

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

Aos dias quatro e cinco de março de mil novecentos e noventa e oito, foi realizada, na Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde, a Septuagésima Quarta 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 **Omilton Visconde**, para coordenar o período da manhã.

ITEM 01 - INFORMES - Antes de iniciar a apresentação dos informes indicados na pauta, o Conselheiro **Omilton** solicitou ao Coordenador Geral do CNS que fizesse breve informe sobre a implementação da Agenda Básica do CNS. **Dr. Nelson Rodrigues** fez um rápido comentário sobre os critérios para seleção de assuntos para constar do item Informes, destacando que não se tratavam de matérias para discussão, votação e aprovação, e que caso isso viesse a acontecer, o assunto deveria ser remetido para a pauta em outro horário, na mesma reunião, ou ser incluído na pauta da reunião seguinte. Esclareceu que o informe que iria fazer era uma consequência da última reunião da Comissão de Acompanhamento das atividades do CNS.

INFORME 1 - Agenda Básica - A implementação dos dois aspectos prioritários destacados no texto da Agenda Básica, aprovado na 73ª Reunião Ordinária do CNS - o acompanhamento das resoluções do Conselho e a avaliação dos modelos de gestão que vêm sendo praticados por inúmeras secretarias estaduais e municipais de saúde e, também, por instituições como a Associação das Pioneiras Sociais (DF) e o Instituto Nacional do Câncer (RJ) - seriam viabilizados através do convênio do CNS com a ABRASCO. Para tal, estava agendada, ainda em março, uma reunião entre a diretoria da ABRASCO, a Secretaria-Executiva do CNS e a Comissão de Acompanhamento. **Dr. Nelson Rodrigues** destacou que a implementação do referido convênio permitiria a terceirização da elaboração das atas, e a consequente liberação da equipe técnica da Secretaria-Executiva para realizar, entre outras atividades, o acompanhamento sistemático das resoluções publicadas pelo CNS, assim como a contratação de consultorias para a consolidação de pesquisas existentes de avaliação crítica de novos modelos de gestão, no sentido de verificar sua efetividade e o respeito aos princípios e diretrizes do SUS. A seguir, comunicou que também seriam encomendadas pesquisas breves de avaliação de outras demandas específicas que chegam ao CNS, e que a expectativa da Comissão de Acompanhamento e da Secretaria-Executiva era apresentar os resultados antes do fim do primeiro semestre, a fim de que o plenário pudesse analisá-los e aprovar diretrizes e balizamentos para esses novos modelos de gestão. Antes de ser introduzido o informe seguinte, o Conselheiro **Omilton** fez menção à presença do Conselheiro **Caio Freitas**, representante do CONASS e Secretário de Saúde do Estado de Goiás.

INFORME 2 - Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - **Dr. Nelson Rodrigues** comunicou que, após o adiamento por duas vezes consecutivas, a CIST estaria se reunindo nos dias 10 e 11 de março, seguindo a nova linha de trabalho proposta pela Secretaria Executiva para as comissões, no sentido de adequar suas prioridades, métodos de trabalho e produtos à Agenda Básica 98 e aos objetivos do CNS.

INFORME 3 - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - **Dr. Nelson Rodrigues** anunciou a instalação da CIRH, ocorrida no mês de fevereiro. Durante a reunião de instalação, a Comissão já definira três linhas básicas que iriam nortear a elaboração de seu plano de trabalho: **a)** modelo de assistência e suas implicações junto aos recursos humanos; **b)** gestão de RH; e **c)** formação e capacitação de RH. Conselheira **Margareth Arilha** solicitou ao **Dr. Nelson** esclarecimento sobre a possibilidade das comissões continuarem a se reunirem ainda que os planos de trabalho para 1998 não estivessem aprovados pelo plenário do CNS. **Dr. Nelson** respondeu que as reuniões já agendadas aconteceriam normalmente, e que a Secretaria-Executiva estaria participando destas reuniões com vistas a discutir aspectos de adequação à Agenda Básica de 98. Conselheiro **Solon Magalhães** encaminhou questão de ordem, relativa às alterações na pauta as quais ele já havia sido informado de que aconteceriam. Ele insistiu para que essas mudanças fossem feitas com antecedência, a fim de que os conselheiros pudessem organizar-se, e solicitou que quaisquer alterações fossem anunciadas sempre no início das reuniões. Conselheiro **Omilton**, atendendo ao pedido do Conselheiro **Solon**, interrompeu os informes e passou novamente a palavra ao **Dr. Nelson Rodrigues**, que pediu desculpas a todos por não ter informado, no início da reunião as alterações ocorridas na pauta. Antes que prosseguisse, o Conselheiro **Paulo** comunicou a indicação do Conselho Federal de Psicologia para representar o segmento *profissionais de saúde*, na CIRH, e também perguntou, em nome da Conselheira **Albaneide Peixinho**, a data de realização da reunião da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição. **Dr. Nelson Rodrigues** respondeu que como se tratava de informação técnica, se comprometia de informar ao plenário a respeito ainda no período da manhã. Conselheiro **Omilton** perguntou se mais algum dos presentes teria algo a comentar sobre os informes feitos até então. Conselheiro **Clemente** pediu a palavra e se manifestou quanto à reunião da CIST, destacando alguns pontos para reflexão da Comissão e do CNS, como o fato de que apenas 127 municípios brasileiros mantinham programas de saúde do

trabalhador, e que alguns dos principais jornais brasileiros haviam publicado, nos meses de fevereiro e início de março, matérias sobre a gravidade dos acidentes de trabalho no país. Observou que a relação entre acidentes de trabalho e saúde do trabalhador não mais apareciam nas estatísticas oficiais da Previdência Social, comparando o Brasil, onde a incidência de registro de uma morte de trabalhador a cada 60, 70 registros de acidentes leves, com países civilizados, onde a relação era de uma morte de trabalhador para cada quase 2 mil registros de acidentes leves. Frisou, ainda, que esses dados indicavam o subregistro de acidentes de trabalho, cuja conta era paga pelo SUS, mas sem a especificação das causas dos acidentes. Concluiu dizendo que era preciso haver uma discussão no CNS sobre esses fatores, de modo a envolver também os secretários municipais e a rede de saúde. **Alterações da pauta** - Dando prosseguimento à reunião, Conselheiro **Omlton** passou a palavra ao **Dr. Nelson Rodrigues**, que anunciou as seguintes alterações na pauta: **a)** transferência para às 17:30 daquele mesmo dia, da apresentação do relatório final da Comissão de Reestruturação do CNS, sendo que o relator da matéria, Conselheiro **Newton Leite** estava convocando uma reunião final com a respectiva comissão durante o intervalo de almoço; **b)** suspensão do item 06, “**Descentralização da FUNASA**”, em virtude da impossibilidade do não comparecimento, pela terceira vez consecutiva, do presidente da instituição, **Januário Montone**, comunicada ao **Dr. Néilson** no dia anterior. Desta forma, o item 07 passou para o horário das 16:30 e o informe relativo à Oficina de Trabalho Sobre Medicamentos Genéricos seria apresentado em seguida ao item 07. Terminado o comunicado das alterações da pauta, Conselheiro **Newton Leite** encaminhou uma questão de ordem: o mandato de alguns Conselheiros que participaram das reuniões da Comissão de Reestruturação do CNS já havia terminado e ele gostaria de saber se a entidade poderia substituí-los, ainda que não tivessem sido formalmente nominados conselheiros. Conselheiro **Omlton**, após consulta ao **Dr. Nelson**, esclareceu que a decisão cabia às entidades presentes. Conselheira **Margareth** afirmou que, do ponto de vista ético e de manutenção das normas de funcionamento do Conselho, seria absolutamente legítimo que a instituição fizesse parte da reunião. Conselheiro **Newton** revelou que aquele era, também, o seu ponto de vista e concluiu então, que os representantes das instituições presentes, ainda que não estivessem citados nos documentos deveriam fazer parte da reunião por ele convocada, que aconteceria no intervalo de almoço, na sala da Coordenação do Conselho. Conselheiro **Omlton** comentou que, com base em sua vivência no Conselho, entendia que o Conselheiro, antes de representar a sua instituição era um cidadão conselheiro e, como tal, deveria conduzir-se e comportar-se. Enfatizou que no caso em questão, não era o conselheiro que havia participado das discussões, mas a entidade que ele representava, de forma que a participação da entidade no processo deveria ser assegurada. **INFORME 3 - Assessoria de Comunicação e Documentação** - **Dr. Nelson Rodrigues** revelou que a Assessoria estava empenhada na organização de um banco de dados sobre conselhos de saúde, que reuniria informações sobre a estrutura e funcionamento desses colegiados, as quais seriam levantadas e/ou atualizada através de formulário específico, cuja versão preliminar seria trazida ao plenário na próxima reunião. Como desdobramento da tarefa de organizar o banco de dados para acompanhamento dos conselhos de saúde, fôra mantido contato com a ENSP/FIOCRUZ, que estava desenvolvendo uma experiência em educação à distância, no sentido de sistematizar o intercâmbio permanente entre conselhos de saúde. A partir desse contato, a Assessoria, em conjunto com outros integrantes da Secretaria-Executiva do CNS ficara de elaborar uma lista de temas básicos e selecionar, conforme tais temas, textos já existentes ou encomendar outros a especialistas a serem indicados. Conselheira **Albaneide** indagou sobre os produtos enumeradas no Plano de Trabalho da Assessoria de Comunicação, entregue na reunião de fevereiro e ao qual ela atribuiu a autoria ao Conselheiro **Mário Scheffer**. **Dr. Nelson** respondeu que acabara de informar sobre uma das atividades da Assessoria e que as demais continuavam sendo implementadas. A continuidade da elaboração dos produtos referidos pela Conselheira - jornal, folheto, quadro de acompanhamento do trabalho das comissões - estava na dependência de aquisição de insumos pela gráfica do MS. Conselheiro **Mário** esclareceu à Conselheira **Albaneide** quanto ao papel da Assessoria de Comunicação do Conselho, conduzida por dois profissionais - **Sônia** e **Cartaxo**, e o papel da Comissão de Comunicação e Saúde, ligada ao CNS, que era muito mais abrangente e envolvia a definição de políticas de comunicação para o SUS, e cujas metas para 1998 haviam sido apresentadas na reunião anterior do CNS. Acrescentou que ambos os trabalhos estavam sendo desenvolvidos: tanto o da Comissão, que estava empenhada em elaborar uma proposta para regulamentação das campanhas na mídia, quanto o da Assessoria de Comunicação, que já apresentara a logomarca e o projeto gráfico do jornal ao plenário do Conselho. Antes de passar para o informe seguinte, Conselheiro **Omlton** apresentou o Conselheiro **Fernando Cupertino**, Vice-Presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia para o Centro-Oeste e Secretário Municipal de Goiás Velho, que iria substituir o ex-Conselheiro **Carlos Alberto Komora**. O novo Conselheiro expressou sua satisfação em estar no CNS e sua expectativa em contribuir como suplente da representação do segmento *prestadores de serviço*. Em seguida, Conselheiro **Omlton** passou a palavra à Conselheira **Zilda Arns**, que gostaria de fazer um informe. **INFORME 4 - Resposta do Programa Nacional de Imunizações sobre questionamentos do CNS relativos a**

vacinas - a Conselheira relatou a reunião que tivera, no dia 2 de março, com a Coordenadora do PNI, **Maria de Lourdes de Souza Maia** e sua equipe, que lhe informaram sobre a situação das vacinas no Brasil, bem como sobre os problemas causados pela demora de quase dois meses no encaminhamento da aquisição internacional de medicamentos através da OMS, que fôra causada por processo jurídico, e não por falta de verbas por parte do Ministério da Saúde. Como os prazos entre a solicitação à OMS e a chegada das vacinas levava, em média, seis meses, isso provocara uma falta de vacinas, que já havia sido solucionada. Conselheira **Zilda Arns** colocou à disposição dos Conselheiros um quadro que indicava a auto-suficiência do Brasil em vacinas contra diversas doenças. A propósito, destacou que, com relação aos estoques, a situação era também muito positiva, citando, como exemplo, que havia um total de 6 mil doses de vacinas contra hepatite B, e que, igualmente, constataria que existia a disponibilidade das vacinas em todo o território nacional, ao contrário do que fôra alegado pelo Sindicato dos Médicos da Paraíba. Contou ainda, que recebera da coordenadora do PNI um disquete com informações sobre a situação das ações de vacinação por município, dentre as quais identificara que a vacinação de rotina era a que apresentava índices mais baixos. Dessa forma, ela ficara de conversar com o representante do CONASEMS a fim de que os gestores municipais fossem acionados, no sentido de serem identificadas as razões. Relatou, também, que havia solicitado ao PNI a divulgação sistemática, via Internet, das quantidades de vacinas encaminhadas aos estados, a fim de serem acessadas pelos gestores estaduais e municipais bem como pelos respectivos conselhos de saúde. Encaminhou pedido ao **Dr. Nelson** para que essa solicitação fosse reiterada ao PNI, através do CNS, e também que o Conselho providenciasse cópias dos disquetes fornecidos pelo PNI para os conselheiros que se interessassem. Conselheiro **Mesquita** solicitou, para o Conselho Federal de Medicina, cópias dos disquetes e do quadro sobre auto-suficiência de vacinas, e perguntou à Conselheira **Zilda Arns** sobre o problema jurídico que ela mencionara. A Conselheira esclareceu que, com o objetivo de reduzir o custo das vacinas, o Ministério da Saúde vinha solicitando à OMS que realizasse sua compra no mercado internacional, a qual repassava os produtos ao MS e recebia o pagamento através de um fundo específico. Esta solicitação deveria ser feita com uma antecedência de seis meses, mesmo prazo utilizado nas licitações nacionais, tendo em vista a realização de todo os procedimentos. No entanto, empresas nacionais haviam contestado a legalidade do Ministério da Saúde de comprar vacinas através da OMS, de modo que o processo fôra interrompido por dois meses, até que a matéria fosse julgada, com parecer favorável ao MS.

INFORME 5 - V Plenária de Conselhos de Saúde e II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde - Falando em nome da comissão organizadora dos dois eventos, Conselheira **Zilda Arns** comunicou que a próxima reunião ocorreria no final daquele mês, e que o tema do II Encontro de Conselheiros, a ser realizado de 2 a 4 de junho, no Centro de Convenções de Brasília, era **Efetivando o Controle Social**. Em seguida, comentou sobre o programa do evento, explicando que haveria duas mesas-redondas e atividades de grupo para debate de temas selecionados, que passou a ler e comentar, assim como os critérios de participação, da composição e das atribuições da comissão organizadora. Falou sobre a reunião preparatória para o referido encontro, que seria realizada no dia 25 de março, com a presença de um representante por estado. Alertou quanto ao tempo exíguo para mobilização dos Conselheiros nos estados e municípios e solicitou que a proposta de programação fosse comentada ainda naquela reunião. Conselheiro **Artur** alertou sobre a coincidência de datas entre a reunião do CNS e o II Encontro de Conselheiros, no entanto Conselheira **Zilda** esclareceu que o local escolhido fôra cedido pelo Governo do DF e que só estaria disponível naquela data. Conselheiro **Artur** argumentou que se deveria então mudar a data da reunião do CNS, uma vez que era de fundamental importância a presença dos conselheiros nacionais no referido evento. Encaminhou proposta de adiamento da reunião do CNS para a segunda semana de junho. Conselheira **Lucimar Cannon** propôs aumentar em mais um dia a reunião do CNS, a fim de que os Conselheiros pudessem participar também do outro evento. Esta proposta foi considerada mais viável do que a outra, tendo sido colocada em votação e aprovada. Desta forma, ficou deliberado que a 77ª Reunião Ordinária do CNS seria realizada nos dias 1 e 2 de junho.

INFORME 6 - Encontro das Secretarias-Executivas dos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde - **Dr. Nelson Rodrigues** anunciou a realização deste evento, agendado para os dias 14 e 15 de abril, que fôra solicitado pelas próprias secretarias executivas, com vistas a uniformizarem seus métodos e objetivos no apoio aos conselhos estaduais de saúde.

INFORME 7 - Congresso Brasileiro de Bioética e Seminário de Integração dos CEPs - Conselheiro **Omiton** anunciou a realização, nos dias 24 a 26 de março, do **II Congresso Brasileiro de Bioética**, cujo folheto constava das pastas dos conselheiros. Em seguida, passou a palavra ao Conselheiro **William Saad**, que informou, também, sobre a reunião da CONEP, no dia 23 de março, e sobre a realização do **I Seminário de Integração dos Comitês de Pesquisa**, no dia 24 de março, véspera do Congresso de Bioética. Destacou que, conforme previsto no plano de ação da CONEP, aprovado pelo CNS, a proposta do seminário era promover maior integração entre a CONEP e estes Comitês, no sentido de discutir sobre os resultados alcançados e as dificuldades na implementação da Resolução CNS nº 196/96. Acrescentou que este primeiro evento, cujo programa tentativo também constava das pastas dos conselheiros, abrangia os

comitês de pesquisa de instituições localizadas nos estados de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. **INFORME 8 - Relato de Visita ao Conselho Municipal de Saúde de Cuiabá** - Elaborado pelo Conselheiro **Temístocles**, o documento foi lido e comentado pelo próprio Conselheiro. Disse que a visita ocorrera nos dias 11 e 12 de fevereiro e os objetivos foram **a)** apurar denúncias sobre a desativação de unidade de saúde, o PAM Porto, sem a prévia discussão no Conselho Municipal de Saúde; **b)** apurar irregularidades na composição do referido Conselho, apontadas por representantes locais da Federação de Trabalhadores da Agricultura, da CUT e do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua. Ao final de seu relato, o Conselheiro destacou que sua visita a Cuiabá, na qualidade de representante do CNS, fôra de grande importância para que se promovesse a reestruturação do Conselho Municipal, cuja composição passara a ser paritária, e também contribuíra para a mudança de posição do Secretário Municipal de Saúde, que não aceitava discutir com o Conselho sobre o fechamento da referida unidade de saúde. Conselheiro **Omiton** congratulou-se com colega pelo sucesso da missão e pela clareza e objetividade expressas em seu relatório. **INFORME 9 - Reunião do Conselho de Economia e Assuntos Sociais da ONU** - Conselheira **Lucimar** relatou que participara, na semana anterior, da reunião do Conselho de Economia e Assuntos Sociais da ONU, cujo tema fôra **Saúde e Mortalidade**. Ela esclareceu que fôra indicada para integrar a missão do Brasil a esta reunião, devido à sua participação, como representante do Ministério da Saúde, na Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Contou que o pronunciamento do Brasil, o qual contribuíra na elaboração, abordara a reforma do setor saúde, com ênfase para o papel dos conselhos de saúde, do processo de descentralização, o implemento das informações em saúde e o contexto da mortalidade materna e infantil e a saúde do adolescente. Após a fala do Brasil, proferida pelo Conselheiro **Bruno Barros**, do Itamaraty, a representante da OMS foi conversar com a missão brasileira e afirmou que a atuação do país, especialmente, na área de informação em saúde, representava um grande avanço na América Latina, e que a OMS tinha o máximo interesse em apoiar o país nesse caminho. Como resultado da reunião, foram estabelecidas três resoluções: **a)** que os países doadores ou as agências bilaterais apoiem a realização do censo do ano 2000; **b)** que na próxima reunião do Conselho, marcada para 1999, sejam avaliadas as deliberações da Conferência do Cairo e feitos reajustes no sentido de garantir maior efetividade aos programas estabelecidos; e **c)** que os países industrializados transfiram tecnologia de produção de medicamentos essenciais e básicos para os países em desenvolvimento. Conselheira **Lucimar** concluiu, descrevendo que este último item representava uma vitória do Grupo dos Países em Desenvolvimento, do qual o Brasil fazia parte, e que ela estava traduzindo o material para colocar à disposição dos conselheiros. **INFORME 10 - Acesso a SIAFI - Dr. Nelson Rodrigues** anunciou que a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento obtivera três senhas para acesso imediato do CNS ao SIAFI, órgão de acompanhamento financeiro e orçamentário do governo federal. Como estas senhas só poderiam ser entregues a funcionários públicos federais ou a pessoas que recebessem DAS de órgão federal, seria necessário então, que o plenário indicasse três nomes, preferencialmente de Conselheiros, que se enquadrassem nos requisitos. Os nomes indicados e aprovados pelo plenário foram os dos Conselheiros **Sérgio Piola** (IPEA) e de **Stela Guillin**, que fazem parte da Comissão de Acompanhamento Financeiro, e o do Coordenador-Geral do CNS, **Dr. Nelson Rodrigues**. **INFORME 11 - Oficina de Trabalho sobre Medicamentos Genéricos** - Conselheiro **Omiton** propôs ao plenário antecipar o informe, uma vez que o Conselheiro **Mozart** não poderia estar presente na parte da tarde. A proposta foi aceita e o Conselheiro **Omiton** apresentou a proposta de programa da Oficina, resultado de duas reuniões preparatórias, coordenadas pelo Conselheiro **Mozart**, a quem passou a palavra. Conselheiro **Mozart** destacou a importância da participação de todos e comentou que o seminário seria aberto. Em seguida, leu a agenda proposta (anexo), destacando os pontos nos quais faltava a indicação, pelo plenário, de representantes do CNS para falar em nome de usuários, consumidores e comunidade científica. Os nomes por ele mesmo sugeridos foram os dos Conselheiros **Artur Custódio** e **William Saad**, e um representante da Promotoria de Defesa do Consumidor - PRODECON. Falou sobre a metodologia da oficina, contextualizando a escolha dos temas e respectivos palestrantes, e sobre o documento básico de trabalho, cuja elaboração foi realizada por subcomissão específica. Informou que a versão preliminar desse documento seria distribuída ao plenário no dia seguinte, e que sua finalização aconteceria durante reunião da subcomissão no dia 9 de março. Solicitou, ainda, respaldo ao seu trabalho e do Conselheiro **Omiton** como também a aprovação dos nomes sugeridos e a indicação de representante do segmento “**entidades médicas e farmacêuticas**”. Inúmeros Conselheiros se manifestaram sobre o programa apresentado: Conselheira **Rita Barradas** sugeriu ampliar o espaço para detalhes e que fosse incluído o nome de **Suely Rosenfeld**, da FIOCRUZ, como representante da área de Farmacovigilância; Conselheira **Margareth Arilha** sugeriu que fosse considerada a participação da FENAPAR; Conselheiros **William Saad** e **Artur Custódio** agradeceram a indicação de seus nomes e esperavam, respectivamente, contar com a colaboração do CFM, entidades científicas e de outros Conselheiros. Conselheiro **Mozart** disse que iria incorporar as sugestões feitas e o programa com essas alterações seria distribuído no dia seguinte. Quanto ao representante das entidades médicas e

farmacêuticas, Conselheiro **Waldir Mesquita** que recusara a indicação de seu nome, iria indicar um nome que fosse consenso entre as referidas entidades. O plenário aprovou também que a 75ª Reunião Ordinária do CNS fosse realizada nos dias 31 de março, 1 e 2 de abril, de modo que todos os Conselheiros pudessem participar da Oficina de Trabalho. **INFORME 12 - Cobranças por fora no SUS** - Conselheiro **Jocélio** anunciou que, em observância à deliberação do CNS de debater o assunto e identificar resoluções de conselhos estaduais e municipais de saúde, pesquisara junto com o Conselheiro **Amadeu Bonato**, da CONTAG, e trouxera todas as resoluções já aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná, que seriam distribuídas na tarde daquele dia. Conselheiro **Jocélio** propôs que, a partir do estudo destas resoluções, o plenário, já na próxima reunião, pudesse começar a deliberar resoluções de caráter nacional, no sentido de coibir a cobrança por fora no SUS, prática comum em grande número de unidades de saúde. Conselheiro **Mozart** sugeriu que as resoluções do CNS sobre o assunto, incluíssem, também, a responsabilidade legal, indicando os tipos de sanções que poderiam ser recomendadas com base nos artigos das leis referentes ao SUS. **INFORME 13 - Esterelização** - Conselheira **Margareth Arilha** comentou que ficava sabendo sobre a elaboração e publicação em Diário Oficial, de normatização acerca da esterilização de mulheres, sem prévia discussão com a equipe do Programa de Saúde da Mulher, do Conselho e da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher, a qual havia incluído o debate tema em suas próximas reuniões. Desta forma, solicitou se seria possível, ainda durante aquela reunião, obter cópia da referida publicação. Conselheira **Lucimar** comprometeu-se em solicitar o documento a Coordenação do Programa da Saúde da Mulher, **Janine Schirmer**. Encerrados os informes da parte da manhã, a reunião foi interrompida para almoço e retomada às 12 horas. **OUTROS INFORMES - Denúncias Contra a FUNASA** - No período da tarde do dia quatro de março, após o fim da apresentação do item 05 da pauta, Conselheiro **Newton Leite** solicitou permissão à coordenadora da reunião, Conselheira **Rita Barata**, para conceder a palavra ao **Sr. João Torquato**, membro da direção da FENASPS e Vice-Presidente da CUT/DF e à **Sra. Tania Martins**. **Sr. João Torquato** informou que estivera em Roraima a convite do Sindicato dos Servidores Público/RR e do Sindicato da Área de Saúde, filiado à FENASPS, em razão de uma denúncia contra FUNASA sobre desvio de verbas, reivindicações de melhores condições de trabalho dos Servidores da FUNASA e sobre a forma pela qual os índios Ianomani estariam morrendo em Roraima. **Sra. Tania Martins**, Assessora Jurídica da Confederação Nacional dos Servidores Públicos Federais, informou ter tomado conhecimento das denúncias através de um “**dossiê**” assinado pelo SINDSEP. Explicou que, em visita ao Estado ouvira cerca de sessenta servidores da FUNASA, lotados no Distrito Sanitário Ianomani, os quais teriam feito as seguintes denúncias: **1º)** epidemias de malária e tuberculose na comunidade indígena e em funcionários da FUNASA; **2º)** utilização do medicamento doado pela MERCK SHARP DOHME “**MECTIZAN**”, (princípio ativo IVERMECTINA) no tratamento, em caráter experimental, da ONCOCERCOSE.; **3º)** o medicamento seria de uso veterinário, administrado nas unidades da FUNASA, com prognóstico de tratamento para 20 anos; **4º)** ausência de uma junta médica e de exames periódicos para acompanhamento dos doentes; **5º)** que a doença causaria lesões de pele, tipo pele de elefante, perda de movimentos, cegueira irreversível, impotência sexual, agressividade, náuseas e vômitos; **6º)** que por ocasião da “**operação-selva**” foram retirados 50 mil garimpeiros, dentre esses, 120 já apresentariam sintomas da doença; e **7º)** que a FUNASA alegara não poder fazer campanhas, a fim de evitar causar pânico na população e que não teria outro tratamento a oferecer. **Dra. Tania**, a seguir, solicitou apoio ao Conselho Nacional de Saúde no sentido de ajudar na solução desse problema. Conselheiro **Artur** comentou ser a segunda vez que a questão da **ONCOCERCOSE** vem ao CNS, bem como as condições de trabalho dos servidores da FUNASA, sem resolutividade. Solicitou que o representante da Mesa de Negociação expusesse sobre a questão já discutida em suas reuniões. Conselheiro **Saad** lembrou que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa gostaria de investigar a questão. Solicitou que a denúncia fosse encaminhada à CONEP. Conselheira **Zilda** informou que em um hospital de Doença Tropical, na Alemanha, teria tecnologia para tratar a **ONCOCERCOSE**, sugerindo que o Brasil fosse em busca dessa tecnologia. Em razão da discussão, sugeriu a presença do Presidente da FUNASA, nas futuras discussões. Conselheiro **Clemente** ressaltou a gravidade da situação relativa à Saúde do Trabalhador, dentro do próprio Ministério da Saúde. Conselheira **Lucimar** solicitou que a documentação fosse remetida formalmente ao seu setor, objetivando encaminhar a mesma, às instâncias do Ministério da Saúde. Conselheira **Rita**, coordenadora da mesa, sugeriu que a matéria retornasse ao Plenário no dia seguinte, para que fosse dada continuidade a pauta da reunião. No dia seguinte, Conselheiro **Newton** passou a palavra ao Senhor **Gilberto Gomes**, membro da Mesa Nacional de Negociação/CNS, o qual falou sobre a denúncia de funcionários da FUNASA a respeito da ONCOCERCOSE. Solicitou que fosse concedido um tempo ao Senhor **Denerval**, funcionário da FUNASA, Técnico de Laboratório e Hemoterapia, para que o mesmo pudesse expor sobre a denúncia do Estado do Pará. Senhor **Denerval**, lotado na Coordenação Regional do Pará - Distrito Sanitário do Município de Marabá, atualmente Conselheiro do Conselho Estadual de Saúde do Pará, expôs sobre questões de Saúde do Trabalhador; a ausência de Equipamentos e Proteção Individual - EPI; manipulação de produtos genéricos; a falta de exames periódicos nos funcionários que trabalham com

