

**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 encorajadas 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

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

123 **vacinas** - a Conselheira relatou a reunião que tivera, no dia 2 de março, com a Coordenadora do PNI,
124 **Maria de Lourdes de Souza Maia** e sua equipe, que lhe informaram sobre a situação das vacinas no
125 Brasil, bem como sobre os problemas causados pela demora de quase dois meses no encaminhamento
126 da aquisição internacional de medicamentos através da OMS, que fôra causada por processo jurídico, e
127 não por falta de verbas por parte do Ministério da Saúde. Como os prazos entre a solicitação à OMS e a
128 chegada das vacinas levava, em média, seis meses, isso provocara uma falta de vacinas, que já havia
129 sido solucionada. Conselheira **Zilda Arns** colocou à disposição dos Conselheiros um quadro que indicava
130 a auto-suficiência do Brasil em vacinas contra diversas doenças. A propósito, destacou que, com relação
131 aos estoques, a situação era também muito positiva, citando, como exemplo, que havia um total de 6 mil
132 doses de vacinas contra hepatite B, e que, igualmente, constatara que existia a disponibilidade das
133 vacinas em todo o território nacional, ao contrário do que fôra alegado pelo Sindicato dos Médicos da
134 Paraíba. Contou ainda, que recebera da coordenadora do PNI um disquete com informações sobre a
135 situação das ações de vacinação por município, dentre as quais identificara que a vacinação de rotina era
136 a que apresentava índices mais baixos. Dessa forma, ela ficara de conversar com o representante do
137 CONASEMS a fim de que os gestores municipais fossem acionados, no sentido de serem identificadas as
138 razões. Relatou, também, que havia solicitado ao PNI a divulgação sistemática, via Internet, das
139 quantidades de vacinas encaminhadas aos estados, a fim de serem acessadas pelos gestores estaduais e
140 municipais bem como pelos respectivos conselhos de saúde. Encaminhou pedido ao **Dr. Nelson** para que
141 essa solicitação fosse reiterada ao PNI, através do CNS, e também que o Conselho providenciasse cópias
142 dos disquetes fornecidos pelo PNI para os conselheiros que se interessassem. Conselheiro **Mesquita**
143 solicitou, para o Conselho Federal de Medicina, cópias dos disquetes e do quadro sobre auto-suficiência
144 de vacinas, e perguntou à Conselheira **Zilda Arns** sobre o problema jurídico que ela mencionara. A
145 Conselheira esclareceu que, com o objetivo de reduzir o custo das vacinas, o Ministério da Saúde vinha
146 solicitando à OMS que realizasse sua compra no mercado internacional, a qual repassava os produtos ao
147 MS e recebia o pagamento através de um fundo específico. Esta solicitação deveria ser feita com uma
148 antecedência de seis meses, mesmo prazo utilizado nas licitações nacionais, tendo em vista a realização
149 de todo os procedimentos. No entanto, empresas nacionais haviam contestado a legalidade do Ministério
150 da Saúde de comprar vacinas através da OMS, de modo que o processo fôra interrompido por dois
151 meses, até que a matéria fosse julgada, com parecer favorável ao MS. **INFORME 5 - V Plenária de**
152 **Conselhos de Saúde e II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde** - Falando em
153 nome da comissão organizadora dos dois eventos, Conselheira **Zilda Arns** comunicou que a próxima
154 reunião ocorreria no final daquele mês, e que o tema do II Encontro de Conselheiros, a ser realizado de 2
155 a 4 de junho, no Centro de Convenções de Brasília, era **Efetivando o Controle Social**. Em seguida,
156 comentou sobre o programa do evento, explicando que haveria duas mesas-redondas e atividades de
157 grupo para debate de temas selecionados, que passou a ler e comentar, assim como os critérios de
158 participação, da composição e das atribuições da comissão organizadora. Falou sobre a reunião
159 preparatória para o referido encontro, que seria realizada no dia 25 de março, com a presença de um
160 representante por estado. Alertou quanto ao tempo exíguo para mobilização dos Conselheiros nos
161 estados e municípios e solicitou que a proposta de programação fosse comentada ainda naquela reunião.
162 Conselheiro **Artur** alertou sobre a coincidência de datas entre a reunião do CNS e o II Encontro de
163 Conselheiros, no entanto Conselheira **Zilda** esclareceu que o local escolhido fôra cedido pelo Governo do
164 DF e que só estaria disponível naquela data. Conselheiro **Artur** argumentou que se deveria então mudar a
165 data da reunião do CNS, uma vez que era de fundamental importância a presença dos conselheiros
166 nacionais no referido evento. Encaminhou proposta de adiamento da reunião do CNS para a segunda
167 semana de junho. Conselheira **Lucimar Cannon** propôs aumentar em mais um dia a reunião do CNS, a
168 fim de que os Conselheiros pudessem participar também do outro evento. Esta proposta foi considerada
169 mais viável do que a outra, tendo sido colocada em votação e aprovada. Desta forma, ficou deliberado
170 que a 77ª Reunião Ordinária do CNS seria realizada nos dias 1 e 2 de junho. **INFORME 6 - Encontro**
171 **das Secretarias-Executivas dos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde** - Dr. **Nelson**
172 **Rodrigues** anunciou a realização deste evento, agendado para os dias 14 e 15 de abril, que fôra
173 solicitado pelas próprias secretarias executivas, com vistas a uniformizarem seus métodos e objetivos no
174 apoio aos conselhos estaduais de saúde. **INFORME 7 - Congresso Brasileiro de Bioética e**
175 **Seminário de Integração dos CEPs** - Conselheiro **Omilton** anunciou a realização, nos dias 24 a
176 26 de março, do **II Congresso Brasileiro de Bioética**, cujo folheto constava das pastas dos
