e consolidação das propostas apresentadas; e
 - f)** a Plenária final.

11.9. Conselheira **Neide** informou que, após várias gestões feitas pelo grupo de renais junto a Secretaria de Saúde, Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde, nada foi conseguido no sentido de assegurar que a fila de receptores à transplantes, em São Paulo, fosse única e acessível aos interessados e que a Portaria 2.092 fosse respeitada pelos Nefrologistas. Com isto, citou que foram obrigados a entrar com uma representação junto ao Ministério Público do Estado, que fora acatada pelo órgão.

11.10. Conselheiro **Gilson** comentou sobre a falta de transparência nos critérios de convênios para o combate ao *Aedes aegypti* solicitando ao CNS que se manifestasse perante a Fundação Nacional de Saúde. Questionou à Coordenação Geral se o Conselheiro **Carlos Alberto Komora Vieira** teria afastado-se do CNS.

ITEM 02 - AGENDA BÁSICA DO CNS/98 - Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde, **Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**, introduziu a proposta de Agenda Básica para 1998, destacando que se tratava de um documento preliminar, resultado de uma discussão entre a Secretaria Executiva do Conselho e a Comissão de Acompanhamento

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

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

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

E por último que o Senhor está muito desinformado. Se o Senhor ler os jornais, verá que as pessoas já não morrem mais de AIDS se forem tratadas adequadamente com antiretrovirais e com acompanhamento médico. Hoje mesmo está nos jornais que houve uma redução de 50% de diminuição no número de óbitos. Eu lamento muito de ter um companheiro Conselheiro que fala com tamanha estupidez, crueldade, falta de humanismo e solidariedade. Eu tenho nojo da tua fala". Em resposta Conselheiro **Bezerra** falou que: (sic) *"Tudo isso que eu falei é que ou bem, ou mal, o MS faz campanha de prevenção. Medicina é prevenção. O caso do aidético foi um exemplo, um exemplo da convicção que eu tenho. Se ele levou para o lado dele, que é um grupo de privilegiados aqui dentro deste Conselho, tem outros grupos de privilegiados. Estou falando da saúde do país como um todo. Em medicina, se você não se cuidar, não se prevenir e depois adquirir doença por ignorância, talvez são pessoas mal conduzidas ou mal informadas. Acontece que neste país acontecem duas coisas que fazem falta tremenda: a falta de educação e a falta de informação. A informação é hoje o ponto chave de tudo o que tem sucesso no mundo. Se você é bem informado, você pode eliminar uma série de inconveniências na sua vida e na vida dos outros. Minha fala aqui, foi no sentido de que em medicina é melhor prevenir do que remediar o mal"*. O Conselheiro **Oswaldo** destacou que o papel da Agenda Básica de um conselho de saúde, sendo este uma representação popular para cuidar dos destinos da seguridade social, deveria expressar as necessidades e demandas em torno deste tema. Ele enfatizou que o Conselho Nacional de Saúde precisava examinar e fazer um balanço do que estava sendo levado à prática, das suas resoluções, como forma de refletir sobre suas possibilidades enquanto órgão que teria que zelar pela aplicação do SUS e da seguridade social. Esgotadas as contribuições dos conselheiros, o debate sobre a Agenda Básica de 1998 foi encerrado e as modificações sugeridas incorporadas ao texto. Na manhã seguinte, o texto já alterado foi distribuído aos conselheiros, que então verificaram se suas sugestões haviam sido plenamente contempladas. A Conselheira **Albaneide** pediu que fosse incluído **"e questões de alimentação e nutrição"** em complementação ao item **"carências nutricionais"**, como também a inclusão de **"causas perinatais"** no item redução da mortalidade infantil. A Conselheira **Clair** solicitou que, no item **"doenças e acidentes de trabalho"**, fosse acrescentado **"incluindo as especificidades da saúde da mulher"**. A Conselheira **Zélia** pediu que fosse incluído item relativo a saúde dos portadores de deficiências e a Conselheira **Zilda** indicou que, no item controle social, fosse acrescentado sobre a importância da disponibilidade de informações atualizadas e de consulta imediata na Internet e em outros meios de comunicação, sobre as remessas de verbas para estados e municípios. O Conselheiro **Gilson Cantarino** comentou que a expressão **"além da Agenda de 1997"** soava como excludente quanto às prioridades da Agenda de 98 em relação a do ano anterior. Sugeriu a expressão **"incorporando a Agenda Básica de 1997"**. O Conselheiro **Omilton** alertou que não fôra incluída a observação do Conselheiro **Mozart** quanto às questões que geram crise no sistema de saúde. O coordenador do CNS afirmou que estas questões estavam contempladas no item **"Políticas de Acompanhamento de Programas Prioritários do SUS e Questões de Saúde de grande atualidade e impacto na opinião pública"**. Dr. Nelson destacou a direcionalidade da Agenda de 1998 em relação à anterior, esclarecendo que em um documento como aquele não cabiam muitos detalhamentos sobre a metodologia das discussões. Incorporadas as novas sugestões, a Agenda Básica de 1998 foi aprovada.