substâncias nocivas à saúde e a falta de tratamento especializado para pessoas/funcionários da FUNASA intoxicados. Senhor **Gilberto** informou que a Mesa Nacional de Negociação bem como o Conselho Nacional de Saúde teriam recebido essa denúncia, a cerca de um ano, época em que a Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador - CIST/CNS fora designada para tomar providências. Colocou que CIST analisara a questão e apresentara relatório ao CNS, sem ter tido resposta a respeito. Apresentou, a seguir, uma Resolução da Mesa Nacional de Negociação, elaborada em sua 5ª reunião, realizada em 03/03/98, onde, após considerandos, resolve: **“solicitar ao Senhor Ministro da Saúde que se pronuncie e que seja determinada medidas urgentes no sentido de ser criada Comissão Multiprofissional, com representação desta Mesa, para apuração dos fatos relatados, e tomada providências cabíveis”**. Conselheiro **Newton**, coordenador da reunião, passou a palavra ao Conselheiro **Gilson**, que, após comentários sobre a importância da questão, observou que as Comissões do CNS formulariam propostas de Resolução para o Plenário apreciar, não podendo, portanto, a Mesa Nacional de Negociação fazer Resoluções. Propôs que fosse convocado o Presidente da FUNASA para a próxima reunião do CNS, oportunidade em que seria debatido esse assunto e, também, a questão da epidemia de Dengue no país. Conselheiro **Saad** informou que a **Dra. Tania** já teria entregue à CONEP os documentos de denúncia. Conselheira **Edenilza** colocou à disposição a equipe técnica do Ministério do Trabalho para ajudar reverter a situação. Conselheiro **Newton** passou a palavra aos técnicos da FUNASA. **Sr. Paulo César**, Engenheiro Agrônomo da FUNASA, lotado no Departamento de Operações - DEOPE, expôs que: **1.** o programa de eliminação da ONCOCERCOSE nas Américas teria apoio da OMS e OPAS; **2.** a meta da OMS seria erradicar a ONCOCERCOSE até o ano 2007; **3.** a base de sustentação do programa seria o tratamento com a IVERMECTINA; **4.** a formulação do produto para uso humano seria diferente ao do uso veterinário; **5.** o medicamento seria registrado no Ministério da Saúde; **6.** o Medicamento já teria sido administrado para cerca de 15 milhões de pessoas em todo o mundo, sem riscos; e **7.** que a utilização do medicamento não teria o caráter de pesquisa, sendo o mesmo doado a todos os países que possuem a ONCOCERCOSE. Disse, ainda, aos denunciantes, que a matéria deveria ter sido esclarecida junto à FUNASA, considerando um absurdo a mesma ter sido trazida para a instância do CNS e ser dito que o medicamento seria de uso veterinário. Sugeriu a presença do gerente do programa para maiores esclarecimentos. Conselheiro **Artur** comentou sobre o trâmite da matéria no CNS e no Ministério da Saúde. Levantou, ainda, as questões trabalhistas que envolvem o problema, sugerindo a formação de uma Comissão envolvendo representantes da Mesa Nacional de Negociação, da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador e do CNS. Após esclarecimentos sobre os trâmites da matéria no CNS, **Dra. Tania** reafirmou aos técnicos da FUNASA que: teria procurado a FUNASA por 4 (quatro) vezes; que no Ministério da Saúde inexistia registro da IVERMECTINA para uso humano; que inexistia no país qualquer pesquisa relativa ao impacto deste princípio ativo no organismo humano e que esta medicação com bula e caixa Norte Americana não teria autorização para ingresso, comercialização ou uso em território nacional. Diante do impasse, o **Sr. Paulo César** sugeriu mais uma vez o comparecimento do gerente do programa para maiores esclarecimentos. Conselheiro **Gilson** criticou a forma de como a matéria veio ao CNS. No seu entendimento, o assunto, antes de ser submetido ao plenário, deveria ser aprofundado. Conselheiro **Newton** agradeceu a todos e apresentou ao Plenário à proposta da Comissão para proceder à análise da matéria e apuração dos fatos em Marabá e Conceição do Araguaia, no Pará e em Roraima. A Comissão foi formada pelas Conselheiras **Albaneide** e **Edenilza**, e pelo **Sr. Gilberto**, representante da Mesa Nacional de Negociação. **ASSUNTOS GERAIS** - No período da tarde do dia cinco de março, pouco antes do encerramento da reunião do CNS, **Dr. Nelson Rodrigues**, Coordenador Geral do CNS, solicitou a palavra para informar ao plenário que: **a)** as Resoluções aprovadas na última reunião não haviam sido encaminhadas, ainda, para a homologação do Senhor Ministro da Saúde; **b)** a Coordenação Geral do CNS era partidária da permanência do **Prof. Elias Jorge** como Assessor Técnico, lembrando que a demora no pagamento de seus honorários decorria da operacionalização do convênio com a OPAS, devendo o mesmo receber os atrasados nos próximos dias.

ITEM 02 - DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DA ATA - Item não apresentado em razão da ata não estar concluída. **ITEM 03 - RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO DE REESTRUTURAÇÃO DO CNS** - Conselheiro **Newton** informou que a proposta de reestruturação indicava, como sugestão, a composição do CNS com 36 membros. Esclareceu que o setor saúde participaria com 18 vagas, sendo: governo 7 vagas: (MS, MPAS, MT, MEC, MPO, CONASS e CONASEMS); prestadores 2 vagas: (1 vaga para hospitais universitários e filantrópicos e 1 vaga para o setor privado lucrativo); trabalhadores da saúde, incluindo a comunidade científica, 9 vagas e os usuários 18 vagas: (CNBB, CUT, CONTAG, Força Sindical, CNC, CNI, COBAP, CONAM, segmento de mulheres, entidades de defesa do consumidor e movimento popular da saúde com 1 vaga cada e os portadores de patologias e deficiências com 6 vagas e restaria 1 vaga para ser indicada a representação por este Conselho para completar o número de 36 membros. Conselheiro **Waldir Mesquita** ponderou que sua expectativa era de que a Comissão apresentasse a recomposição do plenário, ressaltando como fundamental que se considerasse a constituição de uma assessoria técnica permanente ao CNS, destacando a importância de uma

assessoria jurídica própria, de uma assessoria de comunicação e uma assessoria de orçamento de finanças. Coordenadora **Rita Barata** esclareceu que essas preocupações estavam sendo tratadas pela Comissão que elaborava a proposta de revisão do Regimento Interno. Conselheiro **Gilson Cantarino** questionou se a Comissão de Regimento atenderia a questão levantada, especificamente, quanto à autonomia de estrutura e de funcionamento e alocação de cargos para atender suas demandas técnicas. Sugeriu que se deveria aprofundar a legislação quanto aos mecanismos de categorização e escolha dos seus membros, no sentido de se garantir uma composição no contexto de uma democracia participativa, como o detalhamento de que a escolha se daria entre os seus pares.

3.1. A Questão da Representação de Outros Profissionais de Saúde Não-Médicos no CNS - No contexto da discussão da reestruturação da composição do CNS foi aberto um prolongado debate sobre a legitimidade da representação das duas vagas no CNS do segmento dos profissionais de saúde não-médicos. O Coordenador-Geral do CNS, **Dr. Nelson Rodrigues**, esclareceu ao plenário sobre a situação e os procedimentos, baseado em documentação, de como o Conselho se comportou, a partir de setembro, com o impasse e a vacância das duas vagas destinadas a outros profissionais e trabalhadores de saúde não-médicos. Relatou, ainda, que dispõe de três atas de reuniões de fóruns com listas de presenças assinadas, de dois ofícios e atas de duas reuniões ordinárias do CNS, ocorridas após o mês de setembro. Por ordem, assinalou que no dia 29 de setembro, houve uma reunião preliminar de entidades, tendo os dois grupos de fóruns diferentes que disputavam a indicação, encaminhado as listas do total de entidades de profissionais de nível superior não-médicos e dos trabalhadores de saúde, que somavam 23 entidades de profissionais de nível superior e 5 entidades de nível médio ou trabalhadores de saúde. A propósito esclareceu que, das 23 entidades de nível superior, compareceram a essa reunião 12 e das 5 entidades de nível médio compareceram 3, indicando para substituir as duas vagas, **Albaneide** e **Temístocles**. Em seguida, no dia 9 de outubro, registrou que recebera ofício do Senhor **Gilberto**, do Conselho Federal de Biologia, que informava só reconhecer o fórum das entidades de nível superior onde cada categoria tinha direito a 1 voto. Esclareceu, ainda, que no dia 29 de outubro recebera ofício da Senhora **Edila**, do Conselho Federal de Odontologia, reiterando os argumentos do ofício anterior e dizendo que na reunião do fórum das entidades de nível superior foram mantidos para as duas vagas os nomes de **Gilberto** e **Paulo**. Em face da situação, esclareceu, que o problema fora trazido ao plenário do CNS, que em sua reunião em 5 de novembro, decidiu a convocação de um fórum unitário de todas as entidades, sendo oferecida a sala de reunião do CNS, na data de 26 de novembro. Para essa reunião, informou que, das 23 entidades de nível superior, compareceram 16 e das 5 de nível médio compareceram 4, reunindo-se os dois fóruns que disputavam as vagas e na ocasião não se obteve o consenso. Foi decidido, também, nessa reunião a convocação de uma nova reunião e que caso não se alcançasse o consenso partiria-se para votação, decidindo-se, então, pela permanência da vacância das duas vagas. Na reunião do CNS, em dezembro, relatou fora trazido os resultados da reunião do fórum unitário, tendo o plenário acatado as decisões e oferecido novamente a sala do CNS para a reunião marcada para o dia 15 de dezembro. Informou ter sido convocado a reunião do fórum unitário e que compareceram 10 entidades das 23 de nível superior e 4 entidades das 5 de nível médio, onde se decidiu pela opção da indicação dos nomes da **Albaneide** e **Temístocles**. Assinalou que o breve “dossiê” que apresentara estava amparado em documentos assinados e que a Comissão de Reestruturação, a partir do dia 15 de dezembro, data em que o plenário não mais se reuniu, se posicionou assim: **1)** que todos os nomes de Conselheiros indicados como substitutos de vagas fossem encaminhados em conjunto para homologação do Ministro, já que havia outras substituições previstas, não só as duas em tela, como os representantes de portadores de patologias e da representação médica; e **2)** reconhecer, até a aprovação de uma nova estrutura do CNS, que as duas vagas destinadas a profissionais não-médicos e trabalhadores de saúde, fossem ocupadas pela **Albaneide** e o **Temístocles**. Sendo importante registrar que, após exaustivo e prolongado debate em que participaram os Conselheiros **Paulo**, **Temístocles**, **Rita Barata**, **Artur**, **Albaneide**, **Waldir**, **Newton**, **Fernando**, **Jocélio**, **Clemente**, **Ana Maria**, **Gilson** e outros, ficou decidido pelo plenário do CNS que se acatasse o resultado da reunião de 15 de dezembro, do fórum unificado, que indicava para as duas vagas de outros profissionais de saúde não-médicos e trabalhadores de saúde, **Albaneide** e **Temístocles**.

ITEM 04 - REGIMENTO INTERNO DO CNS - **Dr. Nelson Rodrigues**, relator do tema, informou que em reunião da Comissão de Acompanhamento com a Secretaria Executiva do CNS, fora incumbido de apresentar duas alternativas do método de discussão do Regimento Interno. Assim, pôs à disposição do Plenário o Regimento, versão de 13/10, com redação atualizada, em 25/11/97, propondo as seguintes alternativas: **1ª)** escolher um relator geral para receber as sugestões e elaborar um consolidado da matéria, que seria exposto, posteriormente, ao CNS; e **2ª)** discutir o Regimento, capítulo por capítulo, em cada reunião do CNS. Conselheira **Albaneide** referindo-se aos Capítulos da Finalidade e das Competências, informou ter realizado um estudo comparativo do conteúdo dos Regimentos, onde teria observado pontos que constam em Lei e que foram retirados na última versão, colocando-se à disposição para explanar sobre os mesmos. Neste sentido, sugeriu que o método a ser adotado fosse o de comparar as alterações procedidas no Regimento em função das sugestões dadas pelos Conselheiros. Conselheira

Rita, coordenando a reunião, colocou em votação as alternativas apresentadas. Foi APROVADA a 1ª alternativa, sendo composta uma Comissão pelos Conselheiros: **Albaneide, Solon e Zilda** para receberem as sugestões dos Conselheiros e fazer um consolidado a ser apresentado na 75ª Reunião Ordinária do CNS. **Dr. Nelson** ressaltou a necessidade das sugestões serem enviadas à Comissão, até 31/03/98, e que, as experiências deste Colegiado estivessem inseridas nas propostas de alteração, independente de outros documentos aprovados anteriormente, tendo em vista as articulações realizadas junto ao MS, no sentido de submeter à apreciação da Presidência da República mudanças no Decreto 1.448 de 06/04/95. **ITEM 05 - HOMENAGEM AO DIA MUNDIAL DA MULHER** - Conselheira **Rita Barada**, coordenadora da reunião no período, convidou os relatores para comporem a mesa. **Dra. Janine Schirmer**, do Programa de Assistência à Saúde da Mulher/MS, colocou sentir-se honrada em estar presente nessa reunião. Historiou quanto a origem e reformulação do PAISM destacando que o programa constituiria a política pública de maior vanguarda, sempre com a visão de assistir a mulher no ciclo gravídico puerperal ou no modelo materno infantil. Levantou questões que surgem da sociedade como um desafio, citando: a violência sexual e doméstica, violência institucional, saúde mental, impacto do trabalho sobre a saúde da mulher, além do processo de envelhecimento que a população feminina sofre, junto à necessidade de trabalhar após os 65 anos de idade. Reportou-se a seguir, ao ciclo gravídico puerperal, que envolve elevadas taxas de morbi-mortalidade materna. Citou que, relativo à assistência pré-natal, as estatísticas apontam um aumento de 56% de consultas pré-natais no período de 94 a 95; de 24.4% de 95 a 96 e de 15% de 96 a 97, representando portanto, um aumento de 1 milhão de consultas/ano na rede SUS. Esclareceu que do ponto de vista qualitativo a assistência deixaria a desejar, em razão de estarem acontecendo em média, apenas 2 consultas pré-natais/mulher, durante o período da gravidez. Com relação à assistência ao parto, frisou que nos últimos 4 (quatro) anos, 90% dos partos foram realizados na rede hospitalar, dentre estes, 32% seriam cesarianas, com variações de 14 até 100% em algumas instituições, apontando aumento nos custos e nas taxas de mortalidade materna. Comentou sobre uma pesquisa desenvolvida pelo Centro Latino Americano de Perinatologia - CLAP, resgatada pelo Programa de Saúde da Mulher no ano passado, a qual identificou 103 maternidades que apresentaram mais de 50% de taxa de cesárea e mais de 5.000 partos/ano explicando que a referida pesquisa objetiva levantar estudos sobre as indicações de cesárea, para, posteriormente, trabalhar com uma proposta de monitorização destes procedimentos. Informou ainda que: **1)** o MS estaria procedendo a reformulação das Normas de Assistência ao Parto; **2)** teria sido incorporado às Normas de Assistência ao Pré-Natal, um capítulo sobre a humanização no atendimento; **3)** fora realizada uma ação conjunta com o Conselho Federal de Medicina - CFM, no sentido de efetivar a campanha "**o parto normal é parto natural**"; **4)** relativo à gravidez na adolescência, fenômeno de preocupação internacional, colocou que o Programa de Assistência à Saúde do Adolescente - PROSAD, em conjunto com o PAISM, vem trabalhando no sentido resolver a questão; e **5)** com relação a gravidez indesejada, considerando a existência de 10 milhões de mulheres expostas ao abortamento, de ser a 5ª causa de internação na rede do SUS e responsável por 9% dos óbitos maternos no ciclo gravídico puerperal, acrescentou que o MS desenvolveu o **Plano Nacional de Redução da Mortalidade Materna** em 1995, instalando-se nos 27 (vinte e sete) Estados, os Comitês de Estudo de Óbito Materno, perfazendo um total de 143 Comitês Municipais trabalhando na questão. Destacou o **Projeto de Maternidade Segura** como o projeto que melhor propõe formas e critérios de atenção qualificada às mulheres em situação de gravidez, parto, puerpério e planejamento familiar; ressaltando a elaboração de uma Portaria/MS, no sentido de fornecer além do selo de qualidade, um quantitativo econômico, para cada hospital que desenvolva o Projeto Maternidade Segura. Relativo ao Planejamento Familiar, **Dra. Janine**, considerou existir um alto padrão de métodos anti-concepcionais, especialmente os relacionados com a Laqueadura Tubária X números de Cesáreas. Neste sentido, informou quanto ao andamento da **Norma Técnica da Anti-Concepção Cirúrgica**, a qual encontra-se em revisão final na consultoria, com proposta de ser discutida nos diversos segmentos, em abril/98. Complementou que a norma objetiva oferecer aos estados uma legislação que torne passível de pena o profissional que praticar laqueadura no ato do parto, do aborto ou até o 42º dia do puerpério. Encerrou sua exposição enfatizando que a sociedade precisaria acreditar no PAISM como modelo viável, a ser desenvolvido em cada município, sob a responsabilidade dos gestores locais. Conselheira **Zilda Arns** manifestou-se satisfeita em estar expondo sobre o tema, teceu comentários sobre os trabalhos desenvolvidos pela Pastoral da Criança junto às Mulheres do Brasil. Destacou os seguintes pontos: **1.** População de mulheres voluntárias - comentou sobre a existência de 115 mil mulheres que desenvolvem trabalho comunitário com as famílias vizinhas, abordando ações de saúde, nutrição, educação, alfabetização, geração de renda e de comunicação social; **2.** a importância do trabalho educativo da igreja junto às famílias; **3.** a valorização do ser humano; **4.** os objetivos da Pastoral da Criança; **5.** o Banco de dados e seus aperfeiçoamento; **6.** os materiais educativos da Pastoral; **7.** o declínio da mortalidade infantil nos Municípios trabalhados pela Pastoral da Criança; **8.** as prioridades de ações da Pastoral para 1998, como sendo: gestantes adolescente, mulheres primíparas, mulheres sem companheiro e os homens sem companheira; e **9.** os projetos de alfabetização com palavras chaves. Colocou à disposição diversos

vídeos e livros da Pastoral da Criança, os quais abordam temas como saúde, educação, política, planejamento familiar, sexualidade, violência no lar, controle social, etc. **Dra. Zilda** agradeceu ao CNS pelo apoio e atenção, seguindo-se a apresentação de um vídeo da Pastoral da Criança. Posteriormente a Conselheira **Rita** passou a palavra à Conselheira **Margareth**, que mostrou-se satisfeita em observar evolução das manifestações no CNS pelo Dia Internacional da Mulher. Congratulou-se com a Conselheira **Zilda** pelo trabalho desenvolvido junto a Pastoral da Criança. Comentou sobre: **1.** o papel da mulher na sociedade, na família e no trabalho, no cuidado com a saúde e com a vida; **2.** a trajetória da revolução cultural do Movimento Feminista no mundo, ajudando a criação de novas políticas; **3.** a construção de valores na sociedade; e **4.** a hierarquia de gênero como organização social. Acrescentou que, no campo da saúde, o Movimento Feminista obteve maior impacto nos resultados da Conferência de População e Desenvolvimento realizada no Cairo/94, a qual trouxe novos paradigmas ligados à saúde X desenvolvimento, saúde X vida reprodutiva e saúde X sexualidade. Para encerrar, disse que, dentre os vários desafios a serem superados, estariam as questões ligadas à locação de recursos para os programas de atenção à saúde da mulher. Conselheiro **Mario** registrou a posição central da mulher na nova dimensão epidêmica da AIDS, dado ao avanço assustador da doença nas mulheres, principalmente as de baixa renda. Ressaltou a carência de ginecologistas na rede pública para atendimento das mulheres portadora do vírus HIV; a falta de uma política para eliminar a transmissão vertical da doença; a necessidade de Kit's anti-HIV para utilização no pré-natal, bem como uma atenção diferenciada às mulheres adolescente, às profissionais do sexo e às presidiárias. Encerrou registrando que a AIDS representaria um exemplo de quanto seria necessário avançar na questão da Saúde da Mulher. Questionou se **Dra. Janine** já teria tido oportunidade de reunir com o Coordenador do Programa DST/AIDS, no sentido de estabelecer uma ação mais direcionada à mulher com HIV. Conselheiro **Clemente** congratulou-se com as expositoras e ressaltou a necessidade do enfoque à saúde da mulher trabalhadora. Acrescentou que mais de 5 mil Municípios não possuem programa de atendimento à saúde do trabalhador(a) recebendo as mais diversas patologias relacionadas ao trabalho. Destacou que 80% das doenças registradas, no sistema da previdência social, seriam lesões de esforço repetitivo - LER em mulheres. Conselheiro **Gilson** registrou a boa qualidade da apresentação das reladoras. Teceu comentários sobre: **1.** o compromisso do CONASEMS com a Saúde da Mulher; **2.** a descentralização como uma estratégia de construção de um novo paradigma: "**a promoção da saúde**"; **3.** a forte tendência de repetição de modelo; **4.** a necessidade de mudanças no aparelho formador para o novo modelo; **5.** as falhas no processo de educação continuada nas instituições; **6.** A falta de assessoramento na descentralização dos Municípios; **7.** o modelo atual oriundo de um modelo previdenciário, com falhas na formação e no financiamento; **8.** A restrição de financiamento e ampliação de acesso; **9.** o conceito partido de integralidade, exemplificando que o profissional que atende a mulher durante a gravidez, na rede pública, não seria o mesmo a atendê-la no parto; **10.** o enfoque da questão da mulher como sinalizadora das dificuldades vividas no sistema; e **11.** sobre o risco de ser perpetuado um modelo que não assegure a integralidade da ação, não servindo portanto, a estratégia da descentralização para reorganizar o modelo, e sim, para o enfraquecimento do setor público com uma medicina mercantilista. Conselheiro **Valdir** teceu comentários sobre questões que precisariam ser repensadas como: a violência na mulher, principalmente no momento do parto, no trabalho e no lar; gastos com procedimentos tecnológicos; formação profissional e humana e sobre a situação da Maternidade Alexandre Fleming como Maternidade Segura. Conselheiro **Dellape** congratulou-se com as reladoras, perguntou se haveria dados estatísticos sobre as mulheres que não fazem o pré-natal e a taxa de morbi-mortalidade. Criticou o grande número de partos cesareanos e os valores repassado aos hospitais por este procedimento. Conselheira **Ana Maria** registrou problemas vivenciados pelas mulheres portadoras de deficiência por ocasião do atendimento, principalmente em maternidades; as lutas e as conquistas do segmento. Conselheira **Ednilza** levantou questões relativas à preocupação do Ministério do Trabalho com as lesões por esforço repetitivo - LER, explicando que a população feminina seria a mais atingida face às atividades também desenvolvidas no lar, após jornada de trabalho. Comentou ainda sobre o mercado de trabalho para a mulher deficiente física. **Dra. Janine** respondeu ao questionamento do Conselheiro **Mario**, informando estar trabalhando em parceria com os Coordenadores do Programa DST/AIDS a nível nacional e local. Ressaltou o avanço na questão financeira do SUS, a necessidade de mudança no modelo e o risco de ser transferido aos Municípios responsabilidades que eles não estariam capacitados para desenvolver. Congratulou-se com o Plenário agradecendo à todos. Conselheira **Zilda** agradeceu à todos enfatizando o trabalho com a família na melhoria da qualidade de vida. Conselheira **Margareth** posicionou-se satisfeita com o debate destacando a preocupação dos Conselheiros **Gilson** e **Waldir**. Conselheira **Lucimar** reportou-se ao processo de sensibilização no país, desenvolvido pelo PAISM, na questão da descentralização do SUS e melhoria da qualidade de vida da mulher. Conselheiro **Dellape** registrou o importante trabalho desenvolvido pelo Conselho Federal de Medicina em apoio ao parto normal. **ITEM 06 - DESCENTRALIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA** - Este item foi suspenso em virtude da impossibilidade do comparecimento do Presidente da FUNASA. **ITEM 07 - AUTORIZAÇÃO**

PARA CURSOS DE MEDICINA, ODONTOLOGIA E PSICOLOGIA - COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHOS PARA PARECERES - O Coordenador-Geral do CNS, **Dr. Nelson Rodrigues**, fez breve exposição sobre a necessidade do Plenário indicar profissionais das áreas de Medicina, Odontologia e Psicologia, com o objetivo de integrar a Comissão Interinstitucional de Avaliação, com membros do MEC/MS-CNS. Apresentou, também, expediente da Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, onde apresentou a título de sugestão, nomes de profissionais das áreas de Psicologia e Odontologia. Fez referência, ainda, à Reunião de Trabalho realizada em setembro/97 entre o MEC e MS, como forma de implementação dos objetivos da Portaria Interministerial nº 880, de 30.07.97, que em 30.10.97 proferiu Relatório Final, sugerindo a instituição da Comissão Interinstitucional de Avaliação. Os Conselheiros **William Saad**, **Zilda Arns** e **Albaneide Peixinho**, solicitaram mais um prazo para indicação dos, profissionais para que as bases institucionais que procederam a respectiva indicação, possam refletir a respeito. Não ocorrendo maiores discussões sobre o tema, a proposta foi aprovada e incluída para discussão na 75ª Reunião Ordinária do CNS. **ITEM 08 - DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS, HEMODIÁLISE E TRANSPLANTE RENAL - SPSA, SAS, SVS** - Conselheira **Zilda**, coordenando a mesa, procedeu à abertura e apresentação do item em pauta. Convidou então, para tomar assento à mesa, as seguintes representações: Usuários - Conselheira **Neide**; Secretaria de Assistência à Saúde - SAS - **Dr. Roberto Magalhães** e **Dr. Eduardo Mota** e Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS - **Dra. Marta Nóbrega**, ressaltando-se a ausência da SPS. Em seguida passou a palavra a Conselheira **Neide** que pediu permissão ao Plenário para que, também, participassem da mesa outros representantes dos Usuários, quais sejam: **Dr. Wanderly Mendes de Souza** e **Dr. Cezar Fernandes**. O Plenário concordou e a Conselheira **Zilda** mencionou ser honrosa a participação dos mesmos em discussão tão importante. Conselheira **Neide** teceu comentários sobre as atividades do **Dr. Wanderly**, ressaltando estudo que fizera, junto com a equipe, sobre a planilha de custos apresentada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN, constando ser muito elevado o custo de uma diálise no país. Ressaltou, ainda, a necessidade de uma discussão sobre a citada planilha, pois observara que a mesma estava superfaturada. Referiu que, às custas de afirmações errôneas, queriam exigir do SUS, um pagamento maior pelas diálises, para modernizarem os serviços e implantarem as determinações da portaria MS, nº 2.042/96. Comentou que o valor pago atualmente pelo SUS, não justificava a má qualidade do atendimento e que, um verdadeiro especialista nem precisava da referida portaria, já deveria saber como realizar as suas funções. Solicitou que o Plenário aportasse soluções para aquelas questões e outras que seriam ali apresentadas, vez que não seria mais possível o renal crônico continuar com assistência tão precária. A seguir, passou a palavra para o **Dr. Wanderly**, Presidente da Associação dos Deficientes Renais Crônicos e Transplantados de Goiás, tendo este agradecido a oportunidade de poder apresentar, os problemas enfrentados pelos renais crônicos. Mencionou existir no país cerca de 3.500 deficientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, requerendo, portanto, uma quantidade muito grande de recursos, os quais poderiam ser evitados se houvesse, dentro de uma programação das três esferas de governo providências quanto ao processo de transplante desses pacientes. Segundo sua estimativa, há uma necessidade em torno de 10 mil transplantes/ano e, segundo levantamento anual da ABTO, foram realizados, em 1997, apenas 1.700 transplantes para uma população de 35 mil pacientes. Nesse sentido, passou a fazer considerações sobre os custos da hemodiálise, referindo-se que a Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN, através de contrato com a Fundação do Instituto de Pesquisa Econômica da USP - FIPE, havia apresentando planilha própria de custos, onde se observava custos elevados dos seus serviços, não tendo sido especificada a metodologia utilizada, nem o resultado da pesquisa junto aos centros de diálise. **Dr. Wanderly** destacou pontos omissos da citada planilha, assim como, informações que não deveriam constar da mesma, conforme explicitado em documento distribuído previamente aos Conselheiros, como apelo ao plenário do CNS, **pela melhoria da qualidade de vida do renal crônico e pelo respeito às leis, à vida e à saúde**, exigindo providências imediatas. Solicitou que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde uma revisão detalhada da planilha em questão, pois entendia-se que o valor atual, pago pelo SUS, já cobria os custos do tratamento hemodialítico. Retomando as palavras da Conselheira **Neide**, comentou que, em decorrência da chacina de Caruaru - PE, o governo moveu-se para a fiscalização das demais unidades de hemodiálise. Ressaltou a necessidade de uma fiscalização efetiva, não de forma a fechar centros de hemodiálise, mas, no sentido de orientar para um trabalho digno e qualificado, onde os prestadores de serviço pudessem esquecer um pouco os aspectos financeiros, com desejos de um lucro maior e tratassem os deficientes renais crônicos como seres humanos que são. Acrescentou que a deficiência renal crônica não tinha Programa Nacional de Assistência, nem pesquisas em favor da prevenção. Referiu à reutilização de capilares e de linhas, fazendo considerações que constam do documento já citado. A seguir, a palavra foi concedida ao **Dr. Cezar Fernandes**, Secretário da Federação das Associações de Renais e Transplantados - FARBRA, e Relações Públicas da Associação dos Doentes Renais e Transplantados do Rio de Janeiro que cumprimentando os presentes, manifestou ser aquele momento histórico pela oportunidade de participar de discussão sobre o tratamento de sua patologia. Disse ser portador de muitas angústias pois a questão

da reutilização de materiais na hemodiálise era crucial. Chamou a atenção para os tipos de membrana usada nos capilares, não havendo critérios técnicos na escolha da mesma mas, apenas critérios econômicos. Solicitou que o CNS recomendasse a todos os órgãos competentes do Ministério da Saúde para que banisse do mercado o tipo de membrana que traz prejuízo gravíssimo ao doente renal. Citou, como exemplo, pacientes que estariam com deformidades ósseas e sem andar. Demonstrou insatisfação pelo fato de sentir-se como mercadoria não admitindo que um procedimento de saúde fosse visto de forma meramente econômica, sem o direito à medicina universal, tão preconizada atualmente. Referiu-se ao documento distribuído para os Conselheiros, onde havia também destaques sobre a Portaria 2.042, de 11/10/96, que definia os procedimentos para a Terapia Renal substitutiva. Esclareceu que as Associações de renais gostaria de estar incluídas nas reuniões do Sistema Nacional de Transplantes, participando de todo o processo das Centrais de Captação de Órgãos, exercendo o direito de Controle Social garantido em lei. Concluiu, mencionando a preocupação e a importância de se aumentar o número de transplantes, atribuídos com a qualidade. Conselheira **Zilda**, elogiou a colaboração dos usuários na discussão, dizendo que um bom Conselho era aquele que escutava os clamores do povo e depois fazia as políticas de operacionalização de programas. Dando continuidade, passou a palavra aos representantes da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS. **Dr. Roberto Magalhães** - Subsecretário de Assistência à Saúde/SAS/MS, anunciou que para homogeneizar a terminologia, falaria sobre pontos que já poderiam ser do conhecimento de algumas pessoas, pedindo desculpas se a fala fosse um pouco tecnocrática. Disse que estaria falando da doença renal crônica com perda da função renal, classificada como Doença Renal Crônica Terminal - IRCT, dependente de diálise. Constituindo insuficiência irreversível, haveria duas saídas: **1-** terapia renal substitutiva, ou seja, hemodiálise ou diálise peritoneal contínua, e **2-** a melhor saída, mais digna para o paciente, o transplante. As patologias prévias mais comuns, a hipertensão e o diabetes, se prevenidas, poderiam evitar a IRCT. Referiu que os Programas de Saúde da Família contribuiriam para a prevenção. Continuou, dizendo que dessa forma o paciente desenvolveria uma patologia básica, chegando à perda da função renal, levando à diálise ou ao transplante. Este poderia correr bem ou por intercorrências ou complicações, o paciente voltaria a necessitar de hemodiálise. Para terminar referiu que a Portaria não resolveria a situação, sendo um instrumento que a sociedade teria para orientar a conduta mas, apenas o início do problema para o Ministério da Saúde e a própria sociedade encontrarem uma solução adequada. O **Dr. Eduardo Motta**, também da SAS/MS, iniciou dizendo que a ele coube trazer informações sobre o que possibilitaria o acompanhamento de procedimentos de alto custo conhecidos como PAC. Disse que o primeiro PAC implantado, em abril /97, normatizava a assistência média do paciente com IRC. A estimativa até abril /97 era feita tomando-se a média de 13 sessões de hemodiálise por mês para 25.000 a 27.000 pacientes em hemodiálise e entre 3.000 e 3.700 pacientes em diálise peritoneal intermitente ou contínua. Apresentou as informações em relatório distribuído a todos, referente ao período de abril a setembro/97. A primeira tabela mostrou o número de pacientes em terapia renal substitutiva: 30.152 em abril e 34.060 em setembro, com aumento de 12 % de pacientes registrados. Apresentou, também, a evolução do número de procedimentos associados, incluindo, medicamentos, radiologia, patologia clínica e terapia renal substitutiva -TRS - computando 1.175.674, com um aumento no período de 54%, informação não disponível anteriormente, agora organizada no sistema, inclusive, vinculada ao paciente, através do CGC. Em outra tabela, mostrou os gastos com procedimentos de TRS, que evoluíram de 27 milhões a 28 milhões ao mês, com aumento de 3%. Mostrou, ainda, gráfico com número médio de pacientes em TRS por 10.000 habitantes por mês, por estado, variando de 0 em Roraima, 0,1 no Pará, 0,2 no Amapá, 0,3 no Acre, locais com baixa oferta de serviços de diálise e hemodiálise, também, com situação epidemiológica diferente do restante do país, até o máximo de 3,5 no Rio de Janeiro, 3,4 no RS e 2,7 no DF.(Chegada do Senhor Ministro ao Plenário do CNS). Comentou sobre a distribuição do custo médio mensal por paciente nos vários estados, justificando as variações com base em itens como patologia clínica e terapias diferenciadas, conforme a situação do paciente, entre elas a assistência farmacêutica, item com peso muito alto em alguns locais, o que estava sendo averiguado pela auditoria. Citou ainda que 75 a 80% do custo mensal do SUS se referia a terapia propriamente dita de hemodiálise. Explicitou as condições mais frequentes e evitáveis que levariam à hemodiálise, dentre elas a Glomerulonefrite Crônica, a Insuficiência Renal Crônica e o Diabetes. Finalizando, mostrou quadro do número de óbitos por 1.000 pacientes em terapia registrados, em geral, entre 9 e 11 pacientes/1.000, mas com números absurdamente elevados em alguns locais como AP, MS, BA e PA, que estariam sendo avaliados pela auditoria. Destacou que as informações faziam parte do sistema de acompanhamento de procedimentos de alto custo do MS e estavam disponíveis via Internet e através de relatórios internos do MS, abrangendo, também, informações sobre tipo de material usado, causa de óbitos, etc., avanços que estariam subsidiando a elaboração de políticas para a área a nível dos gestores federal, estaduais e municipais. Passou então a palavra para a **Dra Selma Lock**, da Coordenação de Alta Complexidade/SAS, para falar sobre transplantes. A mesma disse que o SUS tinha 117 serviços de transplantes cadastrados, 111 fazendo transplante renal, concentrados no Sudeste e Sul, mas cobrindo também o Centro-Oeste e Nordeste. O Norte só contava com 1 serviço. Havia 29

laboratórios cadastrados pelas SES para realizarem exames de histocompatibilidade. Referiu que o número de transplantes renais estaria mantendo pequeno ritmo de aumento. Em 1997, até outubro foram realizados 2051 transplantes. Os gastos, incluíam atos relativos aos transplantes, a atos ambulatoriais e medicamentos e imunossuppressores. A tabela AIH paga 6.778 reais, acrescidos do FIDEPS, atingindo uma média de 9.000 reais, sem os 25% de abono, chegando enfim a cerca de 14.000 reais por um transplante renal, o que, avaliava-se, cobriria os gastos, havendo razoável percentagem de lucro, apesar de a mídia, frequentemente, referir que o pagamento do SUS seria insuficiente. Quanto à lista de espera, o MS ainda não tinha controle eficiente, com 12.150 inscritos nas centrais, porém, os 11 serviços seriam desorganizados, o acesso à lista também seria desorganizado e, portanto, o controle ineficaz a proposta, desde a época da portaria sobre diálise era de organização do sistema com avaliação de qualidade e controle de acesso. Com a lei da criação da central de captação e distribuição de órgãos se melhoraria o sistema com a responsabilidade do Ministério da Saúde de controle, ou seja, a coordenação do Sistema Nacional de Transplantes. As Centrais Estaduais seriam as células do sistema, de modo que cumprindo a lei, nenhum órgão poderia ser transplantado sem autorização das centrais, o contrário, constituindo crime. Observou que, existem no país 12 Centrais, algumas bem avançadas como a do Paraná e outras como da Bahia e Mato Grosso do Sul ainda engatinhando. Ressaltou que a possibilidade de controle do MS seria real, cruzando mapas das centrais e dados dos transplantes. Informou que, a partir do Decreto 2.268, de junho de 1997, criando o Sistema Nacional de Transplantes, seguiu-se um processo de discussão para emissão de uma série de portarias ministeriais, fundamentais para regular o financiamento do Sistema, as quais seriam distribuídas em breve para as entidades representativas. Mencionou que as mesmas estabeleciam os critérios mínimos nacionais para distribuição de órgãos, incluindo: critérios para autorização das equipes realizarem retirada de órgãos para os estabelecimentos de saúde efetuarem transplantes; regulação do financiamento do Sistema Nacional de Transplantes - SNT; e estruturação do Sistema de Informação do SNT, permitindo pela primeira vez, se fazer avaliação de resultados. Acrescentou que, após a publicação das citadas portarias ministeriais, previstas para março/98, se começaria um processo de discussão junto com a Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS, sobre os critérios para estruturação e funcionamento de Bancos de Tecidos, assim como, os critérios para entrada e saída de órgãos no país, devendo ser normatizado até julho/98. Colocou, também, a questão do estabelecimento de novos procedimentos na Tabela do SUS, para transplantes, incluindo diagnóstico de morte encefálica e acompanhamento ambulatorial pós-transplante, devendo, também, sair a portaria em março/98. Referiu que o Ministério da Saúde havia assinado um acordo de cooperação, com a Fundação Banco do Brasil, para desenvolvimento de software e aquisição de equipamentos para estruturação de 16 centrais de transplantes a nível de estado e da Central Nacional, a qual estava com inauguração prevista para 01/05/98. Comentou, também, sobre acordo de cooperação com a Espanha, tendo como finalidade apoiar as Secretarias Estaduais de Saúde (Centrais Estaduais), em suas estratégias para captação de órgãos, através do treinamento de 120 técnicos. Estas, e outras informações, estavam contidas no documento **“Atividades necessárias para implementação do Sistema Nacional de Transplantes”** distribuído aos Conselheiros, proveniente da Coordenação de Alta Complexidade - SAS/MS. Conselheira **Zilda** agradeceu a explanação da **Dra. Selma**, passando a palavra para **Dra. Marta Nóbrega**, Secretária de Vigilância Sanitária/MS que cumprimentou a mesa, ressaltando a importância da discussão. **Dra. Marta Nóbrega**, Secretária de Vigilância Sanitária do MS, cumprimentou a mesa ressaltando a importância da discussão. Salientou que após trabalho intensivo de estabelecer os limites, já que viu-se que a questão econômica seria o limite, além dos limites de recursos humanos, a SVS entra na proposta de fazer acompanhamento do transplante renal. Além disso haveria o fator tecnológico, com reuso do capilar, envolvendo o tipo de membrana, dependendo da capacitação do serviço. Com base nesses três componentes, a portaria sofreria as atualizações de acordo com a evolução do sistema. Ressaltou, ainda, que não imaginavam que iriam avançar tanto em um ano à frente da SVS, com vontade grande e obstáculos também grandes, pois a importância da normativa só se completa no momento em que se tem o acompanhamento. Os serviços de saúde devem estar sabendo que nível de atuação se espera, disse, salientando a importância dos treinamentos. Por isso, a SVS criou mais um departamento de controle e fiscalização, para facilitar as ações normativas e o controle. Apresentou então a **Dra. Maria Gorete Selau** do Programa Nacional em Inspeção de Serviços de Saúde - SVS para complementar as informações. **Dra. Gorete** referiu que está sendo estruturado o Sistema Nacional de Inspeção, com um Departamento na SVS e estímulo às SVS dos Estados, especialmente para terapias de alta tecnologia, dentre elas, a hemodiálise, impulsionada pelo contato com a Federação dos Renais Crônicos. Referiu também a Portaria 2.092, a auditoria conjunta com a CAUDI, e a preocupação com a capacitação dos servidores dos Estados para a inspeção, pois alguns estados não alcançaram 100% de serviços inspecionados por falta de capacitação. Outros, como SP, MG, PE e PR lançaram-se como ponta na capacitação. Citou que a maior concentração de serviços e pacientes está no Sul e Sudeste, acima da média nacional de 1,9 pacientes/10.000 habitantes. As metas são treinamento de multiplicadores em 100% dos Estados, cronograma de inspeções, reunião com Vigilâncias Sanitárias dos Estados para

avaliação de atividades de 97 e programação para 98 e ação conjunta com a CAUDI. Entre os problemas mais colocados, estão o excessivo reuso dos capilares e o tratamento adequado da água, que são dificuldades específicas dos serviços no cumprimento da Portaria. A Mesa Coordenadora anunciou a presença do **Dr. João Moreira**, Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, convidando-o a se manifestar. **Dr. João Moreira** colocou-se à disposição para participar das reuniões do CNS, sempre que convidado. Referiu que temos hoje no Brasil 35.000 pacientes em diálise e que deveríamos ter 105.000, portanto dois terços não chegam ao tratamento ou não são diagnosticados. Ressaltou que o SUS era ainda o melhor convênio no País e que se houvesse cobrança dos planos de saúde, 22% deveriam estar sendo financiados ali, correspondendo a uma economia de um milhão de dólares ao MS. Disse que a Sociedade tem debatido com o MS, pois não adianta somente atendimento em hemodiálise, e deveriam ser transformados os centros de hemodiálise em centros de nefrologia, com maior capacidade de atendimento ao paciente pré-dialítico e pós-dialítico, com substancial melhoria para o usuário. Valorizou o registro de dados e citou que em 97 a taxa de óbito de paciente em hemodiálise foi de 17%, sendo que no Japão foi de 9% e nos EUA de 25%. No Brasil transplantou-se apenas 6% dos pacientes. Referiu ser fundamental que no mínimo se dobrasse esse índice, para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Disse, também, que a Sociedade era a favor do cadastro único e que 35.000 pacientes em diálise corresponderiam a 450 milhões de dólares, constituindo mercado muito interessante, que porém foi se tornando muito confuso. Referiu sobre a necessidade de recuperação da relação médico-paciente, sendo que o médico vem se tornando um pequeno empresário e que sempre existiram interesses outros, da indústria e da clínica de diálise, com tratamentos não muito legais, existindo também pressões e até corrupção. Relatou que a Sociedade contratou a FIPE para fazer uma planilha de custos em São Paulo, de forma independente, com unidades públicas e privadas, em serviços hospitalares e ambulatoriais, tendo sido verificado que o item recursos humanos era o que mais pesava. Mesmo podendo ter alguns erros, que poderiam ser corrigidos, ressaltou o princípio de seriedade para discutir com o MS os pagamentos e também com os planos de saúde. Citou como distorção a compra de unidades de diálise por multinacionais produtoras de insumos, situação absurda e ilegal pela Constituição. Levantou, também, a problemática de distribuição de água inadequada, como em Caruaru, não só para as unidades de diálise mas para toda a população. A seguir, foi aberta a palavra para os conselheiros. Conselheiro **Saad** manifestou que algumas questões referidas eram afetas ao CFM, que deveria ser ouvido. Conselheiro **Mozart** disse lamentar a ausência de visão de integralidade da assistência na fala dos expositores, somente o presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia ressaltou esse aspecto. Cuida-se da diálise, do transplante, onde estaria a assistência ao renal crônico? Ressaltou, também, a visão fiscalizadora e de auditoria, dizendo que cada vez mais se pensa que a direção nacional do SUS deveria fazer financiamento e fiscalização, esquecendo-se das funções de organizar, coordenar e controlar. Pensa que a atribuição da direção nacional seria organizar, contatar e identificar entidades nacionais devidamente habilitadas a fazer coordenação e supervisão em nome do órgão público. E que o CNS deveria ter atuação maior nas ações de alta complexidade para garantir a integralidade, princípio de sustentação constitucional do SUS, solicitando atenção especial a isso por parte dos representantes do governo e das entidades sociais aqui representadas. Conselheiro **Omiton**, citando a fala do **Dr. Moreira** referiu que a Indústria, como qualquer outra entidade, teria lado bom e outro que não seria necessário adjetivar, dizendo representar a parte séria do segmento e que o Brasil indiscutivelmente constituiria um mercado muito grande e, portanto, ponto de interesse crescente, percebendo-se ainda gastos desnecessários. Citou que há três anos o MS pagava 60 dólares pela eritropoetina, hoje paga 20, resultado da competição no mercado, a ciclosporina custava 300, caiu para 204 dólares. O mercado de equipamentos e de material de consumo era muito competitivo, mas não há boa produção no País, o que poderia ser estimulado. Além disso, citou que consumidores menores fazem uso do preço de referência, não usado no Brasil, isto é, antes da publicação de portarias com preços de lista de venda ao consumidor, deveriam ser vistos os preços licitatórios nas Secretarias Estaduais. Ressaltou não estar defendendo a indústria que dificulta as operações governamentais, mas aquela que participa das soluções para os problemas. Sobre máquinas de hemodiálise citou a necessidade de discussão de mecanismos de substituição das velhas, com assinatura de protocolos, o que não estava acontecendo, pois os empresários médicos não têm tido acesso a financiamentos. Arguiu se não seria possível criar incentivo, estabelecer regras que pudessem premiar aqueles que trocassem suas máquinas, caso contrário, Conselheira **Neide** continuaria reclamando da qualidade dos serviços. Conselheiro **Paulo** citou os gastos de 43% com medicamentos perguntando se seriam gastos da farmácia SUS ou pagos diretamente às clínicas. Conselheira **Neide** respondeu que são pagos à farmácia SUS e que na prática alguns medicamentos não são usados no momento da terapia, a não ser que o paciente os leve, se puder. Conselheiro **Sabino** propôs que a sociedade se aprofundasse nos debates e que os estados e municípios tivessem subsídios para essa discussão, e que as entidades aqui representadas realizassem oficinas sobre o tema, com o apoio do MS. Ressaltou que a questão dos doentes renais crônicos era deprimente e importante. Conselheiro **Jocélio** sugeriu pautar o assunto transplante e doação de órgãos para a próxima reunião. Referiu ainda que a CUT teria maior atuação na

saúde do trabalhador, mas procurava saber como trabalhar mais com doença renal, pois com orçamento para a saúde cortado e contingenciado muitas propostas não iriam se efetivar. Pontuou a ação dos planos de saúde e a política de cesta básica, além da campanha da CUT e CONTAG contra a cobrança por fora, perguntando como isso estaria ocorrendo na área da diálise e dos transplantes. Observou o gasto de 450 milhões com hemodiálise, referentes a 1% dos recursos do SUS para atendimento de 0,023% da população, referindo ser caro no pensamento dos economistas. Conselheira **Neide** relatou que a cobrança por fora ocorre principalmente na questão das fístulas vasculares, por parte dos cirurgiões vasculares. Conselheiro **Artur** referiu a dificuldade de participação de grupos de usuários no MS, não havendo por parte do MS transparência e visibilidade das propostas, sugerindo que o CNS tirasse uma Resolução sobre o assunto, abrangendo dois problemas: o não cumprimento da lei, visando a qualidade da assistência e o apoio às propostas da Federação do Renais de participação dos usuários nas comissões do MS. Declarou apoio ao Conselheiro **Mozart** quanto à falta de integração da assistência. Conselheiro **Gilson** ressaltou que trata-se de algo que o poder público constitui o único pagador, com os problemas que tem, demonstrando a dificuldade efetiva de coordenação do setor público e a descentralização, que deve chegar ao município, onde se dá a atividade. Citou a criação, em Niterói, de núcleo de acompanhamento e coordenação do sistema, desempenhando papel de dignificação do atendimento do paciente, ressaltando que o sistema de base municipal tem todas as condições de dar mais sustentabilidade. Frisou ainda que a política nacional tem reflexos sobre as políticas estaduais e municipais. Ao final, questionou se as normas existentes hoje resolveriam e se a política de financiamento estaria adequada, incluindo as responsabilidades da gestão nas três esferas de governo. Conselheiro **Ferreira** falou da problemática do renal crônico, que mexe com a vida, e que o governo age em cima das tragédias, levando a choque entre prestador e usuário do sistema. Declarou ainda preocupação com a municipalização, pois municípios em gestão simplificada não querem bancar o atendimento aos municípios vizinhos. Perguntou ainda quais seriam os honorários médicos, diferenciando o médico/médico do médico/empresário, dizendo que com os dois papéis misturam-se as marchas. Disse ainda estranhar o posicionamento dos renais crônicos em combater os centros, quando deveria haver enfoque no que fazer para melhorá-los e não para destruí-los, sugerindo não centrar a discussão somente sobre os lucros, diferenciando o médico do empresário. Conselheira **Marisa** referiu-se ter se sentido triste com a situação vergonhosa. Sugeriu que o SUS passasse, como solicitado pela Conselheira **Neide**, de 89 para 100 reais, e propunha então que o aumento fosse pago a quem já tivesse trocado as máquinas velhas pelas novas, para estimular a troca, evitando que muitos pacientes morressem durante a diálise, evitando superaquecimento, elevação da pressão e outras conseqüências. Pediu mecanismos para forçar que todos se equipassem para resolver problemas que já deveriam ter sido solucionados anteriormente. Conselheira **Ana Maria** também referiu a situação lamentável de que no seu Estado não há um só nefrologista que atenda criança, sabendo do problema, pois tem um sobrinho de 4 anos com IRC, tendo também conhecido a situação das pessoas do interior com dificuldades de transporte, com longas esperas, sem alimentação etc. Isso para aqueles que conseguem ou têm disposição para a diálise 2 vezes por semana...preocupando-se, enfim, com a oportunidade dos pacientes chegarem aos serviços, citando o abandono em que se encontram, como no caso dos deficientes. Conselheira **Zilda** manifestou preocupação com o quanto poderia ser prevenido com melhor apoio para promoção da saúde e prevenção da doença, citando ser a descentralização o caminho, pelo menos para os municípios onde existe maior concentração de equipamentos. Ressaltou a importância da presença do usuário e da fiscalização. Conselheiro **Gilson** questionou a posição do Conselheiro **Ferreira**, a não ser que existissem dados, nos quais teria grande interesse, não concordando que tivesse havido maior restrição com a gestão simplificada, sendo de opinião contrária, haja vista o fluxo de financiamento com 30 dias de antecipação em relação ao restante do país. Questionou se quando o Estado fazia era bom, ressaltando que a satisfação do usuário em municípios com gestão simplificada era maior, apesar de não se conseguir um marketing positivo em saúde. Solicitou então fundamentação ao Conselheiro **Ferreira**. Este disse não achar conveniente o debate naquele momento, mas que enviaria dados sobre procedimentos de alta complexidade e municipalização. Conselheiro **Gilson** mencionou ter o CONASEMS solicitando às Secretarias Estaduais de Saúde, dados para subsidiar aquele debate. Registrou que, embora a referida solicitação tivesse ido com atraso, havia recebido da Secretaria da Paraíba, um relatório sucinto, apontando problemas e dificuldades já retratadas naquela discussão, tendo lhe chamado a atenção que, o único hospital que fazia transplantes naquele Estado, havia se desligado do SUS, tendo os pacientes que recorrerem ao Estado de Pernambuco. Conselheira **Zilda** retornou em seguida a palavra aos expositores, iniciando pelos usuários. Conselheira **Neide**, referindo-se às colocações do Conselheiro **Ferreira**, ressaltou que o tratamento do renal não era uma caridade, nem filantropia e que a sobrevivência do mesmo se devia a uma grande luta das entidades, lembrando que, quando iniciou o seu tratamento, a mortalidade era de 50%. **Dr. Wanderly**, reportando-se também à fala do Conselheiro **Ferreira**, comentou sobre o imposto que todos pagavam, do qual se esperava retribuição, principalmente na área da saúde, que constituía o maior bem da vida. Esclareceu que não estavam combatendo os centros de diálise mas,

que os mesmos tivessem uma qualidade adequada, com o reflexo de avanço tecnológico. Afirmou que atualmente o SUS cobria 90% do tratamento de hemodiálise e que alguns planos de saúde estaduais e outros particulares, cobriam os 10% restantes. Acrescentou que não se era contrário ao lucro da iniciativa privada, desde que não fosse abusivo, gerando corrupção. Conselheiro **Ferreira**, por ter sido contestado na sua colocação, explicou que quando a ciência médica descobre um avanço terapêutico, traz benefício a toda sociedade, e em se tratando dos centros de hemodiálise, o setor privado tinha sido pioneiro, devendo-se encerrar, no entanto, a discussão entre o setor público e o privado. Reconheceu que todos os outros segmentos da saúde estavam sucateados, sendo necessário um grande esforço da sociedade para recuperá-los, premiando quem estivesse disposto a se organizar e investir, sendo importante a participação do usuário e daqueles que conviviam no sistema. Enfatizou que o médico deveria optar em ser médico ou empresário. Em continuação, **Dr. João Moreira** manifestou que gostaria de voltar há 20 anos atrás, em que se era apenas médico. Disse que a situação atual não ocorria apenas na nefrologia. Informou que o SUS pagava R\$ 2,00 por uma consulta médica e R\$ 6,00 por uma diálise, ocorrendo várias sessões de hemodiálise ao mesmo tempo. Afirmou que, embora haja vários fatores, a desvalorização maior do sistema, estava no honorário médico, gerando os problemas de hoje. Com relação à indústria, mencionou que, assim como tem segmentos ruins na área médica e em unidades de diálise, havia também segmentos ruins na indústria, citando caso em que a mesma induziu um renal crônico a tomar um medicamento caro, forçando a compra pelas Secretarias de Saúde, nem sempre com indicação médica. Lembrou ter o Ministro da Saúde, denunciado tais distorções, já conhecidas de todos. Lembrou ato solene em que se liberou 100 milhões de reais para a área de renovação de máquinas, estando porém essa quantia retida no BNDES, havendo tentativa do MS, juntamente com as entidades, em se viabilizar a liberação da mesma. Informou que até o momento, apenas três unidades de hemodiálise conseguiram a viabilização de tais recursos, por influência de políticos importantes. Teceu comentários, sobre condições impostas pelo agente financeiro junto ao Banco do Brasil, para se conseguir os citados recursos. Quanto à *cobrança por fora*, **Dr. João Moreira**, reconheceu existirem esses desvios na área de diálise e muito mais em transplantes, devendo realmente ser denunciado. Demonstrou não concordar também com o *pagamento diferenciado*, considerando, porém, necessário, alguns ajustes na Portaria. Disse ser contrário a imposições criando situação que levaram as clínicas a repassarem o seu controle para algumas indústrias, afim de se reequiparem. Ressaltou que tratamento de diálise envolvia não somente máquinas, mas também qualidade do material, tratamento da água, e recursos humanos (sistema de enfermagem, de médicos, etc), sendo este último, de importância fundamental. Quanto à fiscalização dos serviços, mencionou que a SBN sempre se colocou aberta, tendo a Conselheira **Neide** como testemunha da história, há cinco anos, de trinta e cinco unidades de diálise de São Paulo, quando ele era presidente daquela regional. Manifestou querer uma aproximação maior com o CONASS e o CONASEMS, dizendo existirem distorções, inclusive, de corporativismo, estando a SBN disponível para tal discussão, enfatizando que os serviços deveriam ter o mesmo tratamento, independente de ser público, privado, municipal, estadual ou federal. Concluiu propondo que o CNS continuasse a discutir o assunto em questão, com a participação da SBN, ressaltando que, se o real continuar estável e melhorar a renda *per capita* da população, a situação dos recursos, para o tratamento do renal crônico, seria um grande problema, tendo que se rediscutir e adequar o referido tratamento. Em continuação, a palavra foi concedida à SAS, pronunciando-se o **Dr. Roberto Magalhães** que estava representando o **Dr. Werneck**, Secretário da SAS, impossibilitado de comparecer naquela discussão. Disse que faria uma observação genérica nos principais pontos colocados, no sentido mais de esclarecimentos, do que rebater críticas ou incorporar sugestões. Concordou com colocação feita sobre a integralidade, pois, o MS sempre trabalhou com a falta de integralidade, porém, a horizontalização da própria estrutura do Ministério, por mais burocrática que parecesse, tinha resultados específicos nesta questão. Ressaltou que o MS, especificamente a SAS, tinha como objetivo acabar com a hemodiálise e com os transplantes, porque não se queria que as pessoas chegassem ao estágio de doença que levava a esse tratamento, sendo necessário então, uma ação preventiva. Referiu que o Programa de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde, teriam uma repercussão maior na média e alta complexidade, ao identificar, em fases iniciais, pacientes que seriam colocados no sistema e que, a médio e longo prazo, o custo cairia, pois, o investimento em saúde preventiva era muito mais rentável, sob o ponto de vista de resultados, do que a saúde curativa. A respeito do comentário feito pelo Conselheiro **Omilton**, **Dr. Roberto Magalhães** revelou ter sido uma das pessoas que tratou do preço de medicamentos, não tendo tomado conhecimento sobre contribuição da indústria, através do citado Conselheiro. Disse que a diminuição dos preços dos medicamentos não tinha sido uma atitude impensada, pois, foram levantadas cerca de doze licitações de diferentes regiões do país, chegando-se a conclusão que os preços estavam elevados, seguindo-se orientação de portaria do Ministério da Fazenda. Disse porém, que se existia defasagem, poderia ser revista, pois uma portaria ou instrução normativa não era perpétua. Destacou que, mesmo assim, a indústria continuava tendo muito lucro. Com relação às máquinas de hemodiálise, explicou que na administração anterior houve um convênio com o BNDE, tendo este repassado o Banco do Brasil como

agente financeiro, se conseguindo porém, na atual administração, a descentralização, para outros agentes continuando, no entanto, a dificuldade de crédito para a aquisição de máquinas pois, na área da saúde, o bem adquirido não funcionava como garantia. Informou que, nesse sentido, o departamento jurídico do MS estava estudando um mecanismo de não colocar em risco o recurso público mas de viabilizar uma ação de aquisição ou recuperação do parque de máquinas de hemodiálise, de tratamento de água e máquina para automatização de re-uso. Em relação à questão do re-uso, disse que não entraria no momento nessa discussão, porque daria um **"Seminário"**. Concordou com a colocação de que o problema do renal crônico era deprimente, assim como qualquer outra patologia. Quanto ao custo da diálise, observou que o número isolado de 1% (referente a um segmento), sobre o que se gastava de saúde, parecia um número pequeno, mas, era um volume extremamente importante de recurso, quando colocado em relação à assistência como um todo. Elogiou o depoimento do Conselheiro **Gilson** sobre a ação de um gestor, trazendo-lhe a satisfação de estar no caminho certo da descentralização. Contrapôs na fala do citado Conselheiro, a respeito do financiamento, lembrando que o mesmo tinha que ser compartilhado ou seja, os estados e municípios teriam que ter participação nesse financiamento, sendo o governo federal o maior financiador do sistema. Citou exemplo de Niterói. Solicitou em seguida, ao Conselheiro **Ferreira**, para enviar à SAS o mesmo documento que mandaria ao CONASEMS, pois era obrigação do Ministério, o acompanhamento da questão ali apresentada. Complementou que, como ação específica nessa linha, o MS estava trabalhando numa proposta de Câmara de Compensação, que viabilizaria, principalmente em alto custo e alta complexidade, a compensação dessas linhas. Disse estar começando tal atividade, no nível estadual e interestadual, no Piauí, Tocantins, Pará e Maranhão. **Dr. Roberto Magalhães** comentou ainda sobre a colocação chocante do **Dr. João Moreira** quanto ao número de pacientes esperado para hemodiálise. Afirmou que, dependendo do acesso que a população tivesse ao serviço de saúde, esse número poderia variar. Sobre a falta de transferência nas ações do MS, achou pertinente mas, em discussões como aquela dos renais crônicos, o CNS deu margem para que o MS se expusesse para receber críticas e dizer o que estava realizando. Retificou a respeito das parcerias, dizendo que o MS tem trabalhado em parcerias, com as sociedades representativas de classe, com as sociedades dos pacientes, com um nível grande de interlocutores. Concluiu fazendo repúdio ao editorial do último boletim da SBN, por ter sido desrespeitoso com o MS. A seguir, a **Dra. Marta Nóbrega** teceu alguns comentários, referindo que a SVS ao verificar nas instituições o cumprimento dos itens considerados essenciais e de risco, observou que das cinco mil máquinas, apenas duas mil foram mudadas, não sendo cumpridos os prazos dados, devido à "quebra" do financiamento. Disse que a capacitação estava sendo solicitada no sistema, para que o Município pudesse criar o Núcleo de Vigilância Sanitária dentro das ações básicas. Conselheira **Zilda** agradeceu a presença de todos, lembrando a proposta do Conselheiro **Sabino** para se acompanhar os avanços dados na questão dos renais crônicos. Conselheiro **Artur** sugeriu uma proposta de Resolução para o cumprimento da Portaria 2.042/96, entre outros itens. Conselheiro **Sabino** ressaltou que a sua proposta era de uma Oficina, ainda no 1º semestre, com todos os setores envolvidos na questão dos renais, ficando o retorno das discussões daquela mesa, para o 2º semestre. Conselheira **Neide** disse que, independente da Oficina, deveria haver uma resolução. Todos concordaram e, momentos depois, a Resolução acerca dos renais crônicos foi apresentada ao Plenário do CNS, pela Conselheira Neide, tendo sido aprovada por unanimidade, correspondendo à Res. CNS nº 275/98. Foram designadas as Conselheiras **Neide**, **Edenilza** e **Lucimar** para compor o grupo de Trabalho responsável pela proposta de Oficina, mencionada na resolução supracitada. **ITEM 09 - ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE** - Este item foi transferido para a 75ª Reunião Ordinária. **ITEM 10 - QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS** - **Dr. Sebastião Grilo**, Subsecretário de Planejamento e Orçamento do MS, discorreu sobre as questões orçamentárias de 1998 e analisou a execução dos diversos programas durante os meses de janeiro e fevereiro. A propósito dos programas, citou, como exemplo, o do Câncer Cérvico-Uterino que aparecia na planilha com valor empenhado de 975.754 milhões e já atingira até aquele momento 3.057 milhões. Reforçou, ainda, a necessidade de: **a)** acabar com a administração convencional, privilegiando a descentralização, através do repasse fundo-a-fundo; **b)** ter, na área de seguridade social e na área de saúde, uma legislação que permita, com segurança e controle, transferir recursos dos programas governamentais sem necessidade de convênios. Dito isso, colocou-se à disposição para os esclarecimentos que o plenário entendesse necessários. **Professor Elias Jorge** apresentou o relatório da Comissão de Orçamento. Presentes: **Elias**, **Carlos Lisboa**, **Gilson**. Pauta: **I** - Preliminares - Condições de Funcionamento da Comissão; **II** - Orçamento 97/98 - Ministério da Saúde; e **III** - Sugestões e Encaminhamentos ao Plenário. **I - PRELIMINARES - CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO** - A Comissão entende que deva ser debatido e deliberado pelo plenário sua posição em relação ao seguinte: **A) Não-Homologação das Resoluções:** • 264 - dez/97 (que solicita esclarecimentos em relação à execução orçamentária de 1997, especialmente daqueles programas que, em 30 de novembro DE 1997, tinham mais de 40% de saldo orçamentário e menos de 40% de execução financeira); esta resolução foi enfaticamente reiterada na Reunião do Conselho de fevereiro de 1998 quando se agregou pedido de explicações relativas à

977 execução orçamentária e financeira do mês de dezembro. À época o subsecretário de orçamento afirmou
 978 que não teria dificuldade em encaminhar as explicações à Coordenação do Conselho até 28 de fevereiro
 979 de 1998, o que não aconteceu até o momento. A Comissão teme que ocorra com a Resolução nº 264 o
 980 que aconteceu com a Resolução nº 200, que tratava do mesmo assunto, relativamente a 1996, cuja
 981 homologação foi postergada. Uma vez homologada não foi cumprida, perdeu a atualidade e caiu no
 982 esquecimento. • 263 - Dez/97(que trata do Plano de Trabalho da Comissão para o ano de 1998) foi
 983 reiterada na reunião de fevereiro sendo aprovado pelo Plenário que se incorporasse às atividades da
 984 Comissão o acompanhamento e análise dos convênios firmados pelo MS (Reforsus, Programa do Leite,
 985 Dengue, AIDS, Recursos do Banco Mundial, etc.). **B) Continuidade da Assessoria Técnica** - Além do
 986 Plano de Trabalho não ter sido homologado, sem nenhuma explicação plausível, também o
 987 assessoramento técnico ao CNS e à Comissão não foi até o momento viabilizado para o ano de 1998.
 988 Quando criada a Assessoria Técnica de Orçamento e Finanças, do CNS (Resolução 73/93) o Ministério
 989 da Saúde assegurou ao designado para o desempenho deste trabalho um cargo (DAS) de nível de
 990 gerência de projetos. Quando, em 1997 o MS decidiu retirar este cargo do Conselho, foi acertado que
 991 haveria uma retribuição do Assessor equivalente à do cargo, então ocupado pelo Assessor, via projeto do
 992 MS/OPAS. Até o momento isto ocorreu precariamente em relação a 97 e não existe nenhuma garantia de
 993 que se efetivará em 1998. **II - ORÇAMENTO 97/98** - O não encaminhamento do documento previsto na
 994 Resolução nº 264, prejudica a análise de execução orçamentária de 1997 à luz dos esclarecimentos e
 995 ponto de vista da gestão do Ministério. A Comissão considera que a análise preliminar do orçamento do
 996 Ministério da Saúde 97/98, feita por Gilson Carvalho, membro da Comissão, é um bom ponto de partida
 997 para reflexões, análises e deliberações dos Conselheiros. Disto decorre ter sido anexada na íntegra junto
 998 a este relatório, como Material de Apoio. A Execução do Orçamento Geral da União de 1997 ainda não
 999 publicada pela CCONT-STN, faz com que neste momento a Comissão não possa apresentar uma análise
 1000 da Saúde no contexto da Seguridade e desta no Orçamento Geral da União. **ALGUNS DESTAQUES NO**
 1001 **TRABALHO DE “ANÁLISE PRELIMINAR DO ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997/1998”**
 1002 (Em Anexo). **A) Orçamento de 1997** - Posição final em 31/12/97 (Fechado): 1 - **Alterações no**
 1003 **Orçamento Durante a Execução** - Existem várias possíveis classificações para o orçamento: o
 1004 Aprovado, o Liberado e o Executado. Quem aprova o orçamento é o Legislativo quem contingencia é o
 1005 Executivo por Decreto. O Ministério da Saúde decide onde corta e o que libera, **sem consultar a CIT nem**
 1006 **o Conselho Nacional de Saúde.** (Assim aconteceu até hoje). Isto faz do Orçamento Executado mais
 1007 uma peça surrealista em que não se depende mais de aprovação de quem de direito e nem mesmo do
 1008 Legislativo. 2 - **Remanejamentos Convenientes** - A comparação entre o orçado e o executado
 1009 contrapõe-se a um artifício utilizado pelo Ministério da Saúde na planilha dezembro/97. De novembro para
 1010 dezembro houve remanejamento em itens, que, pouco realizados, tiveram seu liberado reduzido o que
 1011 levou a um realizado, em dezembro, próximo a 100%!!! Como exemplo o Sangue aprovado 26.992.000 e
 1012 realizado apenas 680.000 o que representa 97,48% de corte. O artifício foi mudar o liberado para apenas
 1013 683.000 (que era o gasto até novembro) e passar a afirmar que o gasto foi de 99,90%. Sem colocar mais
 1014 nenhum centavo em sangue o MS passa de um gasto de apenas 3,89% para 99,90%!!! A mesma
 1015 “mudança” radical se deu em outras áreas sem se colocar recurso mas, mexendo apenas na coluna
 1016 liberado: Leite (de 44,42% em novembro para 98,26 em dezembro); Prevenção do Câncer, outros
 1017 Programas, Vigilância Sanitária, Medicamentos, Combate a Carência Nutricionais e outros. 3 - **Gastos**
 1018 **previstos e não realizados em relação a Dotação Inicial** - Mais de 95% = Sangue: • Entre 94 e 75% =
 1019 Nutrição e Outros Programas do INAM; Unidades FUNASA. • Entre 74 e 50% = Leite, Vigilância Sanitária,
 1020 Saneamento, Outros Programas da FUNASA. • Entre 49 e 20% = Dengue, Endemias, Prevenção Câncer,
 1021 Manutenção e Reaparelhamento de Unidades. • Entre 19 e 10% = Vacinas, Pessoal, Instituto do Câncer,
 1022 Pioneiras, AIDS. 4 - **A Execução de Dezembro** - Chamam a atenção grandes gastos contabilizados em
 1023 dezembro e, parcial ou totalmente, dados como liquidados mas que, efetivamente, não o foram e ficaram
 1024 como Restos a Pagar (RAP). 5 - **Restos a Pagar (em 98) de 1997** - O Gasto total de 97 ficou como R\$
 1025 18,80 Bi (liquidado), mas a Receita (Fluxo de Caixa) foi de R\$ 17,597 Bi. A diferença de R\$ 1,2 Bi ficou
 1026 como Restos a Pagar. **Atenção:** O Fluxo Financeiro previsto para 1998 no Decreto 2451 de 05/01/98 é
 1027 inferior ao orçamento liberado para 1998, que é 17,597 Bi (equivalente ao Fluxo de Caixa de 1997). Além
 1028 disso o montante de restos a pagar de 1997 aproximadamente 1,2 Bi deverá sair do Fluxo Financeiro
 1029 programado para 1998. 6 - **Reflexos em 1998** - Se não pagos, teremos um orçamento executado em 97
 1030 de apenas R\$ 17,597 Bilhões. Entenda-se que os 19,2 Bi liberados viraram 18,8 empenhados e dados
 1031 como pagos, ainda que, efetivamente pagos, foram apenas R\$ 17,6 Bi ficando 1,2 Bi como Restos a
 1032 Pagar em 1998. (Ou não serão pagos ou o serão com os **recursos financeiros** já diminutos de 1998!). **B)**
 1033 **Recursos Liberados em 1997** - 1 - O MS utilizou-se de um artifício na posição de 31 de dezembro de
 1034 1997: Alterou toda a listagem dos recursos liberados. Isto mascarou a execução pois aproximou o liberado
 1035 daquilo que tinha sido empenhado. 2 - Algumas modificações se destacam dada a sua radicalidade para
 1036 menos: Sangue (-96,11%); Leite (-41,24%); Vigilância Sanitária (-94,84%); Outros Programas (-37,61 e -
 1037 39,05%); Saneamento Básico (-41,80%), Combate a Carências Nutricionais e Outros Programas do INAM

1038 (-66,20 e -72,53%). 3 - Estes itens são justamente aqueles que, em novembro tinham baixa execução e
 1039 que, em dezembro, alguns sem transferência de recursos, constaram como tendo executado perto de
 1040 100%. Destacam-se: Sangue onde consta como executado 99,56% (e apenas se reduziu o liberado em
 1041 96,11%) Leite = Executado 98,26% (redução de 41% no liberado); Saneamento Básico: Executado
 1042 91,23% (redução do Liberado em 41%). 4 - Vendo as outras tabelas se entende que estes 19,2 Bi
 1043 liberados viraram 18,8 empenhados e dados como pagos (liquidado) ainda que efetivamente pagos foram
 1044 R\$ 17,6 Bi ficando 1,2 Bi como Restos a Pagar em 1998. **C) Recursos Empenhados em 1997 - 1 -** A
 1045 média de empenho mensal nos primeiros 11 meses foi de R\$ 1,5 Bi e em dezembro subiu para R\$ 1,9 Bi;
 1046 **2 -** Algumas áreas tiveram empenhos de grande monta no mês de dezembro chegando a percentuais
 1047 altíssimos em relação ao que havia sido empenhado nos meses anteriores. Cita-se como exemplo: Grupo
 1048 Hospitalar Conceição 37,27%; Prevenção do Câncer Cérvico Uterino 219%; AIDS, 50%; Reaparelhamento
 1049 de Unidades do SUS 97,84%; Dengue 45,20%; Aquisição de Medicamentos 40,66%. **3 -** Isto significa que
 1050 dos 1,9 Bilhões empenhados em dezembro muita coisa ficou sem ser paga. Não se consegue determinar
 1051 o que já foi pago e o que ficou como Restos a Pagar. Pois a posição de 31/12/97, na planilha, considera
 1052 liquidado (pago) o total do empenhado. A única certeza que se tem é que se a conta paga (SIC) ficou em
 1053 18,8 Bi e o Financeiro só atingiu 17,6 Bi, necessariamente restaram 1,2 Bi sem serem pagos. **4 -** Se a
 1054 diferença de novembro para dezembro do empenhado foi de 1,9 Bi a diferença entre o pago até novembro
 1055 e o dado como pago de dezembro é de 3,2 Bi (15,6 para 18,8). **5 -** Em 11 meses se liquidou 15,6 Bi (1,4
 1056 Bi mês). Num único mês de dezembro se deu como liquidado 3,2 Bi incluindo o que ficou para pagar
 1057 depois (Restos a Pagar) da ordem de R\$ 1,2 Bi. **D) A CPMF - Considerações importantes - 1 -** A
 1058 introdução da CPMF foi comemorada como um recurso a mais para a saúde. Na prática 1997 mostrou o
 1059 que esteve por trás da proposta do Governo: Introdução da CPMF e retirada de outras fontes que
 1060 historicamente financiaram a saúde. **2 -** A comparação entre 96 e 97 mostra exatamente o que ocorreu.
 1061 Vamos destacar algumas das principais fontes. **3 -** A CONFINS - Contribuição do Financiamento da
 1062 Seguridade Social, criada pela CF em substituição ao FINSOCIAL, foi de uma alíquota de 0,5% para 2,0%
 1063 para poder financiar os novos compromissos da Seguridade Social, inclusive o da Universalização do
 1064 Direito à Saúde. Historicamente cresceu sua participação no financiamento da saúde principalmente
 1065 depois que foi retirada da Receita da Saúde a contribuição sobre a Folha de Pagamento. Em 1996 sua
 1066 participação foi de 40,47% com R\$ 5,8 Bi - Em 1997, com a entrada da CPMF diminuiu para R\$ 2,7 Bi
 1067 representando apenas 15,39%. Em 98 a expectativa é de um acréscimo para R\$ 4,9 Bi (25%). **4 -** A
 1068 contribuição sobre o lucro líquido de pessoas jurídicas evoluiu de R\$ 3,0 Bi (21,09%) em 96, para 4,2 Bi
 1069 (24,12%) em 97 e queda prevista em 98 para R\$ 1,8 Bi (9,27%). **5 -** A análise sobre a somatória destas
 1070 duas contribuições (COFINS e LUCRO) nos anos de 96,97 e 98, permite entender melhor a dinâmica da
 1071 substituição das Fontes: 1996 - R\$ 8,8 - 61,56%; 1997 - R\$ 6,9 -39,51% - 1998 - R\$ 6,7 -34,32%. Fica
 1072 evidente a substituição de 96 para 97 de 2 Bi (22%) destas duas fontes com o advento da CPMF. A
 1073 CPMF que era para somar ficou para substituir. **6 -** O Fundo Social de Emergência, transformado em
 1074 Fundo de Estabilização Fiscal, criado com o discurso de Salvar a Saúde - retirando de Impostos e das
 1075 Contribuições Sociais 20%. Ao que parece nem este recurso retornará na totalidade. **Da Seguridade**
 1076 **Social mais se tira que retorna.** Em Bilhões, para a Saúde veio em 1996 - R\$ 2,2 (15,34%), sem CPMF;
 1077 em 1997 - R\$ 3,36 (19,10%) com CPMF, e em 1998 virá - R\$ 2,3 (12,05%), quase tudo retirado, apenas,
 1078 da CPMF. **7 -** Se analisarmos os recursos totais da Seguridade (somados; LUCRO, COFINS, CPMF)
 1079 destinados a Saúde e pensarmos que representam 80% do total e que 20% restante virou FSE-FEF
 1080 teremos em 1996 R\$ 2,2 Bi; Em 1997 R\$ 3,1 Bi e a pérola de 1998: R\$ 3,3 (o mínimo que deveria
 1081 retornar de FEF) e na realidade retorna menos ainda = R\$ 2,3. Retirado R\$ 1 Bi da Saúde para o Caixa do
 1082 FEF. **8 -** A surpresa vem pela previsão de recursos ordinários para a saúde. Esta previsto na Constituição
 1083 que os recursos fiscais de cada esfera de Governo (União, Estados e Municípios) deverão vir para a
 1084 Saúde. Nos últimos anos pós-Constitucionais, a União entrou com menos de 1% de seus recursos
 1085 próprios fiscais para a saúde como em 1996: 0,00%, em 1997 0,66% - em 1998 estão previstos R\$ 2,4 Bi
 1086 = 12,40%. Vai acontecer? **9 -** Deve-se ficar atento para a substituição de Fontes principalmente depois do
 1087 contingenciamento do Orçamento de 19,5 Bi para 17,6 Bi - com toda a certeza a CPMF será mantida e
 1088 serão retraídas as demais fontes. **10 -** Em 1998 a CPMF diretamente transferida representa 33,92% da
 1089 Receita e somando-se o que vem de devolução pelo FEF vai mais cerca de 12%. O total da CPMF fica
 1090 em torno de 45% da Receita da Saúde. **11 -** Hoje a Saúde fica apenas com cerca de 25% do COFINS
 1091 (que financia mais outras áreas que a Saúde) e a participação na Receita da Saúde, que já foi próxima de
 1092 50%, baixa para 25% em 1998. **12 -** O FEF, substituto do FSE (Fundo Social de Emergência) criado para
 1093 financiar o Social, em especial a Saúde, mal consegue devolver os recursos subtraídos da CPMF (20%).
 1094 O FEF não traz recursos novos para a Saúde. Nem mesmo os das outras Fontes da Seguridade Social
 1095 que levou. **13 -** Os Recursos Ordinários do Tesouro (Arrecadação de Impostos) que devem financiar a
 1096 Saúde segundo a CF representam apenas 12% da Receita e pagam menos da metade dos gastos com
 1097 Pessoal (Ativo e Inativo). **14 -** Títulos do Tesouro e Operações de Crédito em Moeda representam 1/3 das
 1098 despesas com pagamento de dívida. **15 -** No Relatório da Execução Orçamentária de dezembro de 1997,

do Ministério da Fazenda, STN, CONED-DIADE encontrarmos nos comentários gerais: **“O Déficit da Previdência vem sendo coberto com a utilização das contribuições para o financiamento da Seguridade Social (basicamente COFINS e CSSL), em detrimento dos gastos com outros itens da Seguridade Social, a saber, Saúde e Assistência Social”.** **E) Orçamento de 1998 - 1** - A LDO de 98 determina que o Orçamento de 98 deva ser, no mínimo, igual ao de 1997. O Orçamento de 97 foi de 20,4 Bi. O Conselho Nacional de Saúde, considerando que a CPMF arrecadou mais que o previsto, propôs um Orçamento de 22,8 Bi. Entretanto o Governo encaminhou ao Congresso, 19,1 Bi e este aprovou, um orçamento de 19,5. **2** - O Decreto 2451 de 05/01/98 bloqueou recursos do Ministério da Saúde. Do total de 13,3 Bi (todas as despesas exceto pessoal e dívida). Reduziu-se 15% com uma perda de R\$ 1,9 Bi. **3** - O Orçamento total do Ministério da Saúde ficou reduzido para R\$ 17,59 Bi. Vale lembrar que em 1997 realizou-se ainda menos do que foi contingenciado (aprovado 20,4, contingenciado para 19,1 realizado potencial 18,8 e pago em 97; 17,59 - Ironia?!). **Começando com o liberado de 17,59 a quanto chegará em 98?** **4** - O MS deverá determinar de que projetos e atividades vai cortar os recursos, mais uma vez sem partilhar na CIT e nem no Conselho de Saúde. **5** - Um lembrete final... alguns itens foram desmembrados e podem parecer recursos novos: PACS/PSF; PAB; Coordenação Materno-Infantil. CEME e INAN foram extintos. Itens da CEME como aquisição de Medicamentos Gerais e de AIDS e do INAN como Combate a Carências Nutricionais ficaram agregados ao Fundo Nacional de Saúde. **F) Execução Orçamentária de janeiro e fevereiro de 1998 - 1** - O Fluxo de Caixa do Ministério da Saúde até 27 de fevereiro apresenta o montante de R\$ 2,8 Bi, sendo R\$ 26 Milhões o saldo inicial e R\$ 77 Milhões de Restos a Pagar de 1997. **2** - O Montante de Restos a Pagar do Orçamento de 1997 é de R\$ 1,2 Bi cuja execução deverá ocorrer até 30/06/98 sob pena de cancelamento, conforme declaração ao Plenário na última Reunião Ordinária de fevereiro, do Subsecretário de Orçamento e Planejamento do Ministério da Saúde. Estes recursos advirão do Fluxo Financeiro previsto no Decreto 2451 de 05/01/98 que não cobre nem mesmo o orçamento liberado de 1998. **3** - A Receita Administrada pela Secretaria de Receita Federal-SRF, foi de 11,5 Bilhões em janeiro de 1998, superando a de janeiro de 1997 em 3,1 Bilhões dos quais 900 Milhões são da CPMF (Fonte 155 - 740 Milhões a mais) e do lucro líquido (Fonte 151 - 150 Milhões a mais que em janeiro de 1997). **4** - Quando corrigida pelo IGP-DI a receita de janeiro de 1997 passa a ser de 8,9 Bilhões. Ainda assim o valor arrecadado em 1998 é superior em 2,6 Bilhões, só no mês de janeiro. **5** - Quando consultado o SIVIRE (Conversão diária ao Dólar) o resultado é de crescimento de 2,5 Bilhões de Dólares). **6 - Portanto, continua sendo inaceitável em 1998 contingenciamento orçamentário e financeiro da Seguridade Social, particularmente do Setor Saúde.** Espera-se que para a Reunião de Abril possa ser feita uma análise mais completa da Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde, relativa a 97, Restos a Pagar de 97 em 98 e do 1º bimestre ou trimestre de 1998. Caso a CCONT-STN (Coordenadoria de Contabilidade da Secretaria do Tesouro Nacional) publique a Execução Orçamentária da União de 1997 e de janeiro e fevereiro de 1998, poderemos analisar a Saúde no contexto da Seguridade Social e esta no âmbito do Orçamento Geral da União-OGU. **III - SUGESTÕES AO PLENÁRIO - 1** - Que se constitua comissão de Conselheiros com a finalidade específica junto com a Coordenação Geral do Conselho de encontrar soluções negociadas com a Secretaria Executiva e junto ao Ministro, para as questões relativas do pleno funcionamento da Comissão de Acompanhamento Orçamentário (Homologação das Resoluções, cumprimento das mesmas e continuidade da Assessoria Técnica). **2** - Que a sistemática relativa a agilização das Homologações das Resoluções, sirva não só para as que já estão com atraso significativo (263, 264, 265 e outras) mas também para evitar que tais fatos voltem a ocorrer. A Comissão entende que o Conselheiro Representante do Ministério da Saúde, pode vir a facilitar em muito a concretização desta sistemática a ser estabelecida. (Prazo para Homologação, justificativa para não Homologação com PEDIDO de reconsideração ao Plenário, etc.). **3** - Que os representantes da Área técnica do Ministério (Planejamento e Orçamento) voltem a ser formalmente convidados para as Reuniões da Comissão que antecedem as Reuniões do Conselho (3ª feira as 14 horas). Em face do pronunciamento do **Prof. Elias Jorge, Dr. Grilo** retomou a palavra para elucidar os seguintes pontos: **a)** a alteração ocorrida em todo o fim de ano com os valores empenhados ocorria em razão da necessidade do encerramento do ano; **b)** o trabalho feito pelo **Dr. Gilson Carvalho** que foi aludido pelo **Prof. Elias** enfocava o orçamento aprovado e não o liberado; **c)** o **“restos a pagar”** inscrito não afetaria do ponto de vista de caixa do Tesouro, porque fora autorizado até o limite da arrecadação do exercício/97; **d)** a receita de 1998 não iria custear restos a pagar de 1997; **e)** a dinâmica, segundo legislação, é de se fazer o contingenciamento no orçamento para ser ou não liberado durante o ano, de acordo com a arrecadação efetiva do Tesouro; **f)** o MS, através de documento, já evidenciou as consequências que poderão advir desse processo; **g)** o mês de dezembro, em todos os Ministérios, era atípico em razão do processo de restos a pagar; **h)** estaria aguardando a homologação da Resolução 264 pelo Senhor Ministro para o cumprimento da mesma; **i)** o desempenho do Programa de Sangue e Hemoderivados de 1997 estava consignado à liberação da verba do Banco Mundial; **j)** a vigilância Sanitária que, em 1996 e 1997, tivera baixa execução, em janeiro e fevereiro/98 já havia executado, aproximadamente, 9 milhões e a FIOCRUZ, 14,4 milhões; **l)** o credenciamento para acesso ao

SIAF já fora providenciado. Continuando seu pronunciamento, sugeriu alteração nas datas das reuniões do Conselho para que a área de orçamento pudesse fechar as planilhas e apresentá-las ao plenário. Sugestão não acatada. Antes de o Coordenador da Mesa, Conselheiro **Newton**, proceder à votação das proposições, o Conselheiro **Omiton** solicitou que constasse em ata o fato de somente funcionário público acessar o SIAF, configurando-se, assim, ato discriminatório com os demais Conselheiros e propôs que o plenário se manifestasse a respeito da situação do **Prof. Elias** enquanto assessor técnico do CNS. A seguir, iniciou-se o processo de discussão das seguintes propostas: **1.** criação de uma Comissão de Conselheiros para gerenciar junto ao Senhor Ministro a aprovação das Resoluções e junto à Secretaria Executiva do CNS as condições necessárias para o funcionamento das assessorias técnicas; **2.** a participação dos representantes da área de planejamento e orçamento/MS nas reuniões da Comissão de Orçamento. Conselheiro **Gilson** manifestou-se favorável à formação da comissão para acompanhar as homologações das Resoluções do CNS. Conselheiro **Mozart** interveio para discorrer sobre: **a)** a necessidade de a Comissão que estuda a reestruturação do Conselho analisar as dificuldades de reconhecimento do poder deliberativo do CNS; **b)** o dever das áreas técnicas do MS de prestarem informações, principalmente, ao CNS; **c)** o que dizem os juristas a respeito dos órgãos colegiados (**1. integram a administração do Estado**; **2. têm a mesma força de um órgão singular**; **3. estão sujeitos aos princípios da legalidade, da moralidade e das decisões impessoais**); **d)** o direito do CNS, enquanto órgão colegiado, de acessar o SIAFI; **e)** a necessidade do MS, enquanto gestor nacional do sistema do MS, de atualizar a planilha de execução orçamentária de tal forma que represente o interesse do sistema e esteja compatibilizada com os centros de ação do SUS. Conselheiro **Piola**, também, foi favorável à formação da Comissão para acompanhamento das Resoluções do CNS, do mesmo modo que concordou com o posicionamento do Conselheiro **Mozart**. Conselheira **Rita** ratificou, também a necessidade da formação da Comissão. Foi aprovada, por unanimidade, pelo plenário a proposta de Comissão para acompanhar as Resoluções do CNS formada pelos Conselheiros **Gilson Cantarino, Zilda Arns e Rita Barata**, bem como a proposta de convidar a equipe de planejamento e orçamento do MS para participar das reuniões da Comissão de Orçamento. Conselheira **Zilda**, como seu nome fora sugerido e aprovado para compor a referida Comissão, mostrou-se receptiva a sugestões. **Dr. Grilo**, referindo-se à fala do Conselheiro **Mozart**, salientou a dificuldade que a equipe técnica de sua Subsecretaria encontrava em identificar situações de caráter deliberativo e admitiu que a planilha sobre a execução orçamentária não estava enfocada do ponto de vista do SUS, porém ressaltou que as questões de orçamento seriam limitadas e continham informações, na maioria das vezes, de natureza contábil. Na sequência de sua fala, disse: **a)** que concordava com o acesso dos Conselheiros ao SIAFI; **b)** que a assessoria técnica ficasse na estrutura formal do MS e não vinculada a convênios; **c)** que as informações solicitadas pelo CNS seriam sempre prestadas pelas áreas técnicas do MS, ressaltando a referência que fizera antes, porque se tratava de documento solicitado em Resolução não aprovada; **d)** que as informações, muitas vezes, não satisfaziam o CNS, porque ficavam no âmbito de contabilidade orçamentária. Conselheiro **Newton**, Coordenador da Mesa, passou a palavra para o **Prof. Elias Jorge**, que sugeriu fosse transformada em texto a fala do Conselheiro **Mozart** e em relação à planilha, foi de opinião que a mesma continuasse sem prejuízo de serem agregadas novas formas de controle. A propósito, convidou **Dr. Grilo** para participar das reuniões da Comissão de Orçamento. Aberto novamente espaço para intervenções, Conselheiro **Newton** fez duas perguntas ao **Dr. Grilo**, referentes à planilha. **“Haveria complementação de recursos no item denominado AIH/SIA/SUS, caso fosse necessário?”** e **“Por que o valor empenhado para o Programa DST-AIDS era tão pouco?”**. **Dr. Grilo** respondeu que o valor destinado a AIH/SIA/SUS era suficiente, vez que o PAB e PSF estariam desvinculados desse item. Na questão do DST-AIDS, lembrou de que já estava sendo providenciada a compra de medicação e já na próxima planilha, seria demonstrado esse aspecto. Conselheira **Marisa** solicitou esclarecimentos a respeito dos valores empenhados nos itens **“medicamentos”** e **“programa do leite”**. Com relação a esse ponto, Conselheiro **Omiton** fez comentários sobre o fato paradoxal de o MS não ter dinheiro para adquirir medicamentos e estar gastando seus poucos recursos em material luxuoso como o material do **“AIDS-Criança”**. Conselheiro **Mário**, endossando o comentário feito pelo Conselheiro **Omiton**, foi mais além. Sugeriu que fosse convidado para a próxima reunião o responsável pela Coordenação de DST/AIDS-MS para falar sobre: **a)** o Programa AIDS-2 financiado pelo Banco Mundial; **b)** o baixo desempenho de medicamentos; **c)** o kit AIDS-Criança; **d)** a falta de carga viral; **e)** a compra de 200 milhões de camisinhas. Conselheiro **Artur**, na condição de representante do CNS na Comissão Nacional de AIDS, informou que o material sobre AIDS-Criança não passara pela Comissão. **Dr. Grilo** concordou com a proposta de convidar o responsável pela Coordenação de DST/AIDS-MS para discorrer sobre as questões levantadas pelos Conselheiros e reportando-se a baixa execução orçamentária dos programas básicos do MS, esclareceu que esse fato ocorrera em função dos processos licitatórios. Finalizando, ressaltou que: **a)** estavam sendo feitos estudos para que a verba de 170 milhões do Programa do leite passasse a integrar o teto mensal dos municípios; **b)** o MS continuava pagando convênios firmados no ano que passou, daí outra razão para a baixa execução orçamentária. O Coordenador da Mesa,

1221 agradecendo a presença do **Dr. Grilo**, encerrou a discussão. **ITEM 11 - PROPOSTAS DE PAUTA PARA**
1222 **A 75ª R.O. E ENCERRAMENTO** - Afora a proposta da Conselheira **Albaneide** de ser discutido o
1223 Regimento Interno na próxima reunião, foram propostos os seguintes temas: Informes, incluindo relato da
1224 5ª Plenária dos Conselhos de Saúde, relato da organização do Encontro Nacional de Conselheiros de
1225 Saúde; Nova Estrutura Regimental do MS; Implementação da Agenda Básica do CNS; Implementação da
1226 NOB/96; Dia Mundial da Saúde; Projeto AIDS II. **ENCERRAMENTO** - A seguir, Conselheiro **Newton**,
1227 Coordenador da Mesa, agradeceu a presença de todos e deu por encerrada a presente reunião.
1228 Estiveram presentes os Conselheiros: **Albaneide Maria Lima Peixinho, Ana Maria Lima Barbosa,**
1229 **Antonio Sabino Santos, Amadeu Antonio Bonato, Artur Custódio M. de Sousa, Carlos Aparício**
1230 **Clemente, Carlos Eduardo Ferreira, Edenilza Campos de Assis e Mendes, Francisco Ubiratan**
1231 **Dellape, Gilson Cantarino O'Dwyer, Jocélio Henrique Drummond, Lucimar Rodrigues Coser**
1232 **Cannon, Margareth Martha Arilha Silva, Marisa Furia Silva, Mário César Scheffer, Mozart de Abreu**
1233 **e Lima, Neide Regina Cousin Barriguelli, Newton de Araújo Leite, Omilton Visconde, Rita de**
1234 **Cássia Barradas Barata, Solon Magalhães Viana, William Saad Hossne, Zélia Maria dos Santos,**
1235 **Zilda Arns Neumann.**