177 conselheiros. Em seguida, passou a palavra ao Conselheiro **William Saad**, que informou, também, sobre
178 a reunião da CONEP, no dia 23 de março, e sobre a realização do **I Seminário de Integração dos**
179 **Comitês de Pesquisa**, no dia 24 de março, véspera do Congresso de Bioética. Destacou que,
180 conforme previsto no plano de ação da CONEP, aprovado pelo CNS, a proposta do seminário era
181 promover maior integração entre a CONEP e estes Comitês, no sentido de discutir sobre os resultados
182 alcançados e as dificuldades na implementação da Resolução CNS nº 196/96. Acrescentou que este
183 primeiro evento, cujo programa tentativo também constava das pastas dos conselheiros, abrangia os

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

306 substâncias nocivas à saúde e a falta de tratamento especializado para pessoas/funcionários da FUNASA
307 intoxicados. Senhor **Gilberto** informou que a Mesa Nacional de Negociação bem como o Conselho
308 Nacional de Saúde teriam recebido essa denúncia, a cerca de um ano, época em que a Comissão
309 Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST/CNS fora designada para tomar providências. Colocou que
310 CIST analisara a questão e apresentara relatório ao CNS, sem ter tido resposta a respeito. Apresentou, a
311 seguir, uma Resolução da Mesa Nacional de Negociação, elaborada em sua 5^a reunião, realizada em
312 03/03/98, onde, após considerandos, resolve: "**solicitar ao Senhor Ministro da Saúde que se
313 pronuncie e que seja determinada medidas urgentes no sentido de ser criada
314 Comissão Multiprofissional, com representação desta Mesa, para apuração dos
315 fatos relatados, e tomada providências cabíveis**". Conselheiro **Newton**, coordenador da
316 reunião, passou a palavra ao Conselheiro **Gilson**, que, após comentários sobre a importância da questão,
317 observou que as Comissões do CNS formularam propostas de Resolução para o Plenário apreciar, não
318 podendo, portanto, a Mesa Nacional de Negociação fazer Resoluções. Propôs que fosse convocado o
319 Presidente da FUNASA para a próxima reunião do CNS, oportunidade em que seria debatido esse
320 assunto e, também, a questão da epidemia de Dengue no país. Conselheiro **Saad** informou que a **Dra.
321 Tania** já teria entregue à CONEP os documentos de denúncia. Conselheira **Edenilza** colocou à disposição
322 a equipe técnica do Ministério do Trabalho para ajudar reverter a situação. Conselheiro **Newton** passou a
323 palavra aos técnicos da FUNASA. **Sr. Paulo César**, Engenheiro Agrônomo da FUNASA, lotado no
324 Departamento de Operações - DEOPE, expôs que: **1.** o programa de eliminação da ONCOCERCOSE nas
325 Américas teria apoio da OMS e OPAS; **2.** a meta da OMS seria erradicar a ONCOCERCOSE até o ano
326 2007; **3.** a base de sustentação do programa seria o tratamento com a IVERMECTINA; **4.** a formulação do
327 produto para uso humano seria diferente ao do uso veterinário; **5.** o medicamento seria registrado no
328 Ministério da Saúde; **6.** o Medicamento já teria sido administrado para cerca de 15 milhões de pessoas em
329 todo o mundo, sem riscos; e **7.** que a utilização do medicamento não teria o caráter de pesquisa, sendo o
330 mesmo doado a todos os países que possuem a ONCOCERCOSE. Disse, ainda, aos denunciantes, que a
331 matéria deveria ter sido esclarecida junto à FUNASA, considerando um absurdo a mesma ter sido trazida
332 para a instância do CNS e ser dito que o medicamento seria de uso veterinário. Sugeriu a presença do
333 gerente do programa para maiores esclarecimentos. Conselheiro **Artur** comentou sobre o trâmite da
334 matéria no CNS e no Ministério da Saúde. Levantou, ainda, as questões trabalhistas que envolvem o
335 problema, sugerindo a formação de uma Comissão envolvendo representantes da Mesa Nacional de
336 Negociação, da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e do CNS. Após esclarecimentos sobre
337 os trâmites da matéria no CNS, **Dra. Tania** reafirmou aos técnicos da FUNASA que: teria procurado a
338 FUNASA por 4 (quatro) vezes; que no Ministério da Saúde inexiste registro da IVERMECTINA para uso
339 humano; que inexiste no país qualquer pesquisa relativa ao impacto deste princípio ativo no organismo
340 humano e que esta medicação com bula e caixa Norte Americana não teria autorização para ingresso,
341 comercialização ou uso em território nacional. Diante do impasse, o **Sr. Paulo César** sugeriu mais uma
342 vez o comparecimento do gerente do programa para maiores esclarecimentos. Conselheiro **Gilson**
343 criticou a forma de como a matéria veio ao CNS. No seu entendimento, o assunto, antes de ser submetido
344 ao plenário, deveria ser aprofundado. Conselheiro **Newton** agradeceu a todos e apresentou ao Plenário à
345 proposta da Comissão para proceder à análise da matéria e apuração dos fatos em Marabá e Conceição
346 do Araguaia, no Pará e em Roraima. A Comissão foi formada pelas Conselheiras **Albaneide** e **Edenilza**,
347 e pelo **Sr. Gilberto**, representante da Mesa Nacional de Negociação. **ASSUNTOS GERAIS** - No
348 período da tarde do dia cinco de março, pouco antes do encerramento da reunião do CNS, **Dr. Nelson**
349 **Rodrigues**, Coordenador Geral do CNS, solicitou a palavra para informar ao plenário que: **a)** as
350 Resoluções aprovadas na última reunião não haviam sido encaminhadas, ainda, para a homologação do
351 Senhor Ministro da Saúde; **b)** a Coordenação Geral do CNS era partidária da permanência do **Prof. Elias**
352 **Jorge** como Assessor Técnico, lembrando que a demora no pagamento de seus honorários decorria da
353 operacionalização do convênio com a OPAS, devendo o mesmo receber os atrasados nos próximos dias.
354 **ITEM 02 - DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DA ATA** - Item não apresentado em razão da ata não estar
355 concluída. **ITEM 03 - RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO DE REESTRUTURAÇÃO DO CNS** -
356 Conselheiro **Newton** informou que a proposta de reestruturação indicava, como sugestão, a composição
357 do CNS com 36 membros. Esclareceu que o setor saúde participaria com 18 vagas, sendo: governo 7
358 vagas: (MS, MPAS, MT, MEC, MPO, CONASS e CONASEMS); prestadores 2 vagas: (1 vaga para
359 hospitais universitários e filantrópicos e 1 vaga para o setor privado lucrativo); trabalhadores da saúde,
360 incluindo a comunidade científica, 9 vagas e os usuários 18 vagas: (CNBB, CUT, CONTAG, Força
361 Sindical, CNC, CNI, COBAP, CONAM, segmento de mulheres, entidades de defesa do consumidor e
362 movimento popular da saúde com 1 vaga cada e os portadores de patologias e deficiências com 6 vagas e
363 restaria 1 vaga para ser indicada a representação por este Conselho para completar o número de 36
364 membros. Conselheiro **Waldir Mesquita** ponderou que sua expectativa era de que a Comissão
365 apresentasse a recomposição do plenário, ressaltando como fundamental que se considerasse a
366 constituição de uma assessoria técnica permanente ao CNS, destacando a importância de uma

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

428 **Rita**, coordenando a reunião, colocou em votação as alternativas apresentadas. Foi APROVADA a 1^a
429 alternativa, sendo composta uma Comissão pelos Conselheiros: **Albaneide, Solon e Zilda** para
430 receberem as sugestões dos Conselheiros e fazer um consolidado a ser apresentado na 75^a Reunião
431 Ordinária do CNS. **Dr. Nelson** ressaltou a necessidade das sugestões serem enviadas à Comissão, até
432 31/03/98, e que, as experiências deste Colegiado estivessem inseridas nas propostas de alteração,
433 independente de outros documentos aprovados anteriormente, tendo em vista as articulações realizadas
434 junto ao MS, no sentido de submeter à apreciação da Presidência da República mudanças no Decreto
435 1.448 de 06/04/95. **ITEM 05 - HOMENAGEM AO DIA MUNDIAL DA MULHER** - Conselheira **Rita**
436 **Barada**, coordenadora da reunião no período, convidou os relatores para comporem a mesa. **Dra. Janine**
437 **Schirmer**, do Programa de Assistência à Saúde da Mulher/MS, colocou sentir-se honrada em estar
438 presente nessa reunião. Historiou quanto a origem e reformulação do PAISM destacando que o programa
439 constituiria a política pública de maior vanguarda, sempre com a visão de assistir a mulher no ciclo
440 gravídio puerperal ou no modelo materno infantil. Levantou questões que surgem da sociedade como um
441 desafio, citando: a violência sexual e doméstica, violência institucional, saúde mental, impacto do trabalho
442 sobre a saúde da mulher, além do processo de envelhecimento que a população feminina sofre, junto à
443 necessidade de trabalhar após os 65 anos de idade. Reportou-se a seguir, ao ciclo gravídio puerperal, que
444 envolve elevadas taxas de morbi-mortalidade materna. Citou que, relativo à assistência pré-natal, as
445 estatísticas apontam um aumento de 56% de consultas pré-natais no período de 94 a 95; de 24.4% de 95
446 a 96 e de 15% de 96 a 97, representando portanto, um aumento de 1 milhão de consultas/ano na rede
447 SUS. Esclareceu que do ponto de vista qualitativo a assistência deixaria a desejar, em razão de estarem
448 acontecendo em média, apenas 2 consultas pré-natais/mulher, durante o período da gravidez. Com
449 relação à assistência ao parto, frisou que nos últimos 4 (quatro) anos, 90% dos partos foram realizados na
450 rede hospitalar, dentre estes, 32% seriam cesarianas, com variações de 14 ate 100% em algumas
451 instituições, apontando aumento nos custos e nas taxas de mortalidade materna. Comentou sobre uma
452 pesquisa desenvolvida pelo Centro Latino Americano de Perinatologia - CLAP, resgatada pelo Programa
453 de Saúde da Mulher no ano passado, a qual identificou 103 maternidades que apresentaram mais de 50%
454 de taxa de cesárea e mais de 5.000 partos/ano explicando que a referida pesquisa objetiva levantar
455 estudos sobre as indicações de cesárea, para, posteriormente, trabalhar com uma proposta de
456 monitorização destes procedimentos. Informou ainda que: **1)** o MS estaria procedendo a reformulação
457 das Normas de Assistência ao Parto; **2)** teria sido incorporado às Normas de Assistência ao Pré-Natal, um
458 capítulo sobre a humanização no atendimento; **3)** fora realizada uma ação conjunta com o Conselho
459 Federal de Medicina - CFM, no sentido de efetivar a campanha "**o parto normal é parto natural**";
460 **4)** relativo à gravidez na adolescência, fenômeno de preocupação internacional, colocou que o Programa
461 de Assistência à Saúde do Adolescente - PROSAD, em conjunto com o PAISM, vem trabalhando no
462 sentido resolver a questão; e **5)** com relação a gravidez indesejada, considerando a existência de 10
463 milhões de mulheres expostas ao abortamento, de ser a 5^a causa de internação na rede do SUS e
464 responsável por 9% dos óbitos maternos no ciclo gravídico puerperal, acrescentou que o MS desenvolveu
465 **o Plano Nacional de Redução da Mortalidade Materna** em 1995, instalando-se nos 27 (vinte e sete)
466 Estados, os Comitês de Estudo de Óbito Materno, perfazendo um total de 143 Comitês Municipais
467 trabalhando na questão. Destacou o **Projeto de Maternidade Segura** como o projeto que melhor propõe
468 formas e critérios de atenção qualificada às mulheres em situação de gravidez, parto, puerpério e
469 planejamento familiar; ressaltando a elaboração de uma Portaria/MS, no sentido de fornecer além do selo
470 de qualidade, um quantitativo econômico, para cada hospital que desenvolva o Projeto Maternidade
471 Segura. Relativo ao Planejamento Familiar, **Dra. Janine**, considerou existir um alto padrão de métodos
472 anti-concepcionais, especialmente os relacionados com a Laqueadura Tubária X números de Cesáreas.
473 Neste sentido, informou quanto ao andamento da **Norma Técnica da Anti-Concepção Cirúrgica**, a qual
474 encontra-se em revisão final na consultoria, com proposta de ser discutida nos diversos segmentos, em
475 abril/98. Complementou que a norma objetiva oferecer aos estados uma legislação que torne passível de
476 pena o profissional que praticar laqueadura no ato do parto, do aborto ou até o 42º dia do puerpério.
477 Encerrou sua exposição enfatizando que a sociedade precisaria acreditar no PAISM como modelo viável,
478 a ser desenvolvido em cada município, sob a responsabilidade dos gestores locais. Conselheira **Zilda**
479 **Arns** manifestou-se satisfeita em estar expondo sobre o tema, teceu comentários sobre os trabalhos
480 desenvolvidos pela Pastoral da Criança junto às Mulheres do Brasil. Destacou os seguintes pontos: **1.**
481 População de mulheres voluntárias - comentou sobre a existência de 115 mil mulheres que desenvolvem
482 trabalho comunitário com as famílias vizinhas, abordando ações de saúde, nutrição, educação,
483 alfabetização, geração de renda e de comunicação social; **2.** a importância do trabalho educativo da igreja
484 junto às famílias; **3.** a valorização do ser humano; **4.** os objetivos da Pastoral da Criança; **5.** o Banco de
485 dados e seus aperfeiçoamento; **6.** os materiais educativos da Pastoral; **7.** o declínio da mortalidade infantil
486 nos Municípios trabalhados pela Pastoral da Criança; **8.** as prioridades de ações da Pastoral para 1998,
487 como sendo: gestantes adolescente, mulheres primíparas, mulheres sem companheiro e os homens sem
488 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 relatoras. 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 relatoras, 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**

550 **PARA CURSOS DE MEDICINA, ODONTOLOGIA E PSICOLOGIA - COMPOSIÇÃO DOS GRUPOS DE**
551 **TRABALHOS PARA PARECERES** - O Coordenador-Geral do CNS, **Dr. Nelson Rodrigues**, fez breve
552 exposição sobre a necessidade do Plenário indicar profissionais das áreas de Medicina, Odontologia e
553 Psicologia, com o objetivo de integrar a Comissão Interinstitucional de Avaliação, com membros do
554 MEC/MS-CNS. Apresentou, também, expediente da Coordenação-Geral de Desenvolvimento de
555 Recursos Humanos para o SUS, onde apresentou a título de sugestão, nomes de profissionais das áreas
556 de Psicologia e Odontologia. Fez referência, ainda, à Reunião de Trabalho realizada em setembro/97
557 entre o MEC e MS, como forma de implementação dos objetivos da Portaria Interministerial nº 880, de
558 30.07.97, que em 30.10.97 proferiu Relatório Final, sugerindo a instituição da Comissão Interinstitucional
559 de Avaliação. Os Conselheiros **William Saad**, **Zilda Arns** e **Albaneide Peixinho**, solicitaram mais um
560 prazo para indicação dos, profissionais para que as bases institucionais que procederam a respectiva
561 indicação, possam refletir a respeito. Não ocorrendo maiores discussões sobre o tema, a proposta foi
562 aprovada e incluída para discussão na 75ª Reunião Ordinária do CNS. **ITEM 08 - DOENÇAS RENAS**
563 **CRÔNICAS, HEMODIÁLISE E TRANSPLANTE RENAL - SPSA, SAS, SVS** - Conselheira **Zilda**,
564 coordenando a mesa, procedeu à abertura e apresentação do item em pauta. Convidou então, para tomar
565 assento à mesa, as seguintes representações: Usuários - Conselheira **Neide**; Secretaria de Assistência à
566 Saúde - SAS - **Dr. Roberto Magalhães** e **Dr. Eduardo Mota** e Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS -
567 **Dra. Marta Nóbrega**, ressalvando-se a ausência da SPS. Em seguida passou a palavra a Conselheira
568 **Neide** que pediu permissão ao Plenário para que, também, participassem da mesa outros representantes
569 dos Usuários, quais sejam: **Dr. Wanderly Mendes de Souza** e **Dr. Cezar Fernandes**. O Plenário
570 concordou e a Conselheira **Zilda** mencionou ser honrosa a participação dos mesmos em discussão tão
571 importante. Conselheira **Neide** teceu comentários sobre as atividades do **Dr. Wanderly**, ressaltando
572 estudo que fizera, junto com a equipe, sobre a planilha de custos apresentada pela Sociedade Brasileira
573 de Nefrologia - SBN, constando ser muito elevado o custo de uma diálise no país. Ressaltou, ainda, a
574 necessidade de uma discussão sobre a citada planilha, pois observava que a mesma estava
575 superfaturada. Referiu que, às custas de afirmações errôneas, queriam exigir do SUS, um pagamento
576 maior pelas diálices, para modernizarem os serviços e implantarem as determinações da portaria MS, nº
577 2.042/96. Comentou que o valor pago atualmente pelo SUS, não justificava a má qualidade do
578 atendimento e que, um verdadeiro especialista nem precisava da referida portaria, já deveria saber como
579 realizar as suas funções. Solicitou que o Plenário apontasse soluções para aquelas questões e outras que
580 seriam ali apresentadas, vez que não seria mais possível o renal crônico continuar com assistência tão
581 precária. A seguir, passou a palavra para o **Dr. Wanderly**, Presidente da Associação dos Deficientes
582 Renais Crônicos e Transplantados de Goiás, tendo este agradecido a oportunidade de poder apresentar,
583 os problemas enfrentados pelos renais crônicos. Mencionou existir no país cerca de 3.500 deficientes
584 renais crônicos em tratamento hemodialítico, requerendo, portanto, uma quantidade muito grande de
585 recursos, os quais poderiam ser evitados se houvesse, dentro de uma programação das três esferas de
586 governo providências quanto ao processo de transplante desses pacientes. Segundo sua estimativa, há
587 uma necessidade em torno de 10 mil transplantes/ano e, segundo levantamento anual da ABTO, foram
588 realizados, em 1997, apenas 1.700 transplantes para uma população de 35 mil pacientes. Nesse sentido,
589 passou a fazer considerações sobre os custos da hemodiálise, referindo-se que a Sociedade Brasileira de
590 Nefrologia - SBN, através de contrato com a Fundação do Instituto de Pesquisa Econômica da USP -
591 FIPE, havia apresentando planilha própria de custos, onde se observava custos elevados dos seus
592 serviços, não tendo sido especificada a metodologia utilizada, nem o resultado da pesquisa junto aos
593 centros de diálise. **Dr. Wanderly** destacou pontos omissos da citada planilha, assim como, informações
594 que não deveriam constar da mesma, conforme explicitado em documento distribuído previamente aos
595 Conselheiros, como apelo ao plenário do CNS, **pela melhoria da qualidade de vida do renal**
596 **crônico e pelo respeito às leis, à vida e à saúde**, exigindo providências imediatas. Solicitou
597 que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde uma revisão detalhada da planilha em questão, pois
598 entendia-se que o valor atual, pago pelo SUS, já cobria os custos do tratamento hemodialítico. Retomando
599 as palavras da Conselheira **Neide**, comentou que, em decorrência da chacina de Caruaru - PE, o governo
600 moveu-se para a fiscalização das demais unidades de hemodiálise. Ressaltou a necessidade de uma
601 fiscalização efetiva, não de forma a fechar centros de hemodiálise, mas, no sentido de orientar para um
602 trabalho digno e qualificado, onde os prestadores de serviço pudesse esquecer um pouco os aspectos
603 financeiros, com desejos de um lucro maior e tratassem os deficientes renais crônicos como seres
604 humanos que são. Acrescentou que a deficiência renal crônica não tinha Programa Nacional de
605 Assistência, nem pesquisas em favor da prevenção. Referiu à reutilização de capilares e de linhas,
606 fazendo considerações que constam do documento já citado. A seguir, a palavra foi concedida ao **Dr.**
607 **Cézar Fernandes**, Secretário da Federação das Associações de Renais e Transplantados - FARBRA, e
608 Relações Públicas da Associação dos Doentes Renais e Transplantados do Rio de Janeiro que
609 cumprimentando os presentes, manifestou ser aquele momento histórico pela oportunidade de participar
610 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, incluiam atos relativos aos transplantes, a atos ambulatoriais e medicamentos e imunossupressores. 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

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

916 agente financeiro, se conseguindo porém, na atual administração, a descentralização, para outros agentes
917 continuando, no entanto, a dificuldade de crédito para a aquisição de máquinas pois, na área da saúde, o
918 bem adquirido não funcionava como garantia. Informou que, nesse sentido, o departamento jurídico do
919 MS estava estudando um mecanismo de não colocar em risco o recurso público mas de viabilizar uma
920 ação de aquisição ou recuperação do parque de máquinas de hemodiálise, de tratamento de água e
921 máquina para automatização de re-uso. Em relação à questão do re-uso, disse que não entraria no
922 momento nessa discussão, porque daria um “**Seminário**”. Concordou com a colocação de que o
923 problema do renal crônico era deprimente, assim como qualquer outra patologia. Quanto ao custo da
924 diálise, observou que o número isolado de 1% (referente a um segmento), sobre o que se gastava de
925 saúde, parecia um número pequeno, mas, era um volume extremamente importante de recurso, quando
926 colocado em relação à assistência como um todo. Elogiou o depoimento do Conselheiro **Gilson** sobre a
927 ação de um gestor, trazendo-lhe a satisfação de estar no caminho certo da descentralização. Contrapôs
928 na fala do citado Conselheiro, a respeito do financiamento, lembrando que o mesmo tinha que ser
929 compartilhado ou seja, os estados e municípios teriam que ter participação nesse financiamento, sendo o
930 governo federal o maior financiador do sistema. Citou exemplo de Niterói. Solicitou em seguida, ao
931 Conselheiro **Ferreira**, para enviar à SAS o mesmo documento que mandaria ao CONASEMS, pois era
932 obrigação do Ministério, o acompanhamento da questão ali apresentada. Complementou que, como ação
933 específica nessa linha, o MS estava trabalhando numa proposta de Câmara de Compensação, que
934 viabilizaria, principalmente em alto custo e alta complexidade, a compensação dessas linhas. Disse estar
935 começando tal atividade, no nível estadual e interestadual, no Piauí, Tocantins, Pará e Maranhão. **Dr.**
936 **Roberto Magalhães** comentou ainda sobre a colocação chocante do **Dr. João Moreira** quanto ao número
937 de pacientes esperado para hemodiálise. Afirmou que, dependendo do acesso que a população tivesse ao
938 serviço de saúde, esse número poderia variar. Sobre a falta de transferência nas ações do MS, achou
939 pertinente mas, em discussões como aquela dos renais crônicos, o CNS deu margem para que o MS se
940 expusesse para receber críticas e dizer o que estava realizando. Retificou a respeito das parcerias,
941 dizendo que o MS tem trabalhado em parcerias, com as sociedades representativas de classe, com as
942 sociedades dos pacientes, com um nível grande de interlocutores. Concluiu fazendo repúdio ao editorial
943 do último boletim da SBN, por ter sido desrespeitoso com o MS. A seguir, a **Dra. Marta Nóbrega** teceu
944 alguns comentários, referindo que a SVS ao verificar nas instituições o cumprimento dos itens
945 considerados essenciais e de risco, observou que das cinco mil máquinas, apenas duas mil foram
946 mudadas, não sendo cumpridos os prazos dados, devido à “quebra” do financiamento. Disse que a
947 capacitação estava sendo solicitada no sistema, para que o Município pudesse criar o Núcleo de
948 Vigilância Sanitária dentro das ações básicas. Conselheira **Zilda** agradeceu a presença de todos,
949 lembrando a proposta do Conselheiro **Sabino** para se acompanhar os avanços dados na questão dos
950 renais crônicos. Conselheiro **Artur** sugeriu uma proposta de Resolução para o cumprimento da Portaria
951 2.042/96, entre outros itens. Conselheiro **Sabino** ressaltou que a sua proposta era de uma Oficina, ainda
952 no 1º semestre, com todos os setores envolvidos na questão dos renais, ficando o retorno das discussões
953 daquela mesa, para o 2º semestre. Conselheira **Neide** disse que, independente da Oficina, deveria haver
954 uma resolução. Todos concordaram e, momentos depois, a Resolução acerca dos renais crônicos foi
955 apresentada ao Plenário do CNS, pela Conselheira Neide, tendo sido aprovada por unanimidade,
956 correspondendo à Res. CNS nº 275/98. Foram designadas as Conselheiras **Neide**, **Edenilza** e **Lucimar**
957 para compor o grupo de Trabalho responsável pela proposta de Oficina, mencionada na resolução
958 supracitada. **ITEM 09 - ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE** - Este item foi
959 transferido para a 75ª Reunião Ordinária. **ITEM 10 - QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS** - **Dr. Sebastião**
960 **Grilo**, Subsecretário de Planejamento e Orçamento do MS, discorreu sobre as questões orçamentárias de
961 1998 e analisou a execução dos diversos programas durante os meses de janeiro e fevereiro. A propósito
962 dos programas, citou, como exemplo, o do Câncer Cervico-Uterino que aparecia na planilha com valor
963 empenhado de 975.754 milhões e já atingira até aquele momento 3.057 milhões. Reforçou, ainda, a
964 necessidade de: **a)** acabar com a administração convenial, privilegiando a descentralização, através do
965 repasse fundo-a-fundo; **b)** ter, na área de segurança social e na área de saúde, uma legislação que
966 permita, com segurança e controle, transferir recursos dos programas governamentais sem necessidade
967 de convênios. Dito isso, colocou-se à disposição para os esclarecimentos que o plenário entendesse
968 necessários. Professor **Elias Jorge** apresentou o relatório da Comissão de Orçamento. Presentes: **Elias**,
969 **Carlos Lisboa**, **Gilson**. Pauta: I - Preliminares - Condições de Funcionamento da Comissão; II -
970 Orçamento 97/98 - Ministério da Saúde; e III - Sugestões e Encaminhamentos ao Plenário. **I -**
PRELIMINARES - CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO - A Comissão entende que
972 deva ser debatido e deliberado pelo plenário sua posição em relação ao seguinte: **A) Não-Homologação**
973 **das Resoluções:** • 264 - dez/97 (que solicita esclarecimentos em relação à execução orçamentária de
974 1997, especialmente daqueles programas que, em 30 de novembro DE 1997, tinham mais de 40% de
975 saldo orçamentário e menos de 40% de execução financeira); esta resolução foi enfaticamente reiterada
976 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 Cervico 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,

1099 do Ministério da Fazenda, STN, CONED-DIADE encontrarmos nos comentários gerais: “**O Déficit da**
 1100 **Previdência vem sendo coberto com a utilização das contribuições para o financiamento da**
 1101 **Seguridade Social (basicamente COFINS e CSSL), em detrimento dos gastos com outros itens da**
 1102 **Seguridade Social, a saber, Saúde e Assistência Social**”. **E) Orçamento de 1998 - 1** - A LDO de 98
 1103 determina que o Orçamento de 98 deva ser, no mínimo, igual ao de 1997. O Orçamento de 97 foi de 20,4
 1104 Bi. O Conselho Nacional de Saúde, considerando que a CPMF arrecadou mais que o previsto, propôs um
 1105 Orçamento de 22,8 Bi. Entretanto o Governo encaminhou ao Congresso, 19,1 Bi e este aprovou, um
 1106 orçamento de 19,5. **2 - O Decreto 2451 de 05/01/98 bloqueou recursos do Ministério da Saúde.** Do total de
 1107 13,3 Bi (todas as despesas exceto pessoal e dívida). Reduziu-se 15% com uma perda de R\$ 1,9 Bi. **3 - O**
 1108 **Orçamento total do Ministério da Saúde ficou reduzido para R\$ 17,59 Bi.** Vale lembrar que em 1997
 1109 realizou-se ainda menos do que foi contingenciado (aprovado 20,4, contingenciado para 19,1 realizado
 1110 potencial 18,8 e pago em 97; 17,59 - Ironia?!). **Começando com o liberado de 17,59 a quanto chegará**
 1111 **em 98? 4 - O MS deverá determinar de que projetos e atividades vai cortar os recursos, mais uma vez**
 1112 **sem partilhar na CIT e nem no Conselho de Saúde. 5 - Um lembrete final... alguns itens foram**
 1113 **desmembrados e podem parecer recursos novos: PACS/PSF; PAB; Coordenação Materno-Infantil. CEME**
 1114 **e INAN foram extintos. Itens da CEME como aquisição de Medicamentos Gerais e de AIDS e do INAN**
 1115 **como Combate a Carências Nutricionais ficaram agregados ao Fundo Nacional de Saúde. F) Execução**
 1116 **Orçamentária de janeiro e fevereiro de 1998 - 1 - O Fluxo de Caixa do Ministério da Saúde até 27 de**
 1117 **fevereiro apresenta o montante de R\$ 2,8 Bi, sendo R\$ 26 Milhões o saldo inicial e R\$ 77 Milhões de**
 1118 **Restos a Pagar de 1997. 2 - O Montante de Restos a Pagar do Orçamento de 1997 é de R\$ 1,2 Bi cuja**
 1119 **execução deverá ocorrer até 30/06/98 sob pena de cancelamento, conforme declaração ao Plenário na**
 1120 **última Reunião Ordinária de fevereiro, do Subsecretário de Orçamento e Planejamento do Ministério da**
 1121 **Saúde. Estes recursos advirão do Fluxo Financeiro previsto no Decreto 2451 de 05/01/98 que não cobre**
 1122 **nem mesmo o orçamento liberado de 1998. 3 - A Receita Administrada pela Secretaria de Receita**
 1123 **Federal-SRF, foi de 11,5 Bilhões em janeiro de 1998, superando a de janeiro de 1997 em 3,1 Bilhões dos**
 1124 **quais 900 Milhões são da CPMF (Fonte 155 - 740 Milhões a mais) e do lucro líquido (Fonte 151 - 150**
 1125 **Milhões a mais que em janeiro de 1997). 4 - Quando corrigida pelo IGP-DI a receita de janeiro de 1997**
 1126 **passa a ser de 8,9 Bilhões. Ainda assim o valor arrecadado em 1998 é superior em 2,6 Bilhões, só no mês**
 1127 **de janeiro. 5 - Quando consultado o SIVIRE (Conversão diária ao Dólar) o resultado é de crescimento de**
 1128 **2,5 Bilhões de Dólares). 6 - Portanto, continua sendo inaceitável em 1998 contingenciamento**
 1129 **orçamentário e financeiro da Seguridade Social, particularmente do Setor Saúde.** Espera-se que
 1130 para a Reunião de Abril possa ser feita uma análise mais completa da Execução Orçamentária e
 1131 Financeira do Ministério da Saúde, relativa a 97, Restos a Pagar de 97 em 98 e do 1º bimestre ou trimestre
 1132 de 1998. Caso a CCONT-STN (Coordenadoria de Contabilidade da Secretaria do Tesouro Nacional)
 1133 publique a Execução Orçamentária da União de 1997 e de janeiro e fevereiro de 1998, poderemos
 1134 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
 1136 específica junto com a Coordenação Geral do Conselho de encontrar soluções negociadas com a
 1137 Secretaria Executiva e junto ao Ministro, para as questões relativas do pleno funcionamento da Comissão
 1138 de Acompanhamento Orçamentário (Homologação das Resoluções, cumprimento das mesmas e
 1139 continuidade da Assessoria Técnica). **2 -** Que a sistemática relativa a agilização das Homologações das
 1140 Resoluções, sirva não só para as que já estão com atraso significativo (263, 264, 265 e outras) mas
 1141 também para evitar que tais fatos voltem a ocorrer. A Comissão entende que o Conselheiro
 1142 Representante do Ministério da Saúde, pode vir a facilitar em muito a concretização desta sistemática a
 1143 ser estabelecida. (Prazo para Homologação, justificativa para não Homologação com PEDIDO de
 1144 reconsideração ao Plenário, etc.). **3 -** Que os representantes da Área técnica do Ministério (Planejamento
 1145 e Orçamento) voltem a ser formalmente convidados para as Reuniões da Comissão que antecedem as
 1146 Reuniões do Conselho (3ª feira às 14 horas). Em face do pronunciamento do **Prof. Elias Jorge, Dr. Grilo**
 1147 retomou a palavra para elucidar os seguintes pontos: **a)** a alteração ocorrida em todo o fim de ano com os
 1148 valores empenhados ocorria em razão da necessidade do encerramento do ano; **b)** o trabalho feito pelo
 1149 **Dr. Gilson Carvalho** que foi aludido pelo **Prof. Elias** enfocava o orçamento aprovado e não o liberado; **c)**
 1150 o “**restos a pagar**” inscrito não afetaria do ponto de vista de caixa do Tesouro, porque fora autorizado
 1151 até o limite da arrecadação do exercício/97; **d)** a receita de 1998 não iria custear restos a pagar de 1997;
 1152 **e)** a dinâmica, segundo legislação, é de se fazer o contingenciamento no orçamento para ser ou não
 1153 liberado durante o ano, de acordo com a arrecadação efetiva do Tesouro; **f)** o MS, através de documento,
 1154 já evidenciou as consequências que poderão advir desse processo; **g)** o mês de dezembro, em todos os
 1155 Ministérios, era atípico em razão do processo de restos a pagar; **h)** estaria aguardando a homologação da
 1156 Resolução 264 pelo Senhor Ministro para o cumprimento da mesma; **i)** o desempenho do Programa de
 1157 Sangue e Hemoderivados de 1997 estava consignado à liberação da verba do Banco Mundial; **j)** a
 1158 vigilância Sanitária que, em 1996 e 1997, tivera baixa execução, em janeiro e fevereiro/98 já havia
 1159 executado, aproximadamente, 9 milhões e a FIOCRUZ, 14,4 milhões; **l)** o credenciamento para acesso ao

1160 SIAF já fora providenciado. Continuando seu pronunciamento, sugeriu alteração nas datas das reuniões
 1161 do Conselho para que a área de orçamento pudesse fechar as planilhas e apresentá-las ao plenário.
 1162 Sugestão não acatada. Antes de o Coordenador da Mesa, Conselheiro **Newton**, proceder à votação das
 1163 proposições, o Conselheiro **Omilton** solicitou que constasse em ata o fato de somente funcionário público
 1164 acessar o SIAF, configurando-se, assim, ato discriminatório com os demais Conselheiros e propôs que o
 1165 plenário se manifestasse a respeito da situação do **Prof. Elias** enquanto assessor técnico do CNS. A
 1166 seguir, iniciou-se o processo de discussão das seguintes propostas: **1.** criação de uma Comissão de
 1167 Conselheiros para gestionar junto ao Senhor Ministro a aprovação das Resoluções e junto à Secretaria
 1168 Executiva do CNS as condições necessárias para o funcionamento das assessorias técnicas; **2.** a
 1169 participação dos representantes da área de planejamento e orçamento/MS nas reuniões da Comissão de
 1170 Orçamento. Conselheiro **Gilson** manifestou-se favorável à formação da comissão para acompanhar as
 1171 homologações das Resoluções do CNS. Conselheiro **Mozart** interveio para discorrer sobre: **a)** a
 1172 necessidade de a Comissão que estuda a reestruturação do Conselho analisar as dificuldades de
 1173 reconhecimento do poder deliberativo do CNS; **b)** o dever das áreas técnicas do MS de prestarem
 1174 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
 1175 princípios da legalidade, da moralidade e das decisões impessoais); **d)** o direito do CNS, enquanto órgão
 1176 colegiado, de acessar o SIAFI; **e)** a necessidade do MS, enquanto gestor nacional do sistema do MS, de
 1177 atualizar a planilha de execução orçamentária de tal forma que represente o interesse do sistema e esteja
 1178 compatibilizada com os centros de ação do SUS. Conselheiro **Piola**, também, foi favorável à formação da
 1179 Comissão para acompanhamento das Resoluções do CNS, do mesmo modo que concordou com o
 1180 posicionamento do Conselheiro **Mozart**. Conselheira **Rita** ratificou, também a necessidade da formação
 1181 da Comissão. Foi aprovada, por unanimidade, pelo plenário a proposta de Comissão para acompanhar as
 1182 Resoluções do CNS formada pelos Conselheiros **Gilson Cantarino**, **Zilda Arns** e **Rita Barata**, bem como
 1183 a proposta de convidar a equipe de planejamento e orçamento do MS para participar das reuniões da
 1184 Comissão de Orçamento. Conselheira **Zilda**, como seu nome fora sugerido e aprovado para compor a
 1185 referida Comissão, mostrou-se receptiva a sugestões. **Dr. Grilo**, referindo-se à fala do Conselheiro
 1186 **Mozart**, salientou a dificuldade que a equipe técnica de sua Subsecretaria encontrava em identificar
 1187 situações de caráter deliberativo e admitiu que a planilha sobre a execução orçamentária não estava
 1188 enfocada do ponto de vista do SUS, porém ressaltou que as questões de orçamento seriam limitadas e
 1189 continham informações, na maioria das vezes, de natureza contábil. Na sequência de sua fala, disse: **a)**
 1190 que concordava com o acesso dos Conselheiros ao SIAFI; **b)** que a assessoria técnica ficasse na
 1191 estrutura formal do MS e não vinculada a convênios; **c)** que as informações solicitadas pelo CNS seriam
 1192 sempre prestadas pelas áreas técnicas do MS, ressalvando a referência que fizera antes, porque se
 1193 tratava de documento solicitado em Resolução não aprovada; **d)** que as informações, muitas vezes, não
 1194 satisfaziam o CNS, porque ficavam no âmbito de contabilidade orçamentária. Conselheiro **Newton**,
 1195 Coordenador da Mesa, passou a palavra para o **Prof. Elias Jorge**, que sugeriu fosse transformada em
 1196 texto a fala do Conselheiro **Mozart** e em relação à planilha, foi de opinião que a mesma continuasse sem
 1197 prejuízo de serem agregadas novas formas de controle. A propósito, convidou **Dr. Grilo** para participar
 1198 das reuniões da Comissão de Orçamento. Aberto novamente espaço para intervenções, Conselheiro
 1199 **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
 1200 valor destinado a AIH/SIA/SUS era suficiente, vez que o PAB e PSF estariam desvinculados desse item.
 1201 Na questão do DST-AIDS, lembrou de que já estava sendo providenciada a compra de medicação e já na
 1202 próxima planilha, seria demonstrado esse aspecto. Conselheira **Marisa** solicitou esclarecimentos a
 1203 respeito dos valores empenhados nos itens **"medicamentos"** e **"programa do leite"**. Com relação
 1204 a esse ponto, Conselheiro **Omilton** fez comentários sobre o fato paradoxal de o MS não ter dinheiro para
 1205 adquirir medicamentos e estar gastando seus parcos recursos em material luxuoso como o material do
 1206 **"AIDS-Criança"**. Conselheiro **Mário**, endossando o comentário feito pelo Conselheiro **Omilton**, foi mais
 1207 além. Sugeriu que fosse convidado para a próxima reunião o responsável pela Coordenação de
 1208 DST/AIDS-MS para falar sobre: **a)** o Programa AIDS-2 financiado pelo Banco Mundial; **b)** o baixo
 1209 desempenho de medicamentos; **c)** o kit AIDS-Criança; **d)** a falta de carga viral; **e)** a compra de 200
 1210 milhões de camisinhas. Conselheiro **Artur**, na condição de representante do CNS na Comissão Nacional
 1211 de AIDS, informou que o material sobre AIDS-Criança não passara pela Comissão. Dr. Grilo concordou
 1212 com a proposta de convidar o responsável pela Coordenação de DST/AIDS-MS para discorrer sobre as
 1213 questões levantadas pelos Conselheiros e reportando-se a baixa execução orçamentária dos programas
 1214 básicos do MS, esclareceu que esse fato ocorreria em função dos processos licitatórios. Finalizando,
 1215 ressaltou que: **a)** estavam sendo feitos estudos para que a verba de 170 milhões do Programa do leite
 1216 passasse a integrar o teto mensal dos municípios; **b)** o MS continuava pagando convênios firmados no
 1217 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 75^a 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 5^a 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, Ednilza 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.**