ITEM 03 - NOVA ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - APRESENTAÇÃO DR. AILTON DE LIMA RIBEIRO - O Coordenador da Mesa, Conselheiro **Newton**, passou a palavra ao Dr. Nelson, que justificou a ausência do apresentador do tema. Dr. Nelson explicou, então, que o Decreto que criara a nova estrutura regimental do MS, fora elaborado pela Casa Civil da Presidência da República, com a colaboração de Servidores do Ministério da Saúde. Disse que contactou com o Dr. Ailton para apresentação do tema, mas que o mesmo, em virtude de compromissos já assumidos para a mesma data, pedira adiamento de sua presença para a Reunião Ordinária do mês de março/98. Encaminhou, no entanto, os originais do Decreto, que foram reproduzidos e inseridos nas pastas de cada Conselheiro(a) para tomada de conhecimento, análise e estudos sobre o mesmo. Aproveitando a oportunidade, Dr. Nelson enfatizou que, com a edição deste Decreto, a Coordenação Geral do Conselho Nacional de Saúde voltaria a estar vinculada ao Gabinete do Senhor Ministro da Saúde. Explicou, também, que a Secretaria Executiva não opinara sobre as competências do CNS ali estabelecidas, e por isso, poderiam as mesmas ser alteradas, dependendo dos estudos e sugestões que forem procedidos por este Colegiado.

ITEM 04 - RELATÓRIO DA PRIMEIRA REUNIÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE DO CNS E PLANO DE TRABALHO - Conselheiro **Mário Scheffer**, informou que, no último dia 20, fora instalada a Comissão de Comunicação Social do Conselho Nacional de Saúde com a participação de representantes do CONASS, CONASEMS, da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, da ABRASCO, do Fórum Nacional de Educação Popular em Saúde, e da CNBB/Pastoral da Criança. Adiantou, que o representante do Fórum pela Democratização da Comunicação e a Conselheira **Margareth Arilha** justificaram as respectivas ausências, registrando que os assessores de comunicação do

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

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

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

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

março, devendo, necessariamente ser reiterada a Resolução CNS nº 264, agregando-se à solicitação de esclarecimentos relativa à execução orçamentária e financeira de dezembro de 1997. Decidiu-se, ainda, agregar ao material de apoio as planilhas encaminhadas pelo MS com a finalidade de que os Conselheiros já tomem ciência dos dados disponíveis para melhor análise conjunta a seguir; **3. ORÇAMENTO DE 1998 (valores exatos no Material de Apoio à Apresentação do Relatório)** - Os primeiros dados já analisados nos mostram: • **ORÇAMENTO APROVADO PELO CONGRESSO - R\$19,5 estando assim distribuídas as despesas:** Pessoal - R\$ 4,1 BI; Dívida Financeira - R\$ 2,0 BI; Despesas Correntes e de Capital - R\$13,3 BI. • O DECRETO 2451 DE 5-1-98 (DOU 07/01/998) BLOQUEOU DESPESAS DE PROJETOS E ATIVIDADES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM OCC (NO FNS, NA FUNASA E FIOCRUZ) NO MONTANTE APROXIMADO DE DOIS BILHÕES REDUZINDO AS DISPONIBILIDADES ORÇAMENTÁRIAS, PARA 1998 A APENAS R\$ 11,4 BI. **Esta redução de 13,3 para 11,4 representa uma dedução de 15% das despesas de atividades e projetos(occ), e cerca de 10% do orçamento total do MS.** O ANEXO IV DO REFERIDO DECRETO ESTABELECEU UMA PROGRAMAÇÃO DE LIBERAÇÃO FINANCEIRA ATÉ 30-12-98 DE R\$ 10,1 BI. UM FATO QUE PODERIA AGRAVAR AINDA MAIS A SITUAÇÃO DE 1998 SERIA A NÃO EXECUÇÃO FINANCEIRA DOS EMPENHOS ORÇAMENTÁRIOS DE 1997, O QUE IMPLICARIA EM TRANSFERÊNCIAS DESSES COMPROMISSOS PARA O ORÇAMENTO DESTE ANO. ANÁLISE MAIS DETALHADA E CONSISTENTE SOBRE O ORÇAMENTO DE 98 SOMENTE PODERIA SER FEITA APÓS O ENCAMINHAMENTO À COMISSÃO, PELA ÁREA TÉCNICA DO MINISTÉRIO, DOS DADOS RELATIVOS À EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DE DEZEMBRO E DA PLANILHA DO FLUXO DE CAIXA COM A POSIÇÃO EM 31/12/97. SERIA TAMBÉM IMPORTANTE PARA UMA ANÁLISE MAIS COMPLETA DE 97 E SUAS REPERCUSSÕES EM 98 O ENCAMINHAMENTO DO DOCUMENTO DE QUE TRATA A RESOLUÇÃO CNS Nº 264 DE 4 DE DEZEMBRO DE 1.997. **Nesta resolução foi solicitado documento à Secretaria Executiva sobre a execução até 30/11/97, particularmente, nos itens em que os saldos orçamentários eram superiores a 40% e/ou a execução financeira, inferior a 40%. Caso o plenário aprovasse deveria constar deste documento, explicações relativas à execução de dezembro de 1997.** **4. PLANO DE TRABALHO PARA 1.998 - A Comissão, em linhas gerais, encampou a sugestão encaminhada em dezembro/97 pelo representante do CONASEMS, Gilson Carvalho, de agregar às suas atividades a análise dos convênios firmados pelo Ministério da Saúde (REFORSUS, Programa do Leite, Dengue etc.). Inicialmente, seriam solicitados dados na forma em que estão sendo atualmente registrados e disponibilizados. Caso fosse necessário, em uma etapa posterior, seriam construídas formas mais adequadas de agregação e tratamento dos dados. Seria desejável que a Coordenação do Conselho Nacional de Saúde conseguisse Senha de Acesso ao SIAFI para que a Comissão pudesse melhor colher dados a serem apresentados para consideração do plenário. A Comissão considerou, ainda, que a Resolução CNS nº 263 configurou, de modo suficientemente claro, os parâmetros de trabalho para 1998;** **5 - SUGESTÕES E ENCAMINHAMENTOS AO PLENÁRIO:** **5.1** - Que sejam reiteradas as Resoluções CNS nºs 263, 264 e 265 devendo sua homologação ser agilizada e seu cumprimento operacionalizado, sendo que a Resolução CNS nº 264 deveria ser reformulada alterando-se o prazo para 28 de fevereiro e complementando-se o documento com dados específicos relativos à execução orçamentária e financeira de dezembro de 1997; **5.2** - Recomendar à Coordenação do Conselho no sentido de obter Senha de Acesso ao SIAFI; **5.3** - Sugerir ao Conselho que o plenário autorize seu representante junto ao CNSS a manifestar-se contrário à postergação das reuniões previstas para o mês de fevereiro (plenária e grupos de trabalho) e que seja acionado o Ministério Público, caso venha a se repetir este ano o ocorrido em 1997; **5.4** - Que o presente relatório seja aprovado bem como o material de apoio à apresentação do mesmo sejam considerados anexos à ata. As sugestões e encaminhamentos foram acatados pelo Plenário com as seguintes alterações: **1.** Reiterar as Resoluções CNS nºs 263, 264 e 265, devendo ser agilizada sua homologação; **2.** Incorporar as atividades da Comissão de Acompanhamento, previstas na Resolução CNS nº 263, a análise dos convênios do MS como destacado no item 4 do Relatório; **3.** Acrescentar, na eventual necessidade, de nova redação de Resolução CNS nº 264, mudança de prazo para encaminhamento do Documento ao CNS, incorporando-se explicações relativas à Execução Orçamentária e Financeira do mês de dezembro de 1997; **4.** O Relatório não deveria ser submetido a aprovação do Plenário, mas sim suas sugestões e encaminhamentos, e após apresentado, que passe a ser documento oficial do CNS. Anexar à ata da reunião ao Material de Apoio; **5.** Contatar as entidades da Sociedade Civil que não indicaram representantes junto ao CNSS para que o façam, urgentemente, e insistir junto à Secretaria Executiva do CNSS para promover Reunião Plenária, se possível, ainda em fevereiro; **6.** Acionar o Ministério Público, caso se configure a repetição do ocorrido em 1997 (suspensão de várias reuniões do CNSS). **7.** Analisar a possibilidade de Ação Civil Pública por não

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

favorável à aprovação, dizendo que o mesmo objetivava subsidiar o plenário para as deliberações que entendesse convenientes. No referente ao CNSS, ratificou a observação feita pelo Conselheiro **Jocélio**, porém, chamou a atenção para o fato de os Grupos de Trabalho, que independem da nomeação dos representantes dos Conselhos, estarem suspensos. Conselheira **Lucimar** ressaltou que a Comissão de Acompanhamento Orçamentário fora instituída com a prerrogativa de assessorar o CNS nas questões de orçamento, não cabendo a ela encaminhar relatório para o Conselho aprovar e, no seu modo de ver, o Conselho seria soberano para deliberar sobre as recomendações da Comissão. Conselheiro **Oswaldo** sugeriu que, para se evitar o ocorrido no CNSS, os Ministérios comunicassem as entidades, com um mês de antecedência, o fim de seus respectivos mandatos. Conselheira **Zilda** solicitou esclarecimentos sobre as verbas destinadas ao extinto INAN e CEME, qual teria sido a razão do Programa do Leite não ter sido executado conforme o orçamento e se as prefeituras, após receberem o dinheiro para esse programa, prestavam contas. Conselheiro **Solon** disse ter a Conselheira **Lucimar** complementado muito bem o seu pensamento a respeito da função da Comissão de Orçamento e da questão da aprovação do relatório. A propósito, solicitou esclarecimento das despesas evidenciadas nos itens 7 (hospitais próprios), 8 (INCA) e 9 (GHC) do relatório. Conselheiro **Omiton** ratificando a proposta do **Dr. Grilo** de que fossem convocadas ao Conselho as autoridades das diversas áreas do MS para prestarem esclarecimentos sobre suas atividades, deixou claro que não estava questionando a forma do relatório, mas seu conteúdo. Conselheiro **Artur** perguntou ao **Dr. Grilo** como estava o andamento dos convênios de saúde mental, quanto à questão do relatório sobre o orçamento, considerou o plenário soberano para decidir a respeito e propôs resolução no sentido de que a Comissão de Acompanhamento Orçamentário consultasse o Ministério Público sobre a possibilidade de mover ação jurídica para garantir o limite orçamentário de 24.4 bilhões de reais. Também, sugeriu se que estudasse e depois se propusesse à plenária do CNS ações políticas para o desbloqueio de 1.9 bilhão de reais. Conselheiro **Mesquita**, cumprimentando os presentes, questionou a ausência do Secretário Executivo do MS, **Dr. Barjas Negri**, na reunião. **Dr. Grilo**, em respostas às indagações, ressaltou que: **1.** no ano de 1997 fora assumido o “reembolso” de quase todos os convênios de 1996; **2.** a prestação de contas desses convênios era feita ao FNS; **3.** nas auditorias processadas por amostragens, abria-se uma tomada de conta especial, se detectadas irregularidades, era encaminhada ao Tribunal de Contas da União; **4.** o Programa do Leite estava incluso no Programa de Combate às Carências Nutricionais, cuja a alocação dos recursos encontrava-se no FNS; **5.** a NOB/96 previa o fim da administração convenial no serviço público; **6.** o processo fundo-a-fundo começara a se efetivar com o advento da gestão semiplena e com a implantação do PAB passaria a ter uma abrangência maior; **7.** o GHC, na rubrica apresentada, referia-se somente a despesas com pessoal, já o INCA e os hospitais próprios, ao custeio. Explicou que os hospitais próprios seriam mantidos apenas orçamentariamente, enquanto que o INCA, por ser uma fundação, receberia uma parte do custeio pelo orçamento e outra pelo faturamento. Conselheira **Zilda** quis saber se a verba do Programa do Leite era repassada de uma só vez para os municípios. **Dr. Grilo** reafirmou que obedecia um cronograma do Tesouro feito para o MS e era negociada no plano de trabalho dos municípios. Conselheiro **Artur** referiu-se ao fato de o MS se desfazer da lógica convenial que vinha praticando sem avaliar as conseqüências desse ato. Conselheiro **Mozart** considerou importante que a Comissão de Orçamento procurasse estudar todas as fontes de receitas dos hospitais.

ITEM 09 - REGULAMENTAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA NOB-96: RELATO DAS REUNIÕES DA COMISSÃO INTERSETORIAL TRIPARTITE - CIT, DE 18/12/97 E 27/01/98 - A apresentação deste item foi marcada pela presença do Senhor Ministro da Saúde, **Dr. Carlos César S. de Albuquerque**, que manifestou satisfação em estar participando daquela reunião, aproveitando a oportunidade para desejar a todos prosperidade e realizações pessoais no decorrer de 1998 e, em especial, vitórias na difícil tarefa de se retirar o SUS do “discurso” e colocá-lo na prática. Disse que esta tem sido a sua principal meta e desafio, pois até então não se conseguiu implantá-lo na sua totalidade, devido a forças opostas e nem sempre originárias dos grupos tradicionais, já identificados como os prováveis responsáveis. Afirmou ser o SUS um sistema bem concebido e com muitas chances de sucesso e almejou que a saúde do Brasil conseguisse, de fato, tomar rumos. Mencionou sentir-se honrado como presidente do CNS, estando ali para acompanhar a explanação que o **Dr. Álvaro** faria sobre o item em pauta e para, por proposição dos Conselheiros **Gilson** e **Zilda**, assinar a Resolução CNS nº 259, pela qual poderão participar do PACS e PSF não apenas organizações oficiais mas, também, organizações de boa vontade, que poderão colaborar na construção de um sistema de saúde acima de tudo, solidário. Comentou que 1997 foi um ano de dificuldades, aprendizado e desafios a todas as partes que compõem a Tripartite e a todos os segmentos, conseguindo-se um amadurecimento quanto ao Piso de Atenção Básica - PAB, como deveria ser viabilizado no MS, nos estados e nos municípios. Referiu que o PAB da NOB-96 tinha o vício de que saúde era exclusivamente assistência médica, quando, na realidade, saúde tem relação fundamental com o hospital, com a emergência e com o ambulatório. Comentou, ainda, sobre recursos no MS que estavam dentro de um sistema totalmente antagônico à proposição do SUS, em programas possuidores de políticas próprias, competindo com o PAB, com o SUS e com os municípios. Disse ter se passado então para um PAB não de assistência básica, mas de atenção básica à Saúde, onde, a partir de um núcleo

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

seria de que elas pudessem multiplicar as ações do governo, melhorando-as e tornando-as mais eficientes. A seguir, o **Dr. Álvaro Machado**, Secretário de Políticas de Saúde e Avaliação do Ministério da Saúde, iniciou o relato das duas últimas reuniões da CIT, quanto à Regulamentação da Implementação da NOB-96, ressaltando e agradecendo a confiança do Conselho na Comissão Tripartite. Passou a discorrer sobre os pontos principais, apresentando os dados em transparências. Expôs os componentes do PAB, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Farmácia Básica, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Combate a Carências Nutricionais, Saúde Bucal e outros componentes a serem incluídos. Enumerou as ações custeadas com recursos destinados à assistência básica: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; visita/atendimento ambulatorial e domiciliar, realizado por membros da equipe de saúde da família; vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atendimentos básicos para profissional de nível médio; atividades dos agentes comunitários de saúde; assistência ao parto domiciliar por médico do PSF; primeiro atendimento de urgência (pronto atendimento). Mostrou a tabulação especial dos recursos do Ministério da Saúde para o PAB 1996, em sua parte fixa, esclarecendo que 70% dos municípios ficaram na faixa de PAB < 10 reais *per capita*, correspondendo a 74% da população (35% < 5), e 30% na faixa de > 10 reais *per capita* (10% > 15). Foi estabelecido o valor mínimo de 10 reais *per capita*, tendo sido também pactuado que, para municípios que estariam na faixa acima de 10 reais, seriam mantidos os valores correspondentes à média de 1996, com limite estabelecido, na Tripartite, de 18 reais *per capita*. Isso corresponderia a 1 bilhão e 741 milhões de reais que seriam destinados à assistência básica em 1998, parte fixa, com transferência fundo a fundo, dentro do teto financeiro da assistência de 9 bilhões e 18 milhões de reais. Acrescentou que a esta parte fixa agregou-se incentivos, ou seja, parte variável do PAB, referentes: **1-** aos programas de agentes comunitários de saúde e saúde da família (PACS e PSF), correspondendo a 201 milhões de reais; **2-** à assistência farmacêutica básica, para municípios com menos de 21.000 habitantes, correspondendo a 159 milhões de reais; **3-** ao programa de combate a carências nutricionais, com propostas definidas, ao nível local, que podem contemplar atividades e alimentos vários, não existindo mais o programa do leite, correspondendo a 159 milhões de reais; e **4-** às ações básicas de vigilância sanitária, correspondendo a 42 milhões. Ressaltou que alguns itens constavam dos dois quadros, o de incentivos e o de pagamentos específicos. Referiu que a municipalização da saúde entrou numa nova etapa e que as medidas incorporariam a transformação do modelo de atenção, permitindo a agilização do processo de descentralização. Citou que 15 estados encaminharam pleitos de habilitação de municípios às condições de gestão, num total de 1531 municípios, com destaque para o Ceará, pela qualidade dos processos e para Pernambuco, pela quantidade de municípios que se habilitaram. Foram aprovados na gestão plena da atenção básica 1343 municípios e na gestão plena do sistema municipal, 94 municípios. Informou, também, que a habilitação estadual foi aprovada para o DF e MG ficou com pendências. Os tetos estaduais foram excluídos constituindo assunto para discussão na próxima reunião da CIT. Foi apresentado quadro com as habilitações aprovadas na reunião de 27/01/98, discriminados por estado, total de municípios, percentual de municípios habilitados, população coberta, percentual de cobertura populacional e valores dos recursos do PAB agregados ainda por macrorregiões. Ressaltou que 24% da população passaria a ser beneficiada, tendo sido transferidos, fundo a fundo, quase 1 bilhão de reais no primeiro mês da habilitação. Também se apresentou quadro referente à previsão de novas habilitações a partir dos projetos já apresentados nas Comissões Bipartites. Referiu, ainda, que a Comissão estudaria critérios para incentivos do PACS e PSF, além de estudo do custo efetivo do PAB para verificar a adequação do valor mínimo *per capita* e do teto. Foi, também, pactuado na reunião de 27/01/98 a criação de uma Comissão Tripartite objetivando estudar critérios para agregação dos incentivos da parte variável do PAB e a inclusão da definição dos tetos estaduais na próxima reunião ordinária da CIT. Referiu que fora também aprovado o relatório do Cartão SUS a ser apresentado ao CNS. Sugeriu uma maior integração com os Conselhos Estaduais de Saúde, através do CNS, para ordenar a cooperação técnica e identificar uma rede colaborativa para assessorar à habilitação dos municípios, evitando assim assessorias indevidas, visando a que os municípios atinjam os requisitos mínimos para se habilitarem. Finalizou dizendo da importância da Programação Pactuada Integrada - PPI cuja fiscalização caberia aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, dentro do controle social, podendo ser desenvolvidos convênios para capacitação de Conselheiros. Falou sobre o convênio com o Banco do Brasil que propiciaria informação aos Conselheiros sobre os repasses efetuados, além da disponibilização desses dados via INTERNET. Após a apresentação, houve a manifestação de alguns Conselheiros. **Conselheiro Gilson** referiu que houve timidez por parte dos municípios em gestão semiplena, de solicitar gestão plena do Sistema. Teceu comentários sobre a necessidade de apurar a questão do financiamento e lembrou que determinadas deliberações da Tripartite teriam que se constituir em aprovação no CNS, através de resolução, face a algumas alterações com relação à NOB-96. Citou como exemplos, a determinação do PAB fixo máximo de 18 reais e a questão do percentual do incentivo do PACS e PSF. Mostrou-se preocupado pelo fato de o incentivo ao PSF não vier a se tornar suficientemente 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.**
1216 **Álvaro**, como estava se avançando na referida questão. Manifestou a seguir, discordância de que o PAB,
1217 numa gestão plena, fosse uma conta separada na movimentação, pois, entendia que, nesse caso, o gestor
1218 deveria estar junto com o Conselho Municipal de Saúde e todo o volume de seus recursos, os quais seriam
1219 utilizados de acordo com as prioridades do Conselho, importando os resultados obtidos. Concluiu que o
1220 PAB se tornaria um pouco conveniente ao ser um recurso destacado na gestão plena do sistema. Conselheiro
1221 **Gilson** referiu-se ainda, à Portaria 1.888, que dava poder à SAS de suspender a posição de gestão, pelo
1222 não cumprimento de uma alimentação de banco de dados, etc. Disse achar isso perigoso pois quem
1223 deveria suspender uma posição de gestão seria quem a deu, ou seja, se foi a Tripartite, ela é quem poderia
1224 suspender. Quanto à entrada da ressonância magnética na tabela do SUS, disse que seria complicado,
1225 pois, não existiriam recursos novos para administrar procedimentos desse tipo, solicitados, muitas vezes,
1226 inadequadamente. Dirigiu-se em seguida ao Senhor Ministro, comentando sobre algumas supressões de
1227 fluxos de insumos que eram tradicionais no Ministério, trazendo problemas, por exemplo, na área de
1228 hanseníase. Demonstrou preocupação quanto à necessidade do acerto dessa questão, entre união, estado
1229 e município, porque já estavam definidos o percentual de determinados medicamentos que caberiam a cada
1230 um deles. Questionou se isto estava sendo feito sem acordo prévio, conforme havia sido levantado pelo
1231 Conselheiro **Artur** no dia anterior. Em seguida, **Conselheiro Jocélio** referiu-se à relação de confiança entre
1232 o CNS e a CIT, dizendo que a mesma decorria da postura de pessoas como o Conselheiro **Gilson** e o **Dr.**
1233 **Álvaro**. Perguntou sobre o contingenciamento do orçamento no que afeta a NOB-96 e discorreu sobre uma
1234 série de irregularidades que estavam acontecendo nos municípios e nos estados, tais como: **1.** no Rio de
1235 Janeiro, onde estaria ocorrendo terceirização de gerenciamento de antigos hospitais do Governo Federal,
1236 sem nenhuma discussão no Conselho Estadual de Saúde e, portanto, sem nenhum controle social,
1237 atropelando completamente um Conselho de certa tradição; **2.** em Cuiabá, onde a prefeitura fechou um
1238 ambulatório de Oncologia, referência do Estado de Mato Grosso, sem nenhuma discussão no Conselho
1239 Municipal, ora desativado. (Conselheiro **Jocélio** ressaltou que, antes de trazer essa denúncia ao CNS,
1240 havia solicitado manifestação do Conselho Estadual cujo presidente, Secretário Estadual de Saúde,
1241 respondeu que não convocaria o Conselho para tratar daquele assunto); **3.** em Altamira - PA, o hospital da
1242 Fundação Nacional de Saúde, único do local, havia recebido, em 1996, 2 milhões de reais para o seu
1243 funcionamento; em 1997, 459 mil reais (< de 25%); e, em 1998, não tinha previsão de recursos, resultando
1244 na suspensão de suas atividades; **4.** em Minas Gerais, estariam passando por cima de regras de
1245 enquadramento, para estabelecerem, talvez, o cumprimento de metas para muitos municípios serem
1246 enquadrados em gestão simplificada e plena. Diante do exposto, Conselheiro **Jocélio** perguntou ao **Dr.**
1247 **Álvaro** sobre qual seria a atitude imediata da Tripartite com relação à denúncia de Cuiabá, para que o
1248 Controle Social do CNS tivesse algum resultado efetivo, já que sempre se colocou a importância de atuação
1249 dos Conselhos. Propôs ao CNS, designar um Conselheiro para ir ao local, a fim de fiscalizar a questão do
1250 ambulatório, ressaltando que o trabalho de visita do CNS aos Estados tem contribuído na recomposição de
1251 alguns Conselhos inoperantes. Com relação ao Rio de Janeiro, indagou também quanto às providências
1252 que seriam tomadas pela Tripartite e pelo CNS. **Dr. Álvaro** retomou, inicialmente, aos questionamentos do
1253 Conselheiro **Gilson**, dando as seguintes informações: **1º)** com relação à Comissão Técnica da Tripartite,
1254 disse ter avançado, estando já concluídas as alterações das portarias de dezembro/97, a serem publicadas
1255 naquela semana, tendo sido suspenso o repasse da Comissão de Gestão. **2º)** existiam ainda duas
1256 pendências relacionadas aos seguintes incentivos: **a)** do PACS-PSF: (quanto ao PACS, já havia uma
1257 pactuação de R\$ 1.500 reais por agente; em relação ao PSF, a Comissão Técnica Tripartite tinha
1258 apresentado o valor de R\$ 25 mil reais, por equipe, existindo porém, uma contra-proposta, para ser
1259 rediscutida com o CONASS e CONASEMS, no sentido de que o município que tiver um PAB de R\$ 10
1260 reais, terá os R\$ 25 mil reais por equipe; o que tiver o PAB de R\$ 18 reais, terá o valor correspondente aos
1261 R\$ 13.500 reais atualmente utilizados. E que, dentro dessa variação de PAB, haveria uma variação em
1262 relação ao incentivo, possibilitando ajudar aos mais necessitados e se atingir as metas de 100 mil agentes e
1263 3.500 equipes). **b)** em relação ao combate às carências nutricionais, existia uma compactuação fechada
1264 com o CONASS e CONASEMS, ocorrendo, porém, um problema com o Programa Comunidade Solidária
1265 que, embora defendendo a universalidade, havia o temor de diminuição dos recursos direcionados aos
1266 municípios desse Programa. No entanto, estava sendo feito um levantamento efetivo para se tentar
1267 demonstrar que a referida diminuição não deveria existir e, caso acontecesse, a proposta seria modificada,
1268 pois, por decisão do Senhor Ministro da Saúde, não deveria haver nenhum prejuízo aos municípios de
1269 Comunidade Solidária; **3º)** quanto à questão dos recursos carimbados na gestão plena do sistema para o
1270 PAB, teria que ser discutida no CNS, face a divergências nesse sentido, ou seja, a posição defendida no
1271 CONASEMS não era a mesma do MS enquanto que, a posição da CIT, era de que os recursos destinados
1272 para atenção básica à saúde, fossem exclusivos para a mesma, não devendo, por exemplo, serem
1273 utilizados na internação hospitalar. **Dr. Álvaro** comentou sobre a insistência de vários Secretários Estaduais
1274 de Saúde que, não acreditando no atingimento das metas do PSF, provável de acontecer, propuseram que,
1275 caso sobrassem recursos do PSF, na avaliação do MS, em julho/98, os mesmos fossem utilizados em nível

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

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

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