

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

Aos dias primeiro e dois de abril de mil novecentos e noventa e oito, foi realizada, na Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde, a Septuagésima Quinta Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. **ABERTURA E ESCOLHA DA COORDENAÇÃO - Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**, Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde, procedeu a abertura da reunião cumprimentando à todos e passando a palavra à Conselheira **Margareth Arilha** para coordenar a reunião no período. **ITEM 01 - INFORMES** – O Coordenador-Geral do CNS, **Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**, após verificar o quorum mínimo, deu início à reunião e, em seguida, passou a palavra à Conselheira **Margareth Arilha**, que coordenou os trabalhos do período da manhã do dia. A Conselheira **Margareth** cumprimentou os presentes e convidou para compor a mesa coordenadora dos trabalhos, **Otávio Mercadante**, Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde. Antes de abrir a palavra para os informes, **Margareth** anunciou que, além dos oito itens previstos, seriam apresentados mais dois informes, e que como os materiais relativos aos itens 1 e 2 ainda estavam sendo reproduzidos, a apresentação dos informes começaria pelo item 3. Em seguida, **Margareth** passou a palavra a **Nelson Rodrigues**, relator dos itens 3 a 8, que manifestou sua honra, satisfação e confiança em ter, presentes no plenário, a nova equipe gestora da direção única do SUS em nível nacional e o Chefe de Gabinete, **Otávio Mercadante**, o qual até alguns dias antes exercia a coordenação da Secretaria-Executiva do Conselho Estadual de Saúde de São Paulo.

**INFORME 3 - REGIMENTO INTERNO DO CNS: ENCAMINHAMENTO DA DISCUSSÃO E APROVAÇÃO - DR. Nelson** comunicou que haviam sido encaminhadas à Secretaria-Executiva do CNS cerca de quatro sugestões de Conselheiros para aprimoramento da versão elaborada pela Comissão de Acompanhamento e pela Secretaria-Executiva, que fôr distribuída cerca de 60 dias antes. Os três conselheiros indicados para a comissão relatoria - **Zilda Arns, Solon Magalhães e Albaneide Peixinho** - estavam consolidando estas contribuições e na semana seguinte deveria ser agendada uma reunião para elaboração da versão a ser apresentada ao plenária na Reunião Ordinária de maio. A Conselheira **Zilda** pediu a palavra a informou que convidara o Conselheiro **Carlyle Macedo** para assessorar a comissão e solicitou a todos que desejasse contribuir com sugestões que o fizessem logo, uma vez que na terça-feira da semana seguinte a comissão relatoria estaria se reunindo. Conselheira **Zilda** propôs também que a reunião fosse realizada em Curitiba, na sede da Coordenação Nacional da Pastoral da Criança.

**INFORME 4 - ATUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO DOS CONSELHEIROS COORDENADORES DAS REUNIÕES PLENÁRIAS DO CNS - Dr. Nelson Rodrigues** anunciou que a lista com os Conselheiros candidatos a coordenadores das reuniões ordinárias encontrava-se nas pastas e destacou a necessidade de atualização dos doze nomes constantes da relação, uma vez que dois deles já não mais fazem parte do CNS. Ele informou que, anexo à lista com os 12 nomes, havia um papel específico para a indicação de novos nomes e a respectiva sugestão de escala.

**INFORME 5 - AÇÕES DA ASCOM/CNS - Dr. Nelson Rodrigues** relatou que a Assessoria de Comunicação Social havia elaborado um projeto referente ao Jornal do CNS, com descrição das características do impresso, a linha editorial proposta bem como o papel da Comissão de Acompanhamento e do Conselho na constituição desta linha editorial, e também o projeto editorial, incluindo uma sugestão de assuntos para serem abordados nas 12 páginas do Jornal. **Dr. Nelson** lembrou que críticas, opiniões e sugestões deveriam ser encaminhadas à Secretaria-Executiva do CNS, uma vez que o projeto se encontrava em andamento.

**INFORME 6 - REUNIÃO DAS SE DO CNS E DOS CES - Dr. Nelson Rodrigues** confirmou que a I Reunião Técnica das Secretarias-Executivas dos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde seria realizada nos dias 14 e 15 de abril, no auditório do Ministério da Saúde, e que estava prevista a presença de técnicos de todos os estados, além da equipe da SE do CNS. Reafirmou que o objetivo do evento era promover o intercâmbio de experiências e identificar os avanços alcançados pelas Secretarias-Executivas na tarefa de apoiar os conselhos estaduais de saúde. A expectativa era de, a partir deste intercâmbio, traçar referenciais no sentido de promover, de forma mais harmoniosa, o aprimoramento do conjunto das SE e de seu trabalho de apoio aos conselhos de saúde. Nélson destacou a atuação da Assessoria de Comunicação do CNS na organização geral do evento e na elaboração do material de apoio às discussões.

**INFORME 7 - ATIVIDADES DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS, DO GRUPO DE TRABALHO DE ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE E DA MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO DO SUS - Dr. Nelson Rodrigues** revelou que a série de materiais sobre o tema Recursos Humanos, os quais se encontravam nas pastas dos conselheiros, diziam respeito às atividades da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, que naquele momento estava realizando sua terceira reunião de trabalho, durante a qual seria elaborado o respectivo plano de trabalho para apresentação ao plenário do CNS na próxima Reunião Ordinária. Nélson acrescentou que os materiais referiam-se também às atividades do Grupo de Trabalho

62 de Acompanhamento do Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional em Saúde e da  
63 Mesa Nacional de Negociação do SUS, lembrando aos conselheiros que opiniões, sugestões e críticas  
64 aos referidos materiais deveriam ser encaminhadas à Secretaria-Executiva do CNS até a Reunião  
65 seguinte. INFORME 8 - **LEVANTAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO FUNCIONAMENTO DOS**  
66 **CONSELHOS DE SAÚDE** – Dr. Nelson comentou sobre a versão preliminar do questionário referente  
67 ao funcionamento dos conselhos de saúde, preparada pela Assessoria de Comunicação do CNS, que  
68 seria implementada na reunião técnica das Secretarias-Executivas dos Conselhos Nacional e Estaduais  
69 de Saúde. Novamente recomendou que observações e sugestões fossem encaminhadas à Secretaria-  
70 Executiva do CNS. INFORME 9 - **DESCENTRALIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE** –  
71 Dr. Nelson comunicou que, apesar da deliberação da reunião anterior, este item não tinha sido incluído  
72 na pauta daquela reunião, devido ao momento de transição de gestão e à instabilidade da atual direção  
73 da FUNASA em trazer ao plenário do CNS uma proposta de descentralização elaborada na gestão  
74 anterior, e sem o aval da atual gestão. Por recomendação do presidente da FUNASA, haviam sido  
75 agendadas duas apresentações para o dia seguinte: uma referente ao VIGISUS, coordenado pelo  
76 Centro Nacional de Epidemiologia-CENEPI, e outra referente ao estado atual do controle do Aedes. No  
77 entanto, a Secretaria-Executiva do CNS fôr informada naquela manhã que esta segunda apresentação  
78 não seria possível devido à viagem, em caráter de emergência, do Coordenador do Controle do Aedes,  
79 Dr. Paulo Selera, que estava acompanhando o Ministro José Serra, numa visita ao Rio de Janeiro e a  
80 Minas Gerais, em função do avanço do Aedes. Desta forma, o Ministro também estaria impossibilitado  
81 de comparecer, conforme havia prometido, àquela reunião do CNS, devendo ser substituído por  
82 dirigentes do primeiro escalão do MS, dentre os quais estava Chefe de Gabinete, Otávio Mercadante,  
83 que se encontrava no plenário naquele momento. Dr. Nelson concluiu, informando que a apresentação  
84 de Paulo Selera estava transferida para a próxima reunião e que a apresentação da proposta de  
85 descentralização da FUNASA seria pautada na reunião ordinária seguinte a menos que houvesse novo  
86 impedimento ou se caso fosse deliberado o agendamento de uma reunião extraordinária do CNS. A  
87 Conselheira Albaneide Peixinho pediu a palavra e perguntou sobre a possibilidade de informar ao  
88 plenário, naquele momento, a respeito dos procedimentos realizados pela comissão formada por ela,  
89 pela Conselheira Ednilza Mendes e pelo Senhor Gilberto Gomes, membro da Mesa Nacional de  
90 Negociação, no sentido de averiguar as denúncias sobre a FUNASA no estado de Roraima e nos  
91 municípios de Marabá e Conceição do Araguaia, que haviam sido trazidas ao CNS na reunião anterior  
92 pela FETRAMS e pela FENASPS. A Conselheira Margareth, na qualidade de coordenadora dos  
93 trabalhos, solicitou que Conselheira Albaneide apresentasse o informe no dia seguinte, no período da  
94 tarde, quando haveria um espaço de tempo maior e o assunto poderia ser acoplado à discussão sobre a  
95 FUNASA. INFORME 1 - **RELATO DA REALIZAÇÃO DA 5ª PLENÁRIA DOS CONSELHOS DE**  
96 **SAÚDE** - A Conselheira Zilda apresentou o relatório da V Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde,  
97 realizada nos dias 25 e 26 de março, no auditório do Ministério da Saúde, e destacou os resultados  
98 alcançados com a reunião preparatória para o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde e o  
99 debate sobre a PEC-169, que contou com a presença dos deputados federais Eduardo Jorge e  
100 Darcísio Perondi. Conselheira Zilda relatou que os dois parlamentares fizeram uma análise das  
101 dificuldades que o Ministro Serra irá enfrentar em relação ao orçamento para a saúde e que os  
102 participantes da Plenária aprovaram propostas de mobilização, que estavam anexas ao respectivo  
103 relatório. INFORME 2 - **RELATO DA ORGANIZAÇÃO DO ENCONTRO NACIONAL DE**  
104 **CONSELHEIROS DE SAÚDE** - A Conselheira Zilda relatou que durante a reunião preparatória do II  
105 Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, a comissão organizadora, formada por ela e pelos  
106 Conselheiros Ana Maria Barbosa, Gilson Cantarino, Lucimar Coser e Jocélio Drummond, e pelos  
107 conselheiros estaduais representantes das regiões brasileiras, apresentara a proposta de organização e  
108 infra-estrutura bem como o texto do regulamento do evento, que foram aprovados. Conselheira Zilda  
109 contou que haviam sido igualmente aprovados os objetivos do temário e a produção de textos básicos  
110 para discussão nos grupos de trabalho. Em seguida, a Conselheira procedeu a leitura da relação dos  
111 nove temas e dos respectivos especialistas indicados para redigir estes textos e falou sobre os objetivos  
112 do Encontro, realizando da mesma forma uma breve leitura do regulamento, durante a qual destacou  
113 alguns pontos como o prazo final para as inscrições, marcado para 20 de maio, e agradeceu ao  
114 coordenador-geral do CNS por ter designado a técnica Gleisse para assessorar a comissão  
115 organizadora do evento. A Conselheira Zilda finalizou seu informe com uma rápida leitura do regimento  
116 do II Encontro, elaborado pelos membros do CNS que integram a comissão organizadora do evento.  
117 INFORME 10 - **ATIVIDADES DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA-CONEP** - O  
118 Conselheiro William Saad pediu a palavra para fazer um breve informe sobre as atividades da  
119 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, colocando-se à disposição dos presentes para  
120 esclarecimentos adicionais. Como primeiro ponto, Conselheiro Saad relatou que a CONEP continuava  
121 com seu trabalho de análise de processos, numa média de 20 por mês, e que todos os processos  
122 estavam sendo analisados dentro do prazo estipulado pela Resolução 196/96, exceto nos pouquíssimos

casos em que os processos chegavam incompletos à Comissão. O segundo ponto abordado pelo coordenador da CONEP foi com relação às seis áreas temáticas definidas pelo próprio CNS, as quais ainda necessitavam de normatização. Conselheiro **Saad** contou que já haviam sido formados subgrupos dentro da própria CONEP, para dar andamento à elaboração de minutas de resoluções para apreciação do plenário do CNS. No terceiro ponto de sua fala, Conselheiro **Saad** revelou a existência de quase 200 Comitês de Ética em Pesquisa já constituídos em todo o país, em decorrência da Resolução 196/96. Como estes Comitês eram formados, em média, por 12 a 15 membros, Saade destacou que já existia um total expressivo de pessoas participando da análise de projetos e falando de ética da pesquisa. Por último, o coordenador da CONEP comentou sobre os Encontros Regionais dos CEPs institucionais, que estavam sendo organizados pela Comissão, destacando que o primeiro encontro, fôra realizado no dia 24 de março e mobilizara a participação de 15 CEPs dos estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Distrito Federal, num total de 80 pessoas. Saade chamou atenção para a importância dos Seminários, devido à oportunidade para troca de experiências e de idéias entre os participantes. A Conselheira **Margareth** sugeriu que fosse incluída, num outro momento, ao longo das reuniões do CNS, um informe sobre o conteúdo dos pontos éticos que se mostravam mais relevantes no contexto dos comitês já estruturados e dos Encontros Regionais. Saade prontificou-se a elaborar o informe sugerido e fez menção ao apoio das técnicas do CNS, **Corina** e **Geisha**, e de todos os funiconários do CNS no desenvolvimento do trabalho da CONEP. INFORME 11 - **ENCONTRO BI-ANUAL DA REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE** - A Conselheira **Margareth** informou que em maio, seria realizado o Encontro Bi-anual da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, que contaria com a presença de cerca de 100 mulheres, representantes de todas as regionais do Brasil. Acrescentou que o tema básico indicado para nortear o trabalho da Rede no período era a discussão acerca da situação da assistência à saúde no Brasil, e que neste contexto, um dos temas em pauta seia o controle social. Conselheira **Margareth** contou que o Conselheiro **Gilson Cantarino** e a ex-conselheira **Cecília Minayo**, entre outros, haviam sido convidados para participar do evento. INFORME 12 - **PLANOS DE SAÚDE** - O Conselheiro **Mário Scheffer** informou sobre a realização das duas últimas audiências públicas antes da votação, pelo Senado, do projeto para regulamentação dos planos privados de saúde. As audiências haviam sido marcadas em cima da hora e por isso, não haviam sido incluídas na pauta daquela reunião: uma ocorreu no dia anterior e a outra seria realizada às 17 h daquele dia, ocasião em que deveria ser apresentado o posicionamento do CNS. Conselheiro **Mário** contou que mobilizara todo o segmento dos portadores de patologias e deficiências e solicitou um momento durante aquela reunião para que o plenário se manifestasse e deliberasse quanto à regulamentação dos planos privados de saúde, uma vez que a última deliberação do CNS ocorreu em fevereiro, quando havia sido solicitado ao Senado que ouvisse todos os representantes da sociedade envolvidos na discussão. Como o Senado havia atendido à solicitação do CNS mas nenhum avanço fôra registrado no sentido de que a posição do Conselho fosse contemplada, Conselheiro **Mário** consultou a mesa quanto à possibilidade do plenário deliberar sobre a questão, naquele instante ou no período da tarde, tendo em vista que a audiência no Senado estava marcada para as 17 h. A Conselheira **Margareth** sugeriu que durante o intervalo para almoço, Conselheiro **Mário** se reunisse com a Secretaria-Executiva do CNS e com o coordenador da reunião no período da tarde a fim de se avaliar a possibilidade de alteração da pauta. O Conselheiro **Artur** pediu a palavra e argumentou que já havia ocorrido situações em que o plenário deliberara sobre assuntos trazidos como informes e que, naquele caso, como nenhuma das questões do Conselho haviam sido atendidas, era preciso deliberar se a posição política seria de rejeitar ou não o projeto de lei em tramitação. Conselheira **Margareth** colocou em votação se o plenário deveria deliberar naquele momento e, diante da resposta afirmativa, encaminhou para votação a proposta do Conselheiro **Mário**, que defendeu a reafirmação, através de moção ao Senado, da posição já assumida pelo CNS e a consequente rejeição ao projeto em tramitação. Scheffer considerou que seriam melhor continuar sem regulamentação até que se tivesse uma lei que contemplasse os princípios da universalidade no atendimento à saúde. A Conselheira **Margareth** consultou o plenário para saber se a matéria já havia sido suficientemente debatida antes de ser colocada em votação. A resposta foi novamente afirmativa e a proposta do Conselheiro **Mário** foi colocada em votação e aprovada, registrando-se apenas uma abstenção, por parte da conselheira representante do Ministério da Saúde. Conselheiro **Mário** ficou de elaborar o texto da moção para apresentação ao plenário no início da tarde. INFORME 13 - **ÓCULOS DESCARTÁVEIS PARA PORTADORES DE PRESBIOPIA** - O Conselheiro **Omilton Visconde** contou que recebera uma denúncia de uma pessoa jurídica com relação à dispensa de prescrição para uso de óculos descartáveis por portadores de presbiopia, objeto da Resolução 156 do CNS, assinada pelo Ministro Interino, **Dr. Seixas**. Conselheiro **Omilton** comentou que, na ocasião, a Federação de Oftalmologistas fizera um questionamento profundo e, a Resolução, mesmo aprovada, não pôde ser implementada devido à pressão da entidade médica, a qual propôs, algum tempo depois, que se regulamentasse tal procedimento através de portaria da Vigilância Sanitária. No entanto, este assunto continuava sem solução, pois o produto não estava disponível no mercado. O fato novo era que o

184 Conselho Brasileiro de Oftalmologia desejava substituir a Resolução do CNS através de uma ação  
185 contra a Vigilância Sanitária. Para que os demais conselheiros pudessem compreender melhor a  
186 situação, Conselheiro **Omilton** pediu à Conselheira **Zilda**, que se encontrava no CNS à época da  
187 votação da referida Resolução, que o subsidiasse com outras informações de modo que o assunto  
188 trazido à discussão no contexto do CNS. Conselheira **Zilda** comentou que havia assistido todo o debate  
189 sobre o assunto e que, como o CNS já deliberara sobre o tema por duas vezes, o caso deveria ser  
190 encaminhado para a Vigilância Sanitária. A Conselheira criticou o corporativismo da Sociedade de  
191 Oftalmologia, que para ela estava prejudicando a população, especialmente a carente, que não dispunha  
192 de recursos para comprar óculos mas necessitava deles para trabalhar. Conselheiro **Omilton** sugeriu  
193 que o CNS ouvisse todos os atores envolvidos, incluindo, se possível, as autoridades jurídicas citadas  
194 no relatório que ele preparara para entregar à Secretaria-Executiva do CNS, considerando que não se  
195 tratava de discutir o assunto em si, mas fazer com que a deliberação do CNS e a Portaria da Vigilância  
196 Sanitária fossem respeitadas e cumpridas. A Conselheira **Zilda** também concordou com Conselheiro  
197 **Omilton**. Conselheira **Margareth** consultou a mesa e ficou deliberado que o tema entraria como ponto  
198 de pauta na reunião seguinte, tendo como referência a documentação que Conselheiro **Omilton** ficara  
199 de entregar à Secretaria-Executiva do CNS. **INFORME DA COMISSÃO** - Conselheira **Elizabete**:  
200 Solicitou alteração na resolução que se manifestava em relação ao PAS de São Paulo, por este não ter  
201 previsto a suspensão do repasse de verbas do SUS, como foi a posição adotada no caso de Roraima.  
202 Os novos termos sugeridos: “O CNS resolve:**1)** manifestar sua satisfação em verificar a ação pública  
203 impetrada pelo Ministério Público Federal e Ministério Público do Estado de Roraima, uma vez que tal  
204 ação condiz com a defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde defendidas no âmbito  
205 deste Conselho. Em casos similares ao de Roraima constituído no município de São Paulo sob o nome  
206 “Plano de Assistência à Saúde” este Conselho posicionou-se através da Resolução Nº 152 de 08 de  
207 junho de 1995; **2)** Solicitar ao Ministério da Saúde que efetivamente administre os recursos financeiros  
208 federais destinados ao SUS do Estado de Roraima, considerando que o mesmo encontra-se no  
209 momento legalmente incompetente para administrá-los, buscando regularizar a situação à luz da  
210 legislação sanitária brasileira. Esclarece ainda que a data desta resolução é de 05 de fevereiro, tendo  
211 proposto que se altere os termos e atualize a data da nova resolução, com o objetivo de ser homologada  
212 pelo novo Ministro. Conselheira **Margareth** colocou em votação, tendo duas abstenções e sendo  
213 aprovada as alterações propostas. Conselheira **Albaneide** fez o relato da Comissão criada na reunião  
214 anterior e formada por: (**Albaneide**, **Gilberto** e **Ademildes**), com a finalidade de visitar a tribo  
215 Yanomami localizada em Roraima e Marabá e Conceição do Araguaia. Indicou que foi verificar a  
216 denúncia referente aos funcionários da FUNASA que estam contaminados e intoxicados pelo DDD e em  
217 Roraima oncorcerceose. Informou que foram feitas entrevistas e realizados levantamentos de relatórios  
218 elaborados por servidores da FUNASA em Conceição do Araguaia, em Belém e Marabá. Com este  
219 subsídio foi elaborado um relatório inicial e identificada as problemáticas: Os servidores de campo que  
220 trabalham no combate de malária e a dengue com suspeita de intoxicação exógena provocada por  
221 manuseio incorreto de inseticida, trabalham longe da Coordenação em condições muitas vezes  
222 precárias, por falta de equipamentos, reposição de peças e falta de orientação quanto aos riscos a que  
223 estam submetidos. O quadro destes funcionários foi relatado como de tensão, ansiedade, frustração,  
224 decepção, provocando dúvidas e revoltas nestes por não terem acesso a um tratamento adequado e  
225 estarem sem acompanhamento médico. Informou que dos exames feitos em 263 servidores de  
226 Conceição do Araguaia, revelando que destes 5 estam abaixo do limite, 251 estam dentro do limite e 7  
227 acima do limite de tolerância. Dos 251, mais da metade está no pico máximo do limite. Apontou como  
228 causa desta situação a ausência de uma política de recursos humanos voltada para a qualidade de vida  
229 do servidor no trabalho, identificando a inexistência de treinamento para manuseio correto de inseticida e  
230 quanto as normas de medidas de segurança e falta absoluta de equipamento de proteção individual  
231 (EPI), seja por incompatibilidade ou manutenção. Neste contexto, concluiu que as hipóteses de solução  
232 seriam: **1)** realização de exames periódicos semestrais conforme previsto na Portaria nº 30/92 do  
233 Ministério da Saúde, sendo sugerida nos casos de confirmação de intoxicação o afastamento das  
234 atividades com o manuseio de produtos de risco, sem que se retire a indenização de campo; **2)** realização  
235 de teste de campo para acompanhamento da atividade de colenosterase sanguínea; **3)** Fornecimento de equipamento de proteção individual e a sua manutenção e reposição sendo feita  
236 periodicamente; **4)** realização de treinamento, de forma continuada, para o manuseio adequado do  
237 inseticida e quanto as normas sobre medida de segurança; **5)** Construção de galpões para  
238 armazenamento do inseticida e em local apropriado, conforme as normas técnicas; **6)** Construção de  
239 vestiários e banheiros com piso e chuveiros para os servidores e dormitórios distantes do galpão de  
240 armazenagem; **7)** redução da carga horária em que os servidores estarão em contato com estas  
241 substâncias tóxicas; **8)** monitoramento da saúde dos servidores que já estam com diagnóstico de  
242 intoxicação; **9)** realização da análise mercurial nos servidores que trabalham em áreas de garimpo; **10)**  
244 implementação da proposta sobre os critérios para a prevenção e controle de acidentes do trabalho e

doença profissional, elaborado pela Comissão de Saúde do Trabalhador em 1997; **11)** acompanhamento sistemático pela Coordenação da FUNASA das atividades desenvolvidas nas coordenações regionais e **12)** definição de um programa de qualidade de vida para todos os servidores da FUNASA, incluindo-se os servidores contratados para o programa de erradicação do *Aedes aegypti*. **ITEM 02 - DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DA ATA** – As atas não foram colocadas em aprovação. **ITEM 03 - NOVA ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - DECRETO Nº 2.477/98** - Iniciou o **Dr. Ailton** sua explanação, utilizando-se de projeções. Antes, porém, fez referência a data de 28/01/98, na qual fora publicada a nova estrutura. Em continuação disse que estava trazendo ao Conselho Nacional de Saúde, para conhecimento e colocação em debate da proposta de encaminhamento, reestruturação e melhoria de gestão, através de produtos que deveriam ser apresentados até o final do ano corrente. Na sua opinião, a estrutura pretendeu organizar o Ministério da Saúde de forma tal, que fosse permitido solidez e entrelaçamento das ações desenvolvidas. Além disso, disse ter a reforma da estrutura do MS, como pano de fundo, a reforma do aparelho do Estado Brasileiro, proposta pelo MARE, através do **Ministro Bresser Pereira**. Destacou os pontos principais da Reforma procedida no MS: **1)** Informática, caracterizado pelo DATASUS, que foi incorporado à estrutura do MS/Secretaria Executiva permitindo o necessário suporte por parte do DATASUS, para capacitação de Estados e Municípios para desenvolvimento de sistemas de informações; **2)** Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria - DCAA, atividade já desenvolvida pelo MS, em atendimento à lei que criou o Sistema Nacional de Auditoria e sua principal competência seria a de aprimorar o Sistema Único de Saúde - SUS, sem pretender ser o executor na ponta da linha, do atendimento e enquanto não houvesse estrutura nessa área, em nível de gestores, o Departamento daria o suporte necessário, quando solicitado; **3)** Vigilância Sanitária, envolvendo o Departamento de Controle e Fiscalização, que fará inspeção, fiscalização e controle de qualidade sanitária de produtos e de serviços e o Departamento de Saúde Complementar, que atuará sobre a regulamentação dos planos de saúde, ou seja, regulará, coordenará e fiscalizará os planos e seguros de saúde, acentuando que para criação deste Departamento houve enorme esforço do CNS, como proponente; **4)** extinção da Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, que ocorreu pelo próprio caráter transitório da mesma. Foram então os projetos agrupados no Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde. Disse ser ainda muito cedo para se notar reflexos da visão de futuro para o MS, esperando-se, no entanto, que seja haja somente o reflexo das atividades típicas de nível central, no SUS, ou seja, o Ministério como o Gestor Nacional do SUS. Com isso, disse antever claramente a necessidade futura de nova readequações de estrutura, para configurar tais ações e como órgão centralizador, manterá a execução de algumas atividades, em alguns casos específicos. Assim, visualizava cenários com outras estruturas de transição, até que seja alcançado o nível ideal. Portanto, o esperado é que, ao longo do ano de 1998, haja novo arranjo institucional, através de levantamentos de macro-processos, colocando o Ministério da Saúde direcionado para as suas reais atividades futuras. Além disso, referiu que está sendo desenvolvido um trabalho inicial de melhoria de gestão, com algumas avaliações sendo procedidas, em parceria com o MARE e que estão sendo verificados, em consequência, aspectos de melhoria de gestão. Serão, ainda, identificados sistemas de informações, sob o ponto de vista gerencial de capacitação, por exemplo. Salientou que, até o final do exercício presente, terão um plano diretor de gestão, que até o final deste ano espera já colher alguns frutos desse trabalho, estando no entanto consciente de que os reais resultados somente virão a médio e longo prazos. Neste ponto, colocou as condições sob as quais deve-se realizar o processo: **ETAPA I** - Levantamento de competências, validação de missão e visão, através do Comitê Estratégico de Qualidade. Já concluída. **ETAPA II** - Reorganização Administrativa, até a elaboração de um projeto junto ao PNUD, que dará o suporte para viabilização da Capacitação. Estão ainda por concluir: **a)** Regimentos Internos, com prazo até o final de abril; **b)** Estatutos e Regimentos Internos das Entidades vinculadas - FIOCRUZ/FUNASA; **c)** Revisão e validação dos Macro-processos, ou seja, a análise e avaliação dos Modelos de Gestão, a ser concluído entre junho/julho-98. Lembrou que haveriam muitos questionamentos sobre a presente proposta e que, por isso, dever-se-ia ter muito cuidado, principalmente, pelo não domínio do processo de descentralização, que varia de acordo com a capacidade de absorção dos gestores e que certamente, conseguirão bons resultados, mas que a resposta não será imediata e sempre no mesmo nível, ou seja, os níveis seriam variáveis. Aproveitou para pedir o apoio do CNS à proposta, estabelecendo compromisso com os Conselheiros, de atualização constante de informações, devendo também ocorrer nos níveis estaduais e municipais. Para início dos debates, Conselheiro **Temístocles** ressaltou ser o tema de fundamental importância, tanto que foi incluído na pauta do CNS, pela terceira vez. Referiu à importância de comparação do decreto com os dispositivos dos outros dois anteriores, bem como com as leis orgânicas de saúde, pois achava que o atual deixa descoberto aspectos essenciais, e outros nem são referidos. Falou da necessidade de compatibilização do Decreto 2.477/98, que através de modificações deveria ser adequado às leis 8.080 e 8.142. Referiu que o MS extinguiria Coordenações Técnicas, colocando órgãos diluídos em seu lugar, como Assessorias, sem possibilidade de controle. Falou, também, da modificação da finalidade do CNS,

o que contraria a legislação e vigor. Propôs também a prorrogação dos prazos dos regimentos, com modificações diversas no decreto, compatibilizando-o com as leis orgânicas. Ressaltou como legítimas as modificações propostas para a estrutura, porém através de Lei, e não de decreto. A Conselheira **Rita** disse que, em linhas gerais a proposta era interessante e coerente. Perguntou se, dentro da perspectiva atual do MS, as unidades hospitalares próprias ficariam sob administração do próprio Ministério, ou se seriam descentralizadas aos estados. Sugeriu a adição, na estrutura do CNS, de Cargos e Funções, para Assessorias permanentes, tais como Jurídica e Comunicação Social. O Dr. **Ailton** em resposta, disse que, em referência a primeira questão, verificou ser bastante oportuna, por haver proposta de que o CNS participe ativamente do processo. Quanto à extinção das Coordenadorias às Técnicas de Programas, disse que isso se deu de modo a propiciar maior flexibilidade de gestão, estabelecendo-se, assim, uma relação matricial entre os órgãos do MS, fugindo-se da verticalização de praxe. Referiu que, quando trabalhou-se a estrutura, pensou-se na possibilidade de que todas as funções do MS passassem a ser integradas e interdependentes. Disse não ter havido extinção de competências, ao contrário, permitir-se-ia a participação de outros técnicos para a identificação de necessidades, inclusive, de técnicos externos, contando com maior flexibilidade e agilidade. Configurar-se-iam as Comissões, de acordo com as necessidades, sem uma rigidez estrutural. No que diz respeito à finalidade, entendia como sendo a competência do CNS, as quais, segundo suas declarações, foram praticamente repetidas no Decreto, tendo havido consultas para qualquer modificação, à Secretaria Executiva do Conselho, que aquiesceu com as mesmas. No entanto, declarou não ter havido modificação na essência. Quanto ao adiamento da publicação dos Regimentos, disse ver a possibilidade, porém solicitou que as sugestões sejam encaminhadas o mais rapidamente possível, para análise e discussão, de modo a haver tempo hábil para retorno ao Conselho. Respondendo à Conselheira Rita, declarou que as Sociedades de Economia Mista seguirão o que preconiza o MARE, ou seja, as atividades exclusivas do Estado, serão geridas pelo Estado. Há outras que poderão ser exercidas tanto por particulares ou órgãos públicos, enquanto que outras deverão ser executadas exclusivamente pelo setor privado. Exemplificou que o INCA já está em processo de qualificação para transformação em Organização Social. No que diz respeito ao provimento de Cargos e Funções, falou da necessidade de estudos mais aprofundados, podendo o assunto ser levado ao MARE, para identificação de meios ou formas de viabilização. A Conselheira **Margareth** perguntou pela data limite para sugestões, ao que lhe foi respondido que havia uma tentativa de conclusão da elaboração dos Regimentos, até o final do mês de abril, data limite para propostas. O Conselheiro **Gilson** disse que faria apenas uma reflexão. Para isso, concordou com a importância da estrutura interligada, mas achou haver faltado discussão política sobre as políticas de saúde e da situação do Conselho, como órgão regulador do próprio Ministério da Saúde. Ressaltou que as equipes seriam uma melhor solução, preocupando-se, no entanto, sobre se haveria definição de papel, no que tange à interface com o Conselho Nacional de Saúde, e sua preocupação estava menos com nome e mais com funções. Disse que, certamente, haveria tempo político próprio, para estabelecimento de parâmetros, como o financiamento estável, por exemplo. Questionou sobre o peso da equipe em toda a estrutura. Por fim, suscitou uma dúvida sobre se com a mudança de Direção no MS, haveria chance de novo tempo político, para a saúde. A Conselheira **Zilda** referiu que o ápice da estrutura deveria colher necessidades das bases. Disse também, que a estrutura era feita para servir a execução que se quer aplicar. As referências, no entanto, devem ser em nível nacional e a estrutura do MS, certamente, refletiria a reestruturação das SES e das SMS. Por tudo isso, perguntou como se daria esse reflexo, na ótica do nível central e estranhou receber o decreto, sem que o mesmo houvesse sido discutido no CNS. Disse não ter havido amadurecimento da proposta, necessitando ainda de maior discussão. Aproveitou para falar na Comissão de rediscussão do Regimento Interno do CNS, com prazos já estabelecidos para conclusão de seus trabalhos, diferentes daqueles do MS. Lembrando que haveria o IIº Encontro Nacional de Conselheiros, anteviu dificuldades em aprovar-se o que quer que fosse, antes do estabelecimento das propostas daquele evento. No seu entendimento, o Controle Social não fora ouvido e que, embora a pressa fosse importante, não devia sufocar a qualidade. Questionou se a estrutura atenderia as reais necessidades das bases, havendo o estabelecimento de referências a serem seguidas. A Conselheira **Albaneide** disse seguir a mesma linha dos Conselheiros **Gilson** e **Zilda**, reafirmando a falta de discussão política. Referiu a colocação de que o decreto não fere a legislação, destacando o artigo 24, e dizendo que foi banida a finalidade do CNS. Disse também que, em referência às competências, há choque entre o decreto e a legislação, em alguns itens. Exemplificou, com a destinação dos recursos financeiros do SUS. Observou, ainda, que o decreto baniu o aspecto dos recursos econômicos e financeiros. Falou da importância para o CNS, em ter tais definições. Questionou se a portaria nº 1.545, que criou as CTCs, ainda encontra-se em vigor. Na sua opinião, antes da publicação dos Regimentos Internos dos órgãos, deveriam os mesmos serem discutidos pelo CNS e que o prazo para apresentação dos Regimentos Internos fosse estendido para depois do dia 02/05, tendo em vista reunião plenária de Conselheiros, prevista para essa data, na qual deveriam ser tiradas sugestões para o assunto. Também, propôs que houvesse modificações do Decreto para compatibilização com a

legislação vigente. Em resposta, o **Dr. Ailton** achou legítima a colocação da necessidade de espaço para que o CNS pudesse contribuir no processo. Disse ser esta a proposta do Ministério da Saúde. No entanto, quando da elaboração, da nova estrutura o processo foi muito dinâmico, inclusive, chamando estrutura inicial de Vo, sendo que toda a discussão deveria ser iniciada a partir dela. Propôs-se vir ao Conselho outras vezes, para mostrar os estágios e andamento, do trabalho realizado. Com relação ao prazo, verificaria a possibilidade de adiamento, porém antenia dificuldades em conseguir tendo em vista que o cronograma já traçado, fora negociado com o MARE. Reafirmou que os prazos não foram estabelecidos pelo MS, e sim pelo MARE. Assim, pediu esforço dos Conselheiros, no sentido de que houvesse rapidez na análise do Regimento Interno, enfatizando que deveria haver esforço geral para atendimento ao dispostos no decreto de reestruturação. Quanto à legitimidade das Coordenações Técnicas, referiu ser institucional, devendo refletir a necessidade do momento, com cada órgão se atendo às condições ali estabelecidas. Falou da dificuldade de se pressupor que as comissões não atenderiam ao processo, e que o Conselho poderia se manifestar quanto ao assunto, mas pensava que não no momento, pois seria julgamento prévio. Mencionou as alterações havidas no CNS, como não conflitantes com a legislação em vigor. O Conselheiro **Gilson** solicitou um aparte para dizer que havia conflito, principalmente, pelo fato de o poder de decidir estar acima do de manifestar-se. O **Dr. Ailton** explicou que não houve intenção de minimizar as atribuições do CNS, e que, inclusive, houve concordância por parte da Secretaria Executiva do CNS, no que diz respeito às mudanças operadas. Ressaltou mais uma vez que a questão do cronograma não era fechada, podendo a seu ver, ser modificada. Conselheiro **Saad** perguntou como é vista a Ciência e Tecnologia no Ministério da Saúde, sob o ponto de vista de estrutura administrativa. O Conselheiro **Newton** fez uma contribuição referindo ao antigo PBPP, onde hoje, o MARE, a exemplo daquele plano, voltou a prestigiar o trabalho de implementação do programa de qualidade. Apesar do esquecimento de todo o trabalho feito aquele época, explicou que há memória processo disponível no MS, independentemente da estrutura. Conselheiro **Sabino** impressionou-se com o fato de o Governo quando tem interesse, dar prioridade a certos assuntos. Falou que tem que haver discussão de todos os Regimentos, e que a resposta sobre a portaria, não convenceu. Referiu que, quanto à extinção das Coordenadorias, fica o CNS a mercê de pessoas, que ele classificou como “**Iluminadas**”. Sugeriu um encontro ou oficina de trabalho, para discussão com a sociedade, por causa da mudanças ocorrida em todas os níveis no MS, sugerindo a aprovação de uma Resolução adiando todos os prazos. Aproveitou para dizer que, como é o caso presente, tudo que tiver participação do Ministro **Bresser Pereira**, não pode dar certo. Em resposta, o **Dr. Ailton** pediu desculpas ao Conselheiro **Saad**, por não ter a resposta imediatamente, comprometendo-se, no entanto, de trazê-la posteriormente. Ao Conselheiro **Newton** disse que o programa por ele, referido é visto com bons olhos pela atual administração do MS, tendo tido, inclusive, irrestrito apoio do Ministro **Albuquerque** e, certamente, terá do Ministro **Serra**. Ao Conselheiro **Sabino** respondeu que o propósito do MS não era o de procurar por “**iluminados**”, mas sim por envolvidos no processo, como os citados pelo Conselheiro, devendo ser esse um processo contínuo, contemplando todas as instâncias, no modelo. O Conselheiro **Omilton** lembrou que o Ministro Albuquerque esteve no ano de 1997 no CNS, mostrando um projeto de empresas americanas, referente ao assunto e logo após, veio a publicação do decreto, contendo várias distorções, algumas já apontadas anteriormente. Quanto às Coordenações, disse que o Coordenador passa a ser um líder, ao contrário do grande grupo. Falou, também, que na empresa privada leva-se no mínimo um ano para se ter um perfeito funcionamento de gestão. Em havendo o decreto, questionou como alterá-lo, procedendo ajustes. Endossou a proposta do Conselheiro **Sabino**, dizendo que se deve buscar uma proposta inteligível a todos. O Conselheiro **Mário** demonstrou preocupação como representante de portadores de patologias e deficiências, sobre onde iriam parar os programas especiais, sem Coordenadores Técnicos. Também deixou registrada a importância estratégica do Departamento de Medicina Suplementar. Em resposta, o **Dr. Ailton** teceu comentários sobre a possível incompatibilidade do Ministro **Albuquerque**, com a atual proposta, por operar uma completa mudança estrutural. Disse lamentar não haver preparo para mudanças, no momento atual, vendo, porém, o CNS como facilitador do processo. Disse que se poderia discutir o assunto, mesmo já tendo havido a publicação do Decreto, pois acredita na criação de oportunidades, e entendia que o assunto ora em tela, não fosse esgotado nessa apresentação. Solicitou a continuidade das discussões. Conselheira **Margareth** perguntou como ficaria o Fundo Nacional de Saúde. Referiu vir trabalhando em conjunto com as Coordenações do MS, mas que tem sentido algumas dificuldades de superposição de atividades, bem como de interações. Falou que as Comissões que surgiram no lugar das Coordenações, seriam montadas com um leque de pessoas que serviriam como entrave ao desenvolvimento técnico e político na interlocução com o Conselho Nacional de Saúde. Solicitou ao Secretário a continuação de interlocução já iniciada, com maior profundidade, sugerindo a emissão de contribuições. Perguntou se deveria o Conselho reportar-se diretamente ao Senhor Ministro, solicitando o adiamento do prazo até o início de junho. Relembrou, também, que o Conselheiro **Mário** não se sentiu contemplado na resposta anterior, dada pelo **Dr. Ailton**. Respondendo, o **Dr. Ailton** sugeriu que o CNS

428 solicitasse à Secretaria de Políticas de Saúde informações sobre como serão conduzidos  
429 cronologicamente os trabalhos de análise dos Regimentos. Disse, também, de suas limitações como  
430 Subsecretário, não tendo o poder de extrapolar o cronograma já estabelecido. Neste momento, interferiu  
431 a Coordenadora da Mesa, para dizer que os produtos colocados foram necessário, mas não o suficiente.  
432 O Conselheiro **Gilson** propôs então que, em razão de **Dr. Ailton** não ter o poder de decisão, que  
433 houvesse mais tempo para formulação e análise dos Regimentos. Referiu que há pontos no Decreto,  
434 que conflitam com as leis 8.142 e 8.080. Disse não poderem ficar na dependência do **Dr. Ailton**, e que  
435 se deveria trazer ao plenário, uma proposta de resolução imediata, contendo a solicitação de adiamento  
436 de prazos e propostas gerais do processo ora em discussão. Também sugeriu o contacto do Presidente  
437 do CNS, com o Ministro **Bresser Pereira**. O Conselheiro **Artur** sugeriu que fosse feita uma resolução,  
438 bem como a formação de uma Comissão para acompanhar o assunto. O Conselheiro **Sabino**  
439 considerou oportuno que o assunto fosse remetido para uma próxima reunião. O Conselheiro **Gilson**  
440 concorda com ambas as propostas, dizendo não serem excludentes. Disse que a Conselheira  
441 **Albaneide** tinha uma proposta já pronta. A Conselheira **Albaneide** leu então a proposta, finalizando com  
442 a assertiva de que não haveria plenária que consiga discutir e fechar um Regimento. Como proposta da  
443 Coordenação dos Trabalhos foi sugerida uma Oficina organizada pelo Conselho. O Conselheiro **Newton**  
444 lembrou que se fosse feita uma resolução, deveria ser homologada pelo Senhor Ministro. O Conselheiro  
445 Artur explicou que já havia Comissão de Conselheiros formada com o objetivo de agilização das  
446 homologações. Sendo colocadas as propostas em votação, foi a da Resolução aprovada por  
447 unanimidade pelos Conselheiros, ficando a mesma de ser lida posteriormente. Encerrou-se a reunião às  
448 13:25 horas. **ITEM 04 - POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E RELATO DA REALIZAÇÃO**  
449 **DA OFICINA DE TRABALHO “DIRETRIZES PARA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS”** -  
450 Dr. Álvaro Machado, Secretário de Políticas de Saúde, procedeu à apresentação do documento  
451 referente ao **“Processo de Formulação da Política Nacional de Medicamentos”**, o qual  
452 continha fluxograma assim configurado: **1.** Fase de proposição; **2.** Fase de aperfeiçoamento; e **3.** Fase  
453 de avaliação. Segundo o Secretário, o propósito da política nacional de medicamentos se volta para: **a)**  
454 garantir a eficácia e qualidade dos medicamentos; **b)** promover o seu uso racional; e **c)** assegurar o  
455 acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, e que **“a delimitação do**  
456 **propósito estabelece, dentro de um universo de necessidades, o foco da política**  
457 **expresso pela definição de diretrizes e prioridades”**. Dentro das diretrizes da política de  
458 medicamentos apresentadas, chamou a atenção para: **1.** adoção de Relação Nacional de Medicamentos  
459 Essenciais - RENAME. **1.1.** medicamentos essenciais como sendo os básicos, indispensáveis para  
460 atender a maioria dos problemas; **1.2.** a RENAME constituindo referencial para a produção e o  
461 desenvolvimento científico e tecnológico e para estados e municípios organizarem suas listas básicas,  
462 segundo a sua realidade sanitária; **1.3.** a RENAME orientando a padronização da prescrição e do  
463 abastecimento, podendo reduzir custos; **2.** regulamentação sanitária, envolvendo registro de  
464 medicamentos, autorização para funcionamento de empresas, restrições e eliminações de produtos  
465 inadequados e promoção do uso de medicamentos genéricos; **3.** garantia da segurança, da eficácia e da  
466 qualidade dos medicamentos, fundamentando-se no cumprimento da regulamentação sanitária, na  
467 inspeção, na fiscalização e na Certificação da Qualidade dos Produtos; **4.** reorientação da assistência  
468 farmacêutica, fundamentando-se na descentralização da gestão, especialmente quanto à aquisição e  
469 distribuição de medicamentos essenciais, na definição de critérios técnicos e operacionais, o que  
470 contribuirá para a promoção do uso racional de medicamentos, para a otimização e a eficácia da  
471 contribuição no setor público, possibilitará o acesso da população aos produtos no setor privado e a  
472 busca da utilização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e de esquemas de  
473 tratamento; **5.** promoção do uso racional de medicamentos através da educação dos usuários ou  
474 consumidores, da atuação junto aos profissionais prescritores e aos dispensadores e do controle da  
475 propaganda de produtos farmacêuticos, junto aos médicos, ao comércio e à população; **6.** desenvolvimento  
476 científico e tecnológico pelo processo da revisão das tecnologias de formulação  
477 farmacêutica, de dinamização de pesquisa na área, da articulação entre universidades, instituições de  
478 pesquisa e em especial os itens constantes da RENAME, do incentivo à produção nacional e da revisão  
479 permanente da Farmacopéia Brasileira; **7.** promoção da produção de medicamentos pela articulação das  
480 atividades de produção dos medicamentos da RENAME, pela utilização da capacidade instalada dos  
481 laboratórios oficiais (suprimento das demandas de estados e municípios), pelo estímulo à produção de  
482 medicamentos genéricos por todos os segmentos do parque produtor nacional; e **8.** desenvolvimento e  
483 capacitação de recursos humanos voltados para a promoção do uso racional de medicamentos, ênfase  
484 na produção, na comercialização e dispensação de genéricos e adequação, dos cursos de formação na  
485 área de saúde. As diretrizes da política nacional de medicamentos estão inseridas no compromisso do  
486 MS de atualizar continuamente a RENAME e divulgá-la por diferentes meios, na descentralização das  
487 ações de vigilância sanitária, na reestruturação e unificação da Rede Brasileira de Laboratórios  
488 Analíticos Certificadores (REBLAS) tendo, como ponto fundamental, a adoção de medicamentos

489 genéricos. Concluída a parte expositiva do tema, o plenário acordou que se passaria para a discussão e  
490 que, em momento subsequente, fosse feito o relato sobre a Oficina de Trabalho “Diretrizes para a  
491 Política de Medicamentos Genéricos”. Conselheira **Zilda** interveio para saber se a política de  
492 medicamentos contemplava tratamentos preventivos, como, por exemplo, vacinas para prevenção de  
493 pneumonias e gripe nos idosos e medicamento para a área da saúde da criança. Conselheiro **Omilton**,  
494 ao tempo que solicitou cópia do material apresentado, disse que: **1.** considerava relevante a União  
495 assumir o ônus dos procedimentos de alta complexidade em razão do custo elevado que traria aos  
496 municípios, caso tivessem a responsabilidade de adquiri-los; **2.** a indústria farmacêutica teria, por região  
497 e categoria terapêutica, informação disponível do consumo de medicamentos, caso fosse interesse do  
498 MS; **3.** os laboratórios oficiais deveriam produzir medicamentos, para os casos da tuberculose e da  
499 hanseníase, evitando a descontinuidade do tratamento; e **4.** colocava à disposição dos demais  
500 Conselheiros o “**Regulamento da Lei Geral de Saúde**” (contendo uma lista de produtos  
501 genéricos já consagrados). Conselheiro **Mozart**, parabenizando **Dr. Álvaro** pela proposta apresentada,  
502 quis saber sobre: **1.** programas continuados que exigem padronização de medicamentos ao nível  
503 nacional; **2.** Medicamentos que exigem controle de aquisição e de distribuição, como no caso dos  
504 destinados a transplantados e renais crônicos; **3.** a falta de discriminação dos instrumentos e  
505 mecanismos para viabilizar a proposta apresentada; e **4.** a necessidade de revisar e atualizar a  
506 legislação para aprimorar as ações da vigilância sanitária. Conselheira **Rita** sugeriu que, a despeito das  
507 considerações feitas ao documento, fosse o mesmo aprovado e, a partir de sua aprovação, fosse feito o  
508 detalhamento, por exemplo, dos pontos levantados pelo Conselheiro **Mozart**. Em retorno às colocações  
509 feitas até então, pelos Conselheiros, **Dr. Álvaro** ressaltou que: **1.** o documento em questão tratava de  
510 política nacional de medicamentos e não de sua operacionalização que seria detalhada “*a posteriori*”;  
511 **2.** estava em curso a política de imunobiológicos e hemoderivados que propiciaria a entrada das vacinas  
512 para idosos; **3.** a RENAME estaria disponibilizada para receber críticas de inclusão ou de exclusão na  
513 lista de medicamentos; **4.** após a extinção da CEME, que se constituiu num balcão de compra e  
514 distribuição de medicamentos, o propósito era de partir, realmente, para uma política de medicamento;  
515 **5.** O processo de compra e de distribuição da medicação da hanseníase, da tuberculose estava sendo  
516 ajustado para que não ocorresse falta; **6.** o aprimoramento do documento seria importante, mas o que se  
517 pretendeu foi elaborar um documento que contivesse políticas e diretrizes de medicamentos, ficando o  
518 detalhamento, principalmente da vigilância sanitária, para momentos subseqüentes. Conselheira  
519 **Margareth** quis saber como a política de contraceptivos vinha sendo pensada e qual lógica seguiria.  
520 Conselheiro **Sabino** considerou a proposta sobre política de medicamentos um avanço, assim, no seu  
521 entendimento, deveria ser analisada a questão da vigilância sanitária. Nesse sentido, quis saber sobre  
522 política de medicamento ao nível do usuário. Conselheiro **Carlyle** considerou o assunto de grande  
523 relevância, visto que 30% dos gastos da área de saúde seriam para a aquisição de medicamentos.  
524 Porém fez quatro observações: **1.** em relação ao documento, estaria muito restrito em seu propósito; **2.**  
525 não clarificava a responsabilidade pelos diversos campos; **3.** na assistência farmacêutica, mais  
526 importantes eram os programas que exigiam continuidade (tuberculose, hanseníase...); **4.** o processo de  
527 descentralização era importante, mas que não ocorresse de forma irresponsável comprometendo a  
528 continuidade e qualidade das ações de saúde. **Dr. Álvaro** reafirmou que havia necessidade de explicitar  
529 alguns pontos do documento que dizem respeito aos rumos de políticas, não ao nível de detalhamento  
530 de programas. Em relação à descentralização dos medicamentos, assegurou que haveria critérios para  
531 se evitar a forma intempestiva de redistribuição. Também lembrou que estava em curso processo de  
532 avaliação da Farmácia Básica feito pela ENSP e FIOCRUZ com o intuito de saber o impacto junto à  
533 população. Concordou ser de fundamental importância garantir a medicação à população e observou  
534 que, embora houvesse a intenção de dissociar a política de medicamentos da questão logística da  
535 compra e da distribuição, os contraceptivos estavam incluídos na proposta. Concluindo, lembrou os  
536 programas prioritários da FUNASA e da SAS, assim como a aquisição de medicamentos para  
537 hanseníase, AIDS, hemoderivados. A seguir fez uso da palavra **Dr. Helvécio**, Chefe do Departamento  
538 de Gestão de Políticas Estratégicas/SPS, para dizer que fora instituído um Comitê com o objetivo de  
539 discutir as questões imediatas, como a aquisição de medicamento para 1998, dos programas prioritários.  
540 Nessa ótica, segundo asseverou, houve as seguintes preocupações: **1)** definição clara aos gestores  
541 sobre os medicamentos que seriam adquiridos e encaminhados aos municípios; **2)** difusão de  
542 informações através da “**home page**”; **3)** perspectiva da data de entrega dos medicamentos; **4)**  
543 discussão da proposição de incentivo ao PAB para que os municípios pudessem adquirir os  
544 contraceptivos; **5)** processo de descentralização com o CONASS e CONASEMS; **6)** a delimitação de  
545 responsabilidade do MS e dos municípios no processo de descentralização. Conselheiro **Omilton**  
546 observou que não fora incluída na proposta os medicamentos dos renais crônicos e os da área  
547 oncológica que, no seu entendimento, por serem considerados de alto custo, deveriam ser comprados  
548 pelo MS e repassados aos municípios. **Dr. Helvécio** esclareceu que os medicamentos referidos pelo  
549 Conselheiro eram comprados pelos Estados e resarcidos pelo MS. Conselheiro **Gilson** fez intervenção,

550 dizendo ter percebido que havia necessidade de aprofundar a discussão sobre a política de  
551 medicamentos envolvendo, inclusive, a Tripartite. Conselheiro **Oswaldo**, dentre as preocupações  
552 manifestadas, entendeu que deveria haver uma ação coordenada do MS em todos os Estados para  
553 resolver o problema da medicação do idoso e também, que a Secretaria de Vigilância Sanitária viesse ao  
554 CNS para explicar a questão do recrudescimento da dengue e do registro de medicamentos.  
555 Conselheiro **Artur** demonstrou preocupação quanto à qualidade dos medicamentos, e a sua distribuição  
556 de maneira que não ocorresse interrupção. Conselheiro **Temístocles** fez duas observações: **1.** que a  
557 proposta apresentada fosse aprovada tal como sugerira a Conselheira **Rita** e depois encaminhada à  
558 TRIPARTITE para detalhamento, retornando novamente ao CNS; **2.** que fosse evitado o que ocorreu na  
559 questão orçamentária de 1997 que não houvera linearidade nos valores empenhados e gastos, citando,  
560 como exemplo, a vigilância sanitária. **Dr. Álvaro** defendeu a tese de que, em se tratando de formulação  
561 das políticas de medicamentos, seria de responsabilidade do CNS e, a implementação, da TRIPARTITE.  
562 Conselheira **Zilda** admitiu que a formulação das políticas seria importante, porém, se não existirem  
563 condições necessárias para a implantação, as mesmas se tornariam inócuas, por isso, manifestou-se  
564 favorável ao encaminhamento do documento à TRIPARTITE. Conselheiro **Gilson**, considerando as  
565 demandas surgidas no plenário, referentes à operacionalização das políticas de medicamentos, sugeriu  
566 que fossem aprovadas as diretrizes pelo CNS e o estudo sobre a operacionalização, à TRIPARTITE,  
567 voltando, posteriormente, o documento ao CNS. Conselheiro **Carlyle**, complementando a fala do  
568 Conselheiro **Gilson**, chamou a atenção para algumas contradições contidas no documento e que  
569 precisariam ser esclarecidas, assim como os mecanismos de agregação das ações entre as três esferas  
570 de governo. Concordou, ainda, que a discussão deveria passar pela Tripartite. **Dr. Álvaro** lembrou que  
571 não seria aconselhável aprovar uma política de medicamento, legalmente instituída com ressalvas.  
572 Nesse caso, sugeriu que o plenário fizesse as devidas considerações na proposta e o documento fosse  
573 revisto pela sua Secretaria. Feitos os devidos ajustes, que voltasse para a apreciação do CNS. Em  
574 sendo aprovado do ponto de vista da políticas, aí sim, seria encaminhado à TRIPARTITE para definir a  
575 operacionalização. Conselheiro **Artur** concordou que a TRIPARTITE poderia proceder à análise da  
576 operacionalização da política de medicamentos proposta. Conselheiro **Gilson**, do ponto de vista do  
577 raciocínio das competências, ratificou a opinião do **Dr. Álvaro** esclarecendo que seria importante o  
578 Conselho aprovar as diretrizes para depois a Tripartite aprovar a operacionalização. Conselheira **Zilda**  
579 foi favorável ao aperfeiçoamento do documento pela Secretaria de Política, mas diferente da proposta do  
580 **Dr. Álvaro**, que fosse remetido à TRIPARTITE e depois voltasse ao CNS. Concluindo, **Dr. Álvaro** frisou  
581 que o documento fora exaustivamente discutido em várias formas e a única pergunta comum a todos era  
582 se o Conselho já o havia aprovado para poderem proceder a cobrança. Por isso, propôs e foi aprovado,  
583 que o CNS fizesse uma Resolução aprovando somente as diretrizes contidas, no documento devendo  
584 este ser remetido à análise da Tripartite, retornando na próxima reunião do Conselho com as  
585 contribuições da mesma e da SPS para aprovação global. Antes de passar para o relato da Oficina de  
586 Genéricos, **Dr. Álvaro** lembrou, ainda, que, conforme citara anteriormente, a RENAME estava na  
587 INTERNET, tendo sido constatada, na Home Page do Ministério, 5.494 consultas mensais. Conselheiro  
588 **Mozart**, reportando-se à Oficina de Trabalho “**Diretrizes para uma Política de Medicamentos**  
589 **Genéricos**”, disse que o documento resultante do evento contendo as diretrizes sobre a política de  
590 genéricos estava em fase de revisão pela Comissão Relatora e seria apresentado para discussão na  
591 próxima reunião do Conselho. Conselheiro **Omilton** solicitou aos Conselheiros que participaram da  
592 Oficina, que se manifestassem a respeito. Conselheira **Zélia** considerou de grande importância o evento  
593 e sugeriu que tal prática fosse adotada pelo Conselho, chamando a atenção, principalmente, pela  
594 organização, pela forma democrática na condução dos trabalhos, pela consensualização das idéias, pela  
595 metodologia utilizada. Conselheiro **Sabino** ressaltou que, embora o tema fosse complexo e envolvesse  
596 vários segmentos, houve, por parte dos organizadores, estratégias adequadas para que todos os  
597 participantes se manifestassem democraticamente. Pela importância e sucesso do evento, solicitou a  
598 divulgação do mesmo, principalmente, junto aos usuários. Conselheira **Zilda** justificou sua ausência  
599 dizendo que precisou participar de um evento da pastoral e aproveitou a oportunidade para parabenizar  
600 **Dr. Álvaro** pela informatização do trabalho em sua Secretaria. Conselheiro **Fernando**, endossando o  
601 que fora dito pelos demais Conselheiros, ressaltou o mérito do evento, principalmente, em acabar com  
602 as diferenças entre pobres e ricos quando da aquisição de medicamentos. Outro aspecto que levantou  
603 foi sobre o preço do produto em relação ao volume de compra que, no seu entender, deveriam ser  
604 adotadas políticas conjuntas de compras dentro do processo de descentralização. Conselheira **Ana**  
605 **Maria**, igualmente, ressaltou a importância da Oficina de Genéricos. Conselheiro **Artur** considerou  
606 relevante a estratégia do evento entendendo que deverá ter no Conselho, desdobramento dos assuntos  
607 tratados na ocasião. **Dr. Álvaro**, em primeiro lugar, parabenizou o Conselho pela iniciativa, em segundo  
608 manifestou desejo de receber, tão logo fosse possível, o documento final da Oficina e, por último,  
609 ressaltou a importância da distinção do medicamento genérico, do nome genérico. Conselheiro **Omilton**  
610 agradecendo o apoio recebido do Conselho, disse que, com a realização da Oficina, esperava que se

611 acabasse com o mito de que a indústria e o comércio eram contra o governo e vice-versa e chamou a  
 612 atenção para os testemunhos dados que, em razão da importância do conteúdo, deveriam ser  
 613 degravados e repassados ao Conselho, citando como exemplo o do Presidente da ABIFARMA que disse  
 614 “**nós estamos prontos para distribuir os genéricos do governo na farmácia, mediante prescrição do SUS**”. Concluiu agradecendo o incansável apoio do Conselheiro **Mozart**,  
 615 assim como as contribuições de outros Conselheiros e dos Técnicos da Secretaria Executiva do CNS.  
**ITEM 05 - DESTAQUES PARA IMPLEMENTAÇÃO DA AGENDA BÁSICA/98 DO CNS – Dr. Nelson Rodrigues dos Santos**, Coordenador Geral do CNS, apresentou o resultado do trabalho da Comissão  
 616 de Acompanhamento, composta pelos Conselheiros **Carlyle, Jocélio e Solon**, distribuindo a todos o  
 617 resumo, com cinco itens. O **Item 1** constou de: elaboração de diretrizes e estímulos para implantação de  
 618 novos modelos ou mecanismos de gestão. **1-1-** levantamento de inovações em andamento em  
 619 Secretarias Estaduais e Municipais (SES e SMS) e instituições; **1-2-** três oficinas de trabalho com SMS  
 620 de municípios de gestão semiplena ou plena do sistema; e **1-3-** balizamentos ou mecanismos  
 621 reguladores de garantia de cumprimento das diretrizes constitucionais. **Dr. Nelson** comentou ser esse  
 622 primeiro item transcendentemente importante por não ter sido ainda completamente abordado no CNS, sendo importante  
 623 averiguar que tipo de diretrizes deveriam nortear a utilização dos recursos. Ressaltou que várias  
 624 instituições estão sabidamente rompendo os modelos gerenciais tradicionais, buscando eficácia e  
 625 melhores resultados, indagando então que tipos estariam dentro do modelo SUS e que tipos levariam a  
 626 determinados resultados, mas estariam fora do modelo SUS. As oficinas de trabalho levariam ao  
 627 estabelecimento de intercâmbio com as secretarias municipais para responder a que tipo de regulação  
 628 deveria ser estabelecida para que as inovações, como por exemplo, as terceirizações, seja através de  
 629 legislação ou não, não rompam com as diretrizes constitucionais. Adiantou que a Secretaria Executiva  
 630 fará esse levantamento para facilitar as deliberações do CNS no cumprimento de suas atribuições de  
 631 formulação de estratégias e diretrizes para a política de saúde. O **Item 2** contemplou: Acompanhamento  
 632 e avaliação permanentes do desempenho dos Conselhos de Saúde, sua composição, deliberações,  
 633 clareza dos seus papéis, implementação das deliberações, etc. Comentou acerca da necessidade de  
 634 construção de uma planilha para banco de dados de acompanhamento dos conselhos nas três esferas  
 635 de governo. **Item 3-** Aprofundamento e sistematização do intercâmbio entre conselhos, através da  
 636 Comunicação Social. Ressaltou iniciativas como a que a Conselheira **Zilda** acabava de relatar, de  
 637 plenárias de conselhos, estímulo à comunicação social e desenvolvimento de capacitação à distância,  
 638 através de distribuição de textos, uso de fax, internet e mala direta, capazes de tirar os conselhos da  
 639 discussão de varejos, enfocando-os nos pontos essenciais para a política de saúde. **Item 4-** Análises da  
 640 estrutura de gastos e resultados das três esferas da direção única do SUS, inclusive no tocante às  
 641 políticas específicas como AIDS, Aedes, Carências Nutricionais, Mortalidade Infantil e Materna,  
 642 Hemodiálise, etc. Sobre o item enfatizou a importância do acompanhamento não só do orçamento,  
 643 como, principalmente, da execução orçamentária, de investimento e custeio, avaliando como a estrutura  
 644 de gastos reflete as prioridades, se pende mais para a promoção, prevenção ou recuperação da saúde.  
 645 Inclui aí o acompanhamento do tratamento orçamentário dos programas prioritários em saúde pública,  
 646 abrangendo também a estrutura de gastos em saúde de outros órgãos do governo, não se restringindo  
 647 ao Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. Adiantou que a apropriação dessas informações para as  
 648 plenárias dos conselhos seria tarefa das Secretarias Executivas. **Item 5-** Como transformar os temas  
 649 das pautas das reuniões dos conselhos e respectivas deliberações em efetivas formulações de  
 650 políticas, diretrizes e estratégias, assim como fiscalizações da execução. Comentou ser necessário  
 651 saber o que acontece com as deliberações do CNS, além de que o conjunto de deliberações em  
 652 determinada área poderia se constituir em processo de formação de políticas e estratégias. Finalizou  
 653 dizendo que esses foram os itens prioritários colocados na reunião da Comissão de Acompanhamento e  
 654 que deverão ser o eixo orientador para o convênio com a ABRASCO, principalmente o contido no **item**  
 655 **1**, e ainda que a Secretaria Executiva e a Mesa Coordenadora poderá receber informações e sugestões  
 656 até o dia seguinte. Seguiu-se comentários dos conselheiros, iniciando pelo Conselheiro **Saad**, que  
 657 enfatizou a importância da implementação da proposta, imaginando que ao final haverá um quadro de  
 658 como estaria sendo a atenção à população e de como o SUS estaria acontecendo. Conselheira  
 659 **Elizabeth** referiu-se a denúncias e informações vindas ao CNS sobre inovações gerenciais, como as  
 660 dos estados de Roraima e São Paulo, quando o CNS é chamado a apagar incêndios, ressaltando a  
 661 importância do primeiro tema, com elaboração de Resolução abrangendo o nível nacional. Lembrou  
 662 ainda de dificuldades a nível dos Estados para designação de representantes de usuários para participar  
 663 de eventos nacionais, por não haver rubrica orçamentária para os Conselhos Estaduais. Sugeriu que  
 664 deveria ser feita uma orientação aos CES, para a elaboração de um orçamento próprio, a exemplo do  
 665 CNS. Conselheira **Zilda** ressaltou a importância da proposta e informou que em junho será realizado o II  
 666 Encontro Nacional de Conselheiros e que talvez devesse ser apresentada a proposta para receber as  
 667 sugestões da base, com a riqueza das experiências locais. Sugeriu formar uma comissão para avaliar  
 668 se atende às expectativas. Conselheira **Margareth** propôs a aprovação da listagem, mantendo-a aberta

para incorporação das sugestões. Conselheira **Zilda** replicou que, com base na história de documentos e mais documentos, valeria a pena esperar a discussão no Encontro e depois ter um documento a ser realmente seguido. **Dr. Nelson** ressaltou a importância de manter todo o espaço para recebimento de sugestões quanto a diretrizes e metas de apoio aos conselhos. Propôs ir implementando sugestões consensuais do plenário e da Conferência Nacional de Saúde e a construção de pontes e parcerias com os gestores. Informou ainda que já tinha se reunido com as Comissões do CNS para passar os pontos já consensuais, enfatizando ações que viessem a apresentar produtos para deliberação do Conselho. Conselheira **Margareth** convidou, então, o **Dr. Nelson** para a próxima reunião da Comissão de Saúde da Mulher.

**ITEM 06 - IMPLEMENTAÇÃO DA NOB-96 RESOLUÇÕES DA CIT, PORTARIAS-MS, AVANÇOS E DIFICULDADES** – Dr. **Álvaro Machado**, Secretário de Políticas de Saúde e de Avaliação – SPSA, atendendo convite do Conselheiro **Olímpio**, Coordenador da Mesa, iniciou seu pronunciamento sobre a NOB-96, primeiramente discorrendo sobre a situação que precedeu à implantação do PAB, assim como faixas do PAB per capita, número e percentual de municípios, número e percentual da população. Em seguida, falou da distribuição geográfica da parte fixa do PAB (situação anterior à implantação do PAB e simulação com habilitação de 100% dos municípios) e medidas de implantação da NOB/SUS/96. Como medidas de implantação, citou as seguintes portarias referentes à NOB/96:

1. Portaria nº 1.882/97 (estabeleceu o PAB e sua composição);
2. Portaria nº 1.883/97 (estabeleceu o montante de recursos do Teto Financeiro da Assistência para 1998);
3. Portaria nº 1.884/97 (fixa o valor per capita nacional para cálculo da parte fixa do PAB);
4. Portaria nº 1.885/97 (estabelece o montante de recursos destinados aos incentivos que compõem a parte variável do PAB);
5. Portaria nº 1.886/97 (aprova as Normas e Diretrizes do PACS e PSF);
6. Portaria nº 1.887/97 (institui Comissão Técnica Especial para a formulação da nova tabela de procedimentos do SIH/SUS);
7. Portaria nº 1.988/97 (estabelece a descentralização do processamento das autorizações de internações hospitalares – AIH);
8. Portaria nº 1.889/97 (define nova estrutura de codificação da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS);
9. Portaria nº 1.890/97 (determina a atualização do cadastro de Unidades Hospitalares, Ambulatoriais e Serviços de Diagnose e Terapia do SUS);
10. Portaria nº 1.892/97 (incorpora a modalidade Internação Domiciliar ao SUS);
11. Portaria nº 1.893/97 (autoriza as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a estabelecerem valores para os procedimentos do Grupo Assistência na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS);
12. Portaria nº 51/98 (divulga os valores da parte fixa do PAB por município);
13. Portaria nº 84/98 (fixa o valor máximo per capita anual da parte fixa do PAB em R\$ 18,00);
14. Portaria nº 157/98 (estabelece os critérios de concessão dos Incentivos do PACS e PSF);
15. Portaria nº 2.101/98 (estabelece as metas físicas e financeiras dos Estados referentes ao Incentivo ao PACS e ao PSF);
16. Portaria nº 2.094/98 (dispõe sobre a emissão do Cartão SUS municipal);
17. Portaria nº 2.121/98 (define recursos federais destinados no ano de 1998, por Estado e Distrito Federal, à Atenção Básica, Assistência Ambulatorial de média e alta complexidade e assistência hospitalar);
18. Portaria nº 2.283/98 (estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios ao incentivo às ações básicas de Vigilância Sanitária);
19. Portaria nº 2.284/98 (dispõe sobre o fator de recomposição de 25%)
- e 20. Portaria nº 2.409/98 (estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais nos municípios).

Depois falou sobre:

1. habilitação de municípios por condição de gestão;
2. habilitação de municípios na gestão plena da atenção básica;
3. habilitação dos municípios na gestão plena do sistema municipal;
4. municípios habilitados às condições de gestão descentralizadas da saúde por região, até 31/03/98;
5. impacto do PAB nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte, Curitiba, Rio de Janeiro, Porto Alegre e São Paulo;
6. recursos correspondentes à parte fixa do PAB, transferidos em 10/03/98 aos municípios habilitados por estado;
7. recursos correspondentes à parte fixa do PAB a serem transferidos em 10/04/98 aos municípios habilitados por estado;
8. parte variável do PAB relacionada com incentivos e valores para 1998 (PACS e PSF = 201.000.000,00, combate às carências nutricionais = 159.000.000,00, assistência farmacêutica básica = 159.000.000,00, ações básicas de vigilância sanitária = 42.000.000,00);
9. limites de recursos federais no ano de 1998 para atenção básica, assistência ambulatorial e hospitalar;
10. distribuição dos recursos federais da parte variável do piso da atenção básica;
11. recursos federais transferidos por UF;
12. distribuição dos recursos descentralizados do MS por estado;
13. distribuição dos recursos descentralizados do MS por região;
14. recursos federais transferidos por UF per capita 1997-1998.

Também falou sobre os entraves da habilitação na condição de gestão plena do sistema municipal, tais como: definição do teto financeiro do município sem o estado concluir a sua programação pactuada; solicitação, por parte dos estados, da publicação dos seus tetos financeiros pelo MS; tetos financeiros dos municípios informados com a inclusão do fator de recomposição de 25%; tetos financeiros dos municípios informados com valores mensais; tetos financeiros de vários municípios com os valores correspondentes aos incentivos do PAB, cujas concessões ainda não tinham sido regulamentadas pelo MS. Afora os entraves, fez considerações relativas a estas duas sugestões:

1. encaminhamento pelo Ministério da Saúde de Ofício às CIB's, com o objetivo de ratificar os tetos financeiros dos municípios pleiteantes à condição de gestão plena do

sistema municipal e contendo outras informações básicas; **2.** definição e publicação no Diário Oficial do Estado, dos tetos financeiros dos municípios, considerando os critérios já registrados no Ofício em anexo. (À medida em que as CIB's atendam ao solicitado, o Ministério da Saúde publicará as habilitações na Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal e procederá as transferências de recursos previstas na NOB/SUS 01/96, de acordo com a disponibilidade financeira e critérios a serem pactuados na CIT, e homologado pelo Conselho Nacional de Saúde); e sobre as seguintes sugestões de critérios de transferência de recursos, considerando a disponibilidade financeira do MS: **1.** a transferência dos recursos aos municípios habilitados na condição de gestão plena dos sistema municipal deverá ser sempre do total do teto financeiro da assistência; **2.** priorizar sempre os municípios que eram habilitados na condição de gestão semiplena da NOB/SUS – 01/93; **3.** assegurados os recursos para os municípios que já eram semiplena, o saldo disponível deverá ser dividido em parcelas proporcionais à população dos estados que encaminharam pleitos de habilitação até a data limite do mês. Quando essas parcelas, em um determinado mês, não forem suficientes para atender às habilitações de todos os municípios encaminhados pelos estados, a respectiva Comissão Intergestores Bipartite decidirá e informará ao Ministério da Saúde quais os municípios que terão suas habilitações homologadas; e **4.** os municípios que, no retorno à Comissão Intergestores Bipartite, não tiveram suas habilitações homologadas por indisponibilidade financeira, terão prioridade no mês subsequente, após ser assegurada a habilitação dos que já eram semiplena. Finalizou sua fala fazendo comparação entre os financeiros da assistência de 1997 e 1998, sem considerar a parte viável do PAB. A seguir, **Dr. Ricardo Scotti**, representante do CONASS, manifestou-se para ressaltar, dentre outras questões, o fato de o MS ter publicado Portaria que o CONASS propusera correções. Apresentou, ainda, material contendo observações sobre: as portarias do MS que alteram e regulamentam a NOB-96; as principais alterações introduzidas por essas portarias; comentários sobre as portarias nº 1.882/97 (estabelece o piso da atenção básica – PAB e sua composição), nº 1.883/97 (estabelece o montante de recursos do teto financeiro da assistência), nº 1.884/97 (fixa o valor per capita nacional para o cálculo da parte fixa do piso da atenção básica), nº 1.885/97 (estabelece o montante de recursos destinados aos incentivos que compõem a parte variável do PAB); nº 1.887/97 (determina a instituição da comissão técnica especial para formulação da nova tabela do SIH/SUS); nº 1.888/97 (estabelece a descentralização do processamento das AIH); nº 1.889/97 e seus anexos I, II e III (definem nova estrutura de codificação do SIA/SUS); nº 1.890/97 (determina a atualização do cadastro de unidades hospitalares, ambulatoriais e serviços de diagnose e terapia do SUS); nº 1.891/97 (determina à SVS/MS que estabeleça as normas complementares para expedição de licenças de funcionamento de estabelecimentos de saúde); nº 1.892/97 (incorpora a modalidade “**internação domiciliar**” ao SUS); nº 1.893/97 (autoriza as SE e SUS a estabelecerem valores para os procedimentos do grupo de assistência básica na tabela do SIA/SUS); a Instrução Normativa 01/98 de 02/01/98; simulação do teto financeiro esperado pelo CONASS, como abono de 25%; simulação do teto financeiro esperado pelo CONASS, sem abono de 25%; comparação entre o teto financeiro da assistência publicado na Portaria 2.121/98. Concluída a apresentação do representante do CONASS, foi aberto espaço para as intervenções. Conselheiro **Gilson Cantarino**, o primeiro a se manifestar, disse que a preocupação do CONASEMS fora contemplada no pronunciamento do representante do CONASS, ressaltando, ainda assim, a preocupação muito grande de sua Instituição com a questão das “**duas contas**”, uma para o PAB e outra para os demais procedimentos que, no seu entender, fere o princípio da gestão plena do sistema. Outros aspectos levantados: **a)** divergência na PPI dos estados; **b)** o fato de o MS não ter garantido o fluxo de antecipação do pagamento da gestão plena junto ao Ministério do Planejamento; **c)** os recursos globais disponíveis continuaram insuficientes; **d)** reconhecimento da necessidade do financiamento estável, a propósito da defesa do Senhor Ministro da Saúde, feita nesse sentido no seu discurso de posse; **e)** registro de protesto contra o ingessamento de modelos assistenciais, como foi o caso do trabalho da Pastoral da Criança não ter sido reconhecido na Tripartite como similar ao PACS, dizendo “na última reunião da Tripartite, lamentavelmente, não fora aprovado o pleito da Pastoral da Criança como similar ao PACS, embora ele se enquadrasse em todos os pré-requisitos e exigências da Resolução aprovada pelo CNS e homologada pelo Ministério da Saúde. Não fora aprovado, porque o MS considerou que teria que baixar, também, Portarias internas. Protestei com veemência e estou protestando com o engessamento do modelo assistencial neste País. Isso não é descentralização. Considero essa atitude reserva de mercado, reserva de saber. Acho isso um absurdo. Quando foi aprovado, neste Conselho, o conceito de similaridades era para respeitar experiências diferenciadas que, evidentemente, tivessem critérios que pudessem responder ao que o Conselho iria exigir como critério de similaridade. Discordo de que o Ministério tenha que fazer mais alguma coisa. Está muito claro o que tem que ser feito. Acho que o debate não pode ficar, absolutamente esquecido. Se alguém, neste País, desconhecer o trabalho da Pastoral da Criança, nos 2.600 municípios está insano e descriminando a Entidade por outras razões

que não pela razão da qualidade do seu trabalho. Inclusive, possui um sistema de informação muito melhor do que, habitualmente, temos tido. Estou colocando isso, porque não vou desistir de dizer que descentralizar é estimular modelos de saúde adequados a cada região e a cada município. Esse sistema só vai dar um salto de qualidade, tenho falado muito isso, da última semana para cá, se ele conseguir captar clientela nova, vincular clientela ao sistema e desenvolver modelos adequados a essas realidades. Um município é um recorte de pequenos municípios, seja ele grande ou pequeno. Tem ricos, tem pobres, tem excluídos e tem abonados. Nós vamos ter que trabalhar essas realidades num conceito diferenciado de eqüidade levando ações que são diferenciadas. Logo, vamos ter que estimular modelos, também, que possam intervir diferenciadamente. Não podemos pensar que haja uma ideologia nacional igualitária que se aplica em todo o País desconhecendo as diferenciações. Prefeito que quiser fazer convênio de PACs com a Pastoral da Criança, a Pastoral terá que se submeter ao Plano Municipal de Saúde, ao convênio com o município e, portanto, estará subordinada as prioridades de ações do município. Isso traz a Pastoral para o espaço formal de trabalho, que é bom para nós e é bom para a Pastoral. Isso evita, também, aos municípios que já têm uma base de trabalho como o da Pastoral, que contratem agentes comunitários, através de critérios nem sempre muito adequados. Enfim, não vamos entrar nessa discussão... O que eu quero dizer é o seguinte: o valor da NOB/96 é a mudança do modelo assistencial. Se engessarmos por outros mecanismos a mudança deste modelo, nós vamos ter que partir para a NOB/99, porque não daremos conta da 96". O Coordenador da Mesa, Conselheiro **Olímpio**, para complementar as colocações feitas até então, lembrou da pertinência da fala do Senhor Ministro **José Serra**, também na sua posse, de que as regras da Economia não se aplicavam à área de saúde, daí a dizer que haveria uma defasagem, sem a incorporação dos 25%, de 96% das tabelas de procedimentos. A seguir, **Dr. Álvaro** voltou a fazer uso da palavra para: **a)** reafirmar a certeza da construção irreversível do Sistema Único de Saúde; **b)** concluir a participação do CNS no processo; **c)** dizer que o MS não teria nada em contrário à proposição dos estados frente ao emprego de recursos por equipe do PSF; **d)** defender as "**duas contas**", uma para o PAB e outra para o Fundo Municipal de Saúde, como forma de efetivo controle social dos Conselhos de Saúde; **e)** lembrar que seria publicada uma portaria assinada pelo Ministro, constituindo um grupo de trabalho para, em 60 (sessenta) dias definir a questão de similaridade com o PACS. Conselheira **Lucimar** interveio para ressaltar a importância do MS em transcender a questão da assistência médica e partir para a atenção básica com eqüidade, através do PAB. Em um cenário de políticas públicas com recursos insuficientes, observou há, grande importância no estabelecimento de prioridades. Conselheiro **Piola**, considerando o fato de os três gestores estarem discorrendo sobre a saúde, levantou os seguintes pontos: **a)** percepção dos gestores da inadequação do convênio para certas ações; **b)** preocupação com o repasse financeiro para os municípios habilitados na gestão plena; **c)** avaliação da efetividade e produtividade de programas do tipo PACS e PSF; **d)** visualização dos recursos que o MS repassa para os estados; e **e)** conhecimento do percentual que os estados e municípios aplicam na saúde. Conselheira **Lucimar** voltou a intervir para informar que a Comissão de Planejamento estava finalizando dois trabalhos: um para saber quanto os estados aplicam em saúde e outro para saber a aplicação dos recursos do MS nos estados. Conselheira **Elizabeth** fez as seguintes observações: **a)** não se pode avançar na gestão do sistema e retroceder no controle social; **b)** vinculação da NOB ao controle social; **c)** como CONASS e CONASEMS vêm a questão do repasse para os municípios de gestão plena e semiplena. Conselheiro **Oswaldo** solicitou esclarecimento sobre a transferência de recursos referentes à parte fixa do PAB aos municípios habilitados do Estado de São Paulo. **Dr. Álvaro**, neste caso, esclareceu que, em razão da data que entregou a documentação, SP receberá o repasse a partir de 10 de maio. Conselheira **Zilda**, cumprimentando os expositores, solicitou que fosse colocada na íntegra, na ata, a fala do Conselheiro **Gilson**, perguntou ao **Dr. Álvaro**, por que o PAB fora aprovado considerando a população e nos incentivos esse critério não era considerado. Também, defendeu a tese da avaliação do processo e manifestou desejo de participar da Comissão que será formada no CNS para análise da situação. Conselheira **Margareth** admitiu ter preocupação com maternidade saudável, mas, também, com as maternidades desejadas e quis saber, objetivamente, no MS, qual era o lugar da contracepção, ou seja, dentro de uma política de atenção à saúde da mulher a quem cabia a responsabilidade da compra de medicamentos de contracepção. Conselheiro **Carlyle** expressou seu contentamento com o desenvolvimento da implantação da NOB/96. Conselheiro **Gilson**, em resposta às intervenções, disse que: **a)** não havendo disponibilidade de recursos para a entrada de todos os municípios na gestão plena, precisaria ser assegurado a gestão semiplena para que não houvesse retrocesso; **b)** o processo deveria ser pactuado pelos Estados; **c)** considerava o tempo exíguo para discutir assuntos tão importantes como o da maternidade segura e o da contracepção; **d)** as duas contas, seriam sinônimo de fúria controladora não motivando o controle social, o que motivaria sim, seria

a qualidade da prestação de contas e a ação dos Conselhos. Conselheiro **Olímpio**, Coordenador da Mesa, manifestou-se contrário, também, às “**duas contas**” e **Dr. Álvaro Machado**, respondendo aos questionamentos, assim se manifestou: **1)** o objetivo da implementação da NOB, das políticas de saúde não era dar a atenção básica a população e sim, a atenção integral e o PAB seria uma estratégia para se chegar a esse objetivo; **2)** os incentivos obedecem os mesmos critérios do PAB, o da cobertura populacional, porém, dada a escassez de recursos seriam estabelecidas metas e prioridades. **Dr. Scott** em atenção aos questionamentos feitos pelos Conselheiros, disse que havia necessidade de o CNS e o MS discutirem claramente as políticas e definirem prioridade, em segundo lugar, lembrou que as divergências de opinião refletem as riquezas que tem sido a prática da Tripartite. Por último, fez um convite aos Conselheiros para participarem da transmissão de cargo da Presidência do CONASS a ser realizado no dia 08/06/98, às 15 horas, na OPAS. Conselheira **Margareth** fez proposição no sentido que o tema “**Saúde da Mulher**”, com foco na contracepção fosse pautado para a próxima Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Omilton** parabenizou o processo de descentralização na gestão do **Ministro Albuquerque** e como os demais, admitiu que o problema era a falta de recursos. Conselheiro **Olímpio** encerrou este item da pauta, agradecendo a presença dos expositores, dos Conselheiros e demais presentes. **ITEM 07 - QUESTÕES ORÇAMENTÁRIAS E FINANCEIRAS - O Profº Elias** apresentou o relatório. Presentes: **Elias, Carlos Lisboa, Gilson, Beth, Albaneide, Piola**. Justificaram a ausência: **Omilton** e **Olimpio**. Técnicos do MS, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento ainda não foram desta vez formalmente convidados, por isso não compareceram. **Pauta:** I - Condições de Funcionamento da Comissão, Informes, Atividades e Sugestões ao Plenário. II - Orçamento 97/98 - Ministério da Saúde. **I - CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO E ATIVIDADES - I.1. INFORMES E SUGESTÕES** - A Comissão informou que as Resoluções, do CNS, de dezembro de 1997 - 263 (Plano de Trabalho 98) e a 264 (Pedidos de Informação sobre Execução Orçamentária e Financeira) - foram finalmente homologadas. Da 265 (relativa ao contingenciamento orçamentário) até o momento não tinha notícia, embora o tema tenha sido encaminhado. Disse que a Comissão de Conselheiros formada por **Gilson Cantarino** (CONASEMS); **Rita Barata** (ABRASCO/SBPC) e **Zilda Arns** (CNBB), que, juntamente com o Coordenador do Conselho, tem como atribuição negociar a viabilização do funcionamento da Comissão de Acompanhamento Orçamentário, não se reunira com a Direção do Ministério devido à troca de Ministro. Espera-se que isto se concretize em abril. Ficou ainda pendente, como atividade da referida comissão: a negociação junto à Direção do Ministério de uma melhor sistemática de homologação das Resoluções, do cumprimento das mesmas e a continuidade da assessoria técnica. Retornar o cumprimento da Resolução 73/93 do Conselho, seria uma alternativa de curto prazo, até que se estabelecesse uma estrutura melhor. A alocação imediata de recursos no convênio com a OPAS seria outra alternativa e que a expectativa era de que, no decorrer do mês de abril, isto fosse encaminhado e resolvido. Esperava-se, ainda, que ao se cumprir a Resolução 264 de dezembro de 97, sejam atendidas as solicitações constantes da mesma com os adendos posteriores deliberados pelo Plenário do Conselho: **1.** Informações relativas à excepcional execução orçamentária e financeira do mês de dezembro; **2.** Informações sobre a execução dos Restos A Pagar (R.A.P.) do orçamento de 97 e que foram liquidados no primeiro trimestre de 98 com esclarecimento PRECISO, RIGOROSO E FORMAL sobre os conceitos empregados, quando se refere a: **VALORES PAGOS, LIQUIDADOS, RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS, RESTOS A PAGAR PROCESSADOS, RESTOS A PAGAR INSCRITOS LÍQUIDOS, RESTOS A PAGAR PAGOS E RESTOS A PAGAR a PAGAR. RECEITA DE RECURSOS DE RESTOS A PAGAR, QUE CONSTE NO FLUXO DE CAIXA, BEM COMO A RELAÇÃO ENTRE ESTA FONTE E O MONTANTE DE RESTOS A PAGAR, EXECUTADO.** **3.** Conforme deliberação do plenário a data para entrega do documento a que se refere a Resolução 264 deveria ser estendida, sugerindo-se a data até 26 de abril de 1998. **I.2 INCORPORAÇÃO DE ATIVIDADES E SUGESTÕES** - Atendendo a sugestões apresentadas na última Reunião Plenária do Conselho, a Comissão avaliou que as atuais planilhas de organização de dados devam ser mantidas SEM PREJUÍZO DA ELABORAÇÃO DE NOVAS PLANILHAS QUE LEVEM A MELHOR COMPREENSÃO, APROFUNDAMENTO, DETALHAMENTO E LEGIBILIDADE DOS DADOS. A propósito disto, já foi feito entendimento com a coordenação da COF, **Dr. Arionaldo**, para que se realize proximamente uma reunião do grupo de trabalho desta Comissão (**Elias, Piola e Albaneide**) com o pessoal da COF para estruturação de novas formas de organização de dados. Também ficou estabelecido que as planilhas resultantes do desenvolvimento do Sistema de Informações previsto na Resolução nº 161 de 95 do CNS, sejam disponibilizadas o mais rápido possível para análise da Comissão e do Plenário, conforme Conselheira **Lucimar**, representante do Ministério no Conselho, já anunciara. Esclareceu, também, que foram feitos contatos com parlamentares da Comissão de Orçamento do Congresso que estão analisando informações oferecidas pela CISET sobre os vários convênios firmados pela União com Estados e Prefeitura em 1997. Estas informações serão repassadas à Comissão para que sejam analisadas em detalhes e apresentadas ao Conselho. Esta incumbência ficou com a Conselheira **Albaneide** e com o

915 Conselheiro **Gilson Carvalho**. Sem prejuízo destes dados, a Comissão considerava que seria desejável  
 916 que, de imediato, fossem encaminhados à Coordenação do Conselho, dados relativos aos Convênios do  
 917 Ministério da Saúde (Fundo Nacional de Saúde e Fundação Nacional de Saúde) dos programas de  
 918 saneamento e de erradicação do **Aedes Aegypti**. O retardamento de sua execução, provavelmente, se  
 919 configurava na “**estratégia burra**” a que se referiu o novo Ministro da Saúde, Senador Serra, em seu  
 920 discurso de posse. Observou que este Conselho já alertara com suficiente antecedência para os riscos  
 921 da atual epidemia de dengue,(Belo Horizonte está com mais de 30 mil casos) e que, em janeiro de 1996,  
 922 o CNS, sob a Coordenação da **Dra. Fabíola**, coordenou a elaboração e posterior aprovação do **Plano**  
 923 **de Erradicação do Aedes**” depois acatado pelo Ministro **Jatene** e por 18 Ministros em reunião  
 924 coordenada pelo Presidente da República. O plano serviu de referência para vários países e foi adotado  
 925 como estratégia continental. Com relação aos demais convênios (Câncer Cérvico Uterino, AIDS, LEITE,  
 926 etc) a comissão sugeriu que membros do Conselho ligados a cada uma destas áreas se juntam a ela  
 927 para aprofundar a análise dos dados, quando disponibilizados. **I.3 POPS - PESQUISA SOBRE**  
**928 ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE** - A Pesquisa sobre Orçamentos Públicos em Saúde, POPS,  
 929 contando agora com o decidido apoio da Secretaria-Executiva do Ministério e o envolvimento  
 930 institucional do DATASUS, deveria avançar na sua operacionalização. Ressaltou que estavam  
 931 programadas para abril e maio, cinco reuniões regionais em Curitiba, Recife, São Luís, Brasília e Rio  
 932 de Janeiro. Estas reuniões contariam com a presença de Procuradores da República, Secretários  
 933 Estaduais e Municipais (Capitais), técnicos do Ministério da Saúde (DATASUS e Escritório Regional) e  
 934 Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, seriam realizadas reuniões de análise e avaliação dos  
 935 dados quando seriam incorporados novos colaboradores à Coordenação da Pesquisa, atualmente,  
 936 exercida pelo CNS, DATASUS e PFDC. **II - ORÇAMENTO 97 E 98 - II.1 ORÇAMENTO 97** - Não  
 937 obstante, ter já apresentado algumas análises preliminares do orçamento de 1997 e 1998, entendia que  
 938 só mesmo após o Ministério repassar as informações completas, solicitadas reiteradas vezes, poderia  
 939 apresentar os estudos definitivos. O não encaminhamento do documento previsto na Resolução 264  
 940 prejudicava a análise de execução orçamentária de 1997 à luz dos esclarecimentos e ponto de vista da  
 941 gestão do Ministério. Na prática, a análise do orçamento de 1997 depende das informações precisas e  
 942 não ambíguas sobre o **“Liquidado”** e o **“Pago”**, e **“Restos a Pagar”** de 1997, pois exerceriam  
 943 influência sobre o orçamento de 1998, em execução. No Decreto 2451 de 05/01/98 o ANEXO que trata  
 944 do cronograma de desembolso financeiro é único (tanto para Restos A Pagar de 97 como para a  
 945 execução de 1998). A boa técnica recomendaria dois fluxos financeiros específicos. Na análise  
 946 preliminar apresentada na 74ª R.O. do CNS, houve um erro de digitação na tabela referente a recursos  
 947 liberados até novembro da Vigilância Sanitária, onde consta na linha 18 coluna liberado nov. o valor de  
 948 499.985.397 deve ser lido **49.985.397 e, consequentemente, na coluna diferença**  
**949 24.179.146 e na coluna de percentual - 48,37%**. **II.2 ORÇAMENTO 98** - O fato da reunião  
 950 da Comissão ser sempre no início do mês, precedendo a do Conselho neste mês de abril, acarretou que  
 951 nem mesmo a planilha do fluxo de caixa de março estivesse fechada no dia 31/03 (data inicial da  
 952 reunião). Portanto, apresentou algumas observações feitas por **Gilson Carvalho** relativas à execução  
 953 dos dois primeiros meses do ano. (PAG. 3 E 4 DO MATERIAL DE APOIO). Ainda algumas observações  
 954 EM RELAÇÃO: **1.** Orçamento Geral da União (O.G.U.) e Orçamento da Saúde-98. (Pag.5 do Material de  
 955 Apoio). Destaca-se: • A Saúde representa 4,57% do OGU. • Excluído o refinanciamento da dívida  
 956 (rolagem) Fonte 143, passa a representar 7,34% do OGU. • 60% do FEF é proveniente de fontes da  
 957 Seguridade Social (SS). **2.** Orçamento da Seguridade Social e da Saúde-98 - (Pag.6 do Material de  
 958 Apoio). Destaca-se: • A Saúde é 18,26% do Orçamento. • Demais órgãos representam 19,18%. • 30%  
 959 seria ótimo, nos termos do Art. 55 do ADCT - CF/88 e da PEC 169. **3.** Execução Orçamentária  
 960 Financeira do MS, posição de março de 98, (em aberto) - (Pag.7 do Material de Apoio). Destaca-se: •  
 961 Diminuiu o Bloqueio de 1,9 Bi para 1,7 Bi. • Existe um alfabeto de itens com baixa liquidação (Liquidado).  
 962 • As letras D e U, merecem destaque especial (ou ataque): Dengue, Urgente (D,U.). **4.** Fluxo de Caixa  
 963 do Ministério da Saúde em 31/03/98 e 31/03/97 - (Pag.8 e 9 do Material de Apoio). Destaque: • Pessoal  
 964 e Dívida pág. 8 não combinam com pag.7. • Fluxo médio mensal é de 1,4 Bi, no ano 16,8 Bi. • Fluxo 98  
 965 (pág.. 8) pouco superior ao Fluxo 97 (pág.. 9). **5.** Execução de 94 a 97 e orçamento 98 - (Pag.10 do  
 966 Material de Apoio). Neste caso, seria importante fazer o cotejamento entre as propostas aprovadas pelo  
 967 Conselho Nacional de Saúde e o que foi executado anualmente como orçamento do Ministério da  
 968 Saúde. O cotejamento entre as propostas aprovadas pelo Congresso Nacional e as efetivamente  
 969 executadas. “Oportunamente apresentaremos planilhas comparativas destes referenciais”.  
 970 Cabe observar ainda, em relação a esta planilha, que em 1998 há um deslocamento das ações e  
 971 programas da CEME e do INAN para outras unidades orçamentárias do Ministério da Saúde,  
 972 principalmente para o Fundo Nacional de Saúde (FNS). Seria desejável fazer evolução mensal de cada  
 973 item usando IGP-DI, desde 01/94 a 12/97, se os dados fossem disponibilizados Conselheiro **Piola** faria  
 974 isso. Excluindo Pessoal e Dívida (até linha 3) e também a linha 20 (AIH/SIA) análises interessantes  
 975 poderiam ser desenvolvidas. **6.** Receita administrada pela Secretaria de Receita Federal - SRF, Jan e

976 Fev de 97, comparativo com Jan e Fev de 1998. (Pag. 11 e 12 e 13 do Material de Apoio). Destaca-se: •  
 977 Incremento de 5 Bi na Receita Nominal (pág. 11). • Incremento de 4 Bi na Receita Corrigida pelo IGP-DI  
 978 (pág. 11). • Forte incremento do IR em 98 (Pág. 12). • Bom desempenho das Fontes da Seguridade  
 979 Social (pág. 12). • Imposto sobre Operações Financeiras continua inferior a 30% do Imposto sobre o  
 980 Trabalho (pág. 12). • Imposto de Renda sobre o Capital foi o que mais cresceu - 170% (pág. 12), pode  
 981 ser devido a sazonalidade. • Evolução das Contribuições desde 1994 é a mais consistente e  
 982 permanente. É possível que o Imposto de Renda até fevereiro (1998) seja fenômeno sazonal (pág. 13).

983 **7. Planilhas básicas do SIVIRE de 01/01/96 a 28/02/98 - (Pag. 14,15,16 e 17 do material de apoio).**  
 984 Destaca-se: • Crescimento em dólar (conversão diária) apesar da cotação vir se elevando desde 1996  
 985 (pág. 14). • Mantida a média do bimestre haverá superávit em relação à Previsão (pág. 14). • Receita do  
 986 INSS caiu. Será recessão, informalização, SIMPLES ou mera sazonalidade? (pág. 15). • A Receita  
 987 conjunta (INSS + SRF) apresenta crescimento expressivo (pág.16). • A Receita das Disponibilidades de  
 988 Tesouro (Fonte 188) junto ao Banco Central expressam com clareza a exorbitância das taxas de juros  
 989 após outubro/97 (pág. 17). **Não há justificativa para contingenciamento na Seguridade**  
**Social.** A Comissão propõe ao Plenário que aprove as sugestões constantes deste Relatório e que  
 990 considere o mesmo e o Material de Apoio à apresentação como anexo à Ata desta 75ª R.O. do CNS. O  
 991 Plenário do CNS aprovou as sugestões apresentadas ao longo do relatório e que o mesmo, bem como o  
 992 material de apoio à sua apresentação, passassem a integrar a ata como anexo. **ITEM 08 - DIA**  
**MUNDIAL DA SAÚDE:07/04/98 - SÍMBOLO: "MATERNIDADE SAUDÁVEL"** - O presente item foi  
 993 coordenado pelo **Dr. Otávio Mercadante**, Chefe de Gabinete/MS, que após cumprimentar a todos,  
 994 justificando a ausência do Senhor Ministro da Saúde, ressaltou a importância do tema diante da especial  
 995 ênfase dada ao Programa de Saúde da Mulher, no discurso de posse do Senhor Ministro. Passou,  
 996 então, a palavra à **Dra. Janine Schimer**, relatora do item, a qual abordou aspectos relevantes sobre: as  
 997 mudanças estruturais do MS; redefinição de competências nos programas e maior visibilidade na área  
 998 de saúde da mulher frente à atual política de saúde. Com relação à Maternidade Segura comentou sobre  
 999 a visão social e política da saúde reprodutiva para homens e mulheres; os direitos reprodutivos, incluindo  
 1000 a atenção à saúde; a garantia de assistência ao planejamento familiar; atendimento adequado ao aborto;  
 1001 prevenção da gravidez indesejada; atenção ao pré-natal, parto e recém-nascido; violência sexual; e  
 1002 sobre as elevadas taxas de cesáreas. Relatou, a seguir, os problemas relacionados à própria estrutura  
 1003 do SUS, como sendo: a forma indevida que a mortalidade materna tem sido abordada; as dificuldades  
 1004 no sistema de informação; a formação dos profissionais de saúde desvinculada do perfil epidemiológico;  
 1005 e a necessidade de um esforço conjunto dos governos, no sentido de ser traçado metas, acordos e  
 1006 parcerias, considerando as especificidades de cada região. Quanto à implementação do Projeto  
 1007 Maternidade Segura, colocou que, atualmente 146 maternidades estariam em processo de avaliação  
 1008 interna, no sentido de se adequarem para receber o Título de Maternidade Segura. Informou, ainda,  
 1009 sobre a interlocução com o Programa DST/AIDS no controle de sífilis congênita e prevenção da AIDS; a  
 1010 necessidade de ajuste financeiro nas tabelas de procedimentos e ampliação da visão do programa.  
 1011 Finalizou sua exposição lembrando que o dia 28/05/98, seria a data reservada à luta em prol da redução  
 1012 da Mortalidade Materna. **Dra. Ana Pelicano**, Secretária-Executiva do Programa Comunidade Solidária,  
 1013 agradeceu ao convite, cumprimentou a todos e reportou-se ao discurso de posse do Senhor Ministro da  
 1014 Saúde, destacando a Saúde da Mulher dentre as suas prioridades. Colocou que os Programas de  
 1015 Atenção à Saúde da Família e da Mulher seriam ações de destaque no Programa Comunidade Solidária;  
 1016 que os desafios do setor saúde, não seriam somente resolvidos no campo específico da saúde; que não  
 1017 haveria mais espaço para trabalhos isolados; que a intersetorialidade e a parceria adotadas pelo  
 1018 Programa Comunidade Solidária, poderiam acontecer de forma espontânea nas demais áreas e nos  
 1019 diversos pólos. Ressaltou os vários passos percorridos com relação ao Programa Saúde da Mulher,  
 1020 enfatizando que, além da revisão de conceitos e normas operacionais, a parceria fosse exercitada em  
 1021 cima de ações concretas, proporcionando à mulher uma condição de vida mais saudável. **Dr. Antonio**  
**Henrique Pedroza Neto**, Secretário-Geral do Conselho Federal de Medicina, após cumprimentar os  
 1022 participantes comentou que, no Programa de Atenção à Saúde da Mulher, o planejamento familiar  
 1023 necessitaria ser mais implementado, com melhor acesso e qualidade, bem como no sentido de criar no  
 1024 jovem uma educação sexual bem orientada. Destacou, como questão fundamental, os aspectos  
 1025 relacionados ao atendimento da mulher no planejamento familiar nos estados e municípios, onde  
 1026 mulheres com gravidez de alto risco percorrem os hospitais sem atendimento adequado. Ressaltou a  
 1027 questão da gravidez indesejada e suas consequências, necessitando de amparo do estado e, que o  
 1028 Ministério da Saúde considerasse como questão de saúde pública. Comentou que no Sistema UNIMED  
 1029 fora identificado uma taxa de 78% de partos cesarianos, aspecto este, que necessitaria de intervenções  
 1030 sérias por parte do sistema de saúde e pelas escolas médicas do país. **Dr. Armando Scavino**,  
 1031 Representante da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, no Brasil, teceu comentários sobre: a  
 1032 similaridade dos programas de atenção à saúde da mulher, nos diversos países, e a necessária visão da  
 1033 mulher como um todo; a mortalidade materna em relação ao acompanhamento na gravidez; a qualidade  
 1034

1037 do atendimento pré-natal; o aumento da gravidez na adolescência e da gravidez indesejada; a carência  
1038 de leitos nas maternidades e a cobertura de 95% de pré-natais em área urbana e 60% na rural.  
1039 Ressaltou, dentre outras questões, a importância de a criança receber informações desde cedo a  
1040 respeito de sua saúde, eliminando crenças e tabus; dos serviços de saúde serem bem gerenciados e de  
1041 se fazer efetivo controle no pré-natal. Disse, ainda, acreditar que o Conselho Nacional de Saúde, com  
1042 suas diversas representações, poderia trabalhar junto aos órgãos formadores de opinião no Brasil, no  
1043 sentido de melhorar as condições de assistência à mulher no país e no movimento pela vida.  
1044 Finalizando, colocou à disposição de todos o escritório da OPAS para o que fosse necessário. **Dra.**  
1045 **Carolina Siu**, Oficial de Saúde da UNICEF, agradeceu o convite e abordou os seguintes aspectos: **1)** a  
1046 gravidez na adolescência como questão intersetorial, necessitando de programa específico, face a  
1047 gravidade da situação no país; **2)** a mortalidade peri-natal, enfatizando a morte antes das 24 horas de  
1048 vida, taxa esta em ascensão, representando uma questão de bastante preocupação que necessitaria ser  
1049 mais trabalhada; e **3)** que a UNICEF incorporou o Projeto de Maternidade Segura e ajudou estabelecer  
1050 um padrão de qualidade junto ao MS. Concluiu sua fala enfatizando que: “- para ter qualidade faz-se  
1051 necessário ter boa vontade e garantir a vida humana”. A seguir, **Dr. Mercadante** passou a  
1052 palavra aos Conselheiros para as intervenções. Conselheira **Margareth** destacou o momento histórico  
1053 quanto à composição da mesa no CNS e a preocupação da coordenação executiva do MS em discutir a  
1054 saúde da mulher. Comentou sobre a CISMU, sugerindo que o tema fosse inserido no Jornal do  
1055 CONASEMS; sobre a intersetorialidade existente no CNS, informando que na composição da CISMU, o  
1056 MEC e a Casa Civil têm assento com pouca participação. Nesse sentido, solicitou empenho para que  
1057 essas representações tornem-se atuantes nesse trabalho. Com relação as ações do Conselho Federal  
1058 de Medicina - CFM na campanha do parto normal, solicitou ao CFM para que efetuasse uma  
1059 coordenação mais eficaz, que pudesse acompanhar melhor, empenhando-se na concretização dessa  
1060 campanha, voltada mais para a população médica e demais profissionais de saúde. Para finalizar,  
1061 parabenizou a Coordenação do CNS por ter colocado homens como relatores, ressaltando a importância  
1062 de um olhar, sobre a saúde reprodutiva, dos homens. Conselheira **Leda** lembrou dos trabalhos  
1063 realizados por organizações estrangeiras na década de 60, onde fora abordado o planejamento familiar e  
1064 paternidade responsável, e que hoje 43% das mulheres em idade fértil estariam esterilizadas. Levantou  
1065 questionamentos sobre a situação do ponto de vista de soberania nacional, da economia e da bioética.  
1066 Sugeriu que o enfoque fosse mudado, passando do aspecto técnico para situações concretas sem  
1067 prenômero de gênero. Conselheira **Zilda** cumprimentou os relatores pelas exposições. Ressaltou a  
1068 necessidade da educação e de maior afetividade na família, colocando a sexualidade como  
1069 consequência. Comentou sobre os trabalhos desenvolvidos pela Comunidade Solidária, destacando que  
1070 um dos fracassos do PAISM seria que: “quem leva a bandeira do PAISM prega como prioridade  
1071 o que traz a separação, se nós nos uníssemos no que leva ao consenso e lutássemos, o  
1072 resto viria por si; outro fracasso do PAISM é a falta de dar mais importância à participação  
1073 comunitária. Centros de Saúde mudam toda hora de Chefe de Programa, os programas  
1074 precisam ser mais difundidos nas bases e que sejam realmente um consenso, enfim: a  
1075 mulher tem direito à vida e a criança também”. Conselheiro **Mário** destacou a qualidade das  
1076 apresentações que estavam sendo feitas, a mulher com HIV, que desejasse ter filhos e a carência de  
1077 acompanhamento no pré-natal e parto. Conselheiro **Artur** agradeceu ao **Dr. Armando Scavino** pelo  
1078 atendimento à reivindicação relativa ao acesso dos portadores de deficiência na OPAS. Solicitou que o  
1079 material informativo da OPAS fosse, também, em Português. Comentou que para a maternidade  
1080 saudável ser alcançada, seria necessário que a mulher fosse saudável, reportando-se a 25.000  
1081 mulheres identificadas com Hanseníase, mulheres estas, que iriam engravidar. Sugeriu que o CNS  
1082 fizesse uma Recomendação aos Conselhos Estaduais e Municipais para discussão deste tema,  
1083 transformando-o em política intersetorial. Conselheiro **Omilton** destacou a experiência satisfatória da  
1084 Indústria Farmacêutica junto à Comunidade Solidária e ao trabalho desenvolvido por 25 mil  
1085 representantes, visitando 200 mil médicos no país, trabalho esse, colocado à disposição da saúde para  
1086 divulgação de ações positivas. Conselheira **Ana Maria**, destacou o excelente nível das discussões,  
1087 ressalvando o parto à forceps que deixou inúmeras pessoas com deficiência. Conselheiro **Temístocles**  
1088 congratulou-se com os relatores, questionou à **Dra. Janine** se as mudanças estruturais na Coordenação  
1089 de Saúde de Mulher ajudariam ou não na implementação de um Programa de Saúde da Mulher,  
1090 considerando a existência de uma Comissão do CNS que estaria analisando e discutindo as mudanças  
1091 estruturais. Citou a questão orçamentária como prioridade a ser executada. Conselheiro **Francisco**  
1092 parabenizou à CG/CNS e ao **Dr. Mercadante**, solicitando ao Senhor Ministro apoio às decisões desse  
1093 colegiado. Conselheiro **Gilson** parabenizou os expositores e comentou sobre o processo de  
1094 descentralização no país, sobre a melhoria da qualidade de vida. Comentou, também, sobre o Encontro  
1095 Nacional dos Secretários de Saúde, onde a Maternidade Saudável constituirá tema de pauta, e sobre o  
1096 Dia Mundial da Saúde, matéria essa a ser abordada no Jornal do CONASEMS. Conselheira **Elizabeth**  
1097 registrou o tempo insuficiente dispensando aos debates. Propôs que fosse formada uma comissão,

1098 objetivando criar uma Resolução do CNS, a ser apreciada na próxima reunião e encaminhada a todos  
 1099 Conselhos de Saúde, no sentido de ser feito um movimento pela vida. Conselheira **Lucimar**, na  
 1100 condição de médica gineco-obstetra, lembrou dos trabalhos de sensibilização nacional realizados junto  
 1101 aos profissionais envolvidos na atenção à mulher, há 15 anos, e que, até o presente, encontram-se  
 1102 atualizados. Em seu ponto de vista, acreditava que os profissionais de ponta desconheciam os  
 1103 resultados de seus trabalhos, e que se tornaria necessário transformar os dados coletados em  
 1104 informações a estes profissionais. Com relação às Enfermeiras Obstetras posicionou-se favorável que  
 1105 esses profissionais, se capacitados poderiam atender ao parto, retomando essa atividade, hoje limitada.  
 1106 **Dra. Janine** respondendo ao questionamento, ressaltou a ansiedade da equipe frente às mudanças,  
 1107 colocando que deveria ser repensada uma forma de interlocução entre os estados, municípios e ao nível  
 1108 central, sem as coordenações, bem como sobre o repasse de recursos. Concluiu, solicitando apoio do  
 1109 CNS no sentido de que não fosse perdida a visibilidade das áreas temáticas e dos programas de  
 1110 atenção. **Dr. Mercadante** encerrou a apresentação do item parabenizando a todos. **ITEM 09 -**  
**1111 PROJETO AIDS-II - CONVÊNIO COM O BIRD - Dr. Pedro Chequer**, Coordenador Nacional de DST e  
 1112 AIDS/MS, relator do presente item, expôs aspectos do Projeto AIDS II, como sendo: **OBJETIVO**  
**1113 GERAL** - reduzir a incidência da infecção pelo HIV/AIDS e de outras Doenças Sexualmente  
 1114 Transmissíveis - DST; e ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e  
 1115 assistência em HIV/AIDS. Relativo aos **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** citou: **1.** promover a adoção de  
 1116 práticas seguras em relação às DST/HIV/AIDS; **2.** aumentar a utilização de diagnóstico e  
 1117 aconselhamento em HIV/AIDS; **3.** aumentar a utilização de serviços de diagnóstico, aconselhamento e  
 1118 tratamento das DST; **4.** promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas direta ou  
 1119 indiretamente pelo HIV e a AIDS; **5.** aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do  
 1120 HIV/AIDS; **6.** promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV identificada, à assistência de  
 1121 qualidade e adoção de práticas seguras em relação às DST/HIV/AIDS; **7.** promover o acesso dos  
 1122 portadores de DST à assistência de qualidade na rede pública de saúde; **8.** assegurar o diagnóstico  
 1123 laboratorial com padronização e qualidade para atender as ações do projeto; e **9.** fortalecer as  
 1124 instituições públicas e privadas responsável pelo controle das DST e AIDS. Comentou sobre o  
 1125 **PROJETO AIDS I**, iniciado em 1994, com encerramento previsto para 01/07/98, tendo sido um projeto  
 1126 de 250 milhões de dólares, executado pela Coordenação do Ministério da Saúde, com parceria do  
 1127 Projeto PNUD, Estados, Municípios, ONG's, Sindicatos, Associações, Movimentos Organizados, etc.  
 1128 Apresentou transparências destacando os seguinte pontos: **1.** campanhas em número insuficiente, face  
 1129 a carência de orçamento; **2.** programação da 1ª Campanha de Nível Regional, voltada para região Sul,  
 1130 onde a epidemia apresentaria taxas preocupantes; **3.** elaboração de vídeos, bem como outros materiais  
 1131 técnicos educativos; **4.** expansão da rede de medicamentos, com objetivo de facilitar o acesso dos  
 1132 pacientes; **5.** intervenções junto à comunidade indígena, face a vulnerabilidade desta população, na  
 1133 construção de um "**novo saber**", com orientações desde a escola em idioma próprio das tribos; **6.**  
 1134 redução de danos X assistência X uso indevido de drogas, com 57 projetos trabalhados nos dois últimos  
 1135 anos, questão esta com destaque no Projeto AIDS II; **7.** projetos específicos nas áreas de garimpos; **8.**  
 1136 trabalhos com 175 ONG's, 448 projetos, com investimento total de 18 milhões de dólares, parceria esta  
 1137 fundamental na adoção de novas tecnologias, exemplificando o Projeto Caminhoneiro, iniciado em  
 1138 Santos - SP, transformado em projeto nacional. Neste sentido, destacou o trabalho do GAPA  
 1139 desenvolvido no CONIC-DF, ações estas que o governo não teria condições de executar; **9.** distribuição  
 1140 de preservativos em população de baixa renda; **10.** integração importante da rede com as Organizações  
 1141 Não-Governamentais, com 17 assessorias implantadas e 29 Advogados treinados trabalhando na  
 1142 questão dos direitos humanos do portador do vírus; **11.** implantação de métodos laboratoriais de baixo  
 1143 custo e grande cobertura, com 2.936 profissionais treinados em 135 instituições; **12.** implantação da  
 1144 rede carga viral com 43 laboratórios no Brasil; **13.** implantação de cerca de 700 serviços de assistência.  
 1145 Neste sentido, comentou que apenas o Rio Grande do Sul estaria com problemas de leitos para  
 1146 pacientes com AIDS; **14.** prioridades na instalação dos Hospitais/Dia, atualmente com 49 hospitais,  
 1147 medida esta importante do ponto de vista custo X benefício, permitindo melhor humanização do  
 1148 atendimento; **15.** implementação do sistema informatizado de controle de medicamentos, melhorando o  
 1149 cadastro dos pacientes e reduzindo gastos. Neste sentido, destacou a política de acesso universal na  
 1150 distribuição gratuita dos medicamentos retrovirais, diante das dificuldades nacionais. Citou que no  
 1151 período de novembro/96 a novembro/97, teria havido em São Paulo, uma redução de 56% na taxa de  
 1152 mortalidade masculina; **16.** na área de treinamento fora trabalhado, ao longo de 10 anos, 10.200  
 1153 profissionais (nível superior e médio), nas áreas de assistência, prevenção, epidemiologia e gerência,  
 1154 treinamentos estes realizados através de convênios com universidades e outras instituições em 57  
 1155 projetos de cooperação; e **17.** Implantação da "**home page**", considerada uma das melhores na área  
 1156 de saúde e comunicação. Encerrado o relato do **PROJETO AIDS I**, **Dr. Pedro** colocou não possuir  
 1157 ainda dados do ponto de vista de impacto epidemiológico, mas os resultados e tendências indicariam um  
 1158 avanço claro e positivo. Relativo ao **PROJETO AIDS II - DESAFIOS PROPOSTAS**, ressaltou os 03

1159 componentes básicos, como sendo: **COMPONENTE 01**. Promoção à saúde e proteção aos direitos  
 1160 fundamentais de pessoas com HIV/AIDS, prevenção da transmissão das DST, prevenção do uso  
 1161 indevido de drogas e apoio aos usuários de drogas; **COMPONENTE 02**. Diagnóstico, tratamento e  
 1162 assistência às DST/HIV/AIDS; e o **COMPONENTE 03**. Desenvolvimento Institucional e Gestão do  
 1163 Projeto. Explicou que as características da epidemia com tendências à feminilização,  
 1164 heterossexualização, interiorização, juvenilização e à pauperização conduziram à formulação do Projeto  
 1165 AIDS II, para o período de 07/98 ao ano 2.002. Colocou ainda que: **1.** o referido projeto estaria inserido  
 1166 em todo o contexto do MS, revisado e apresentado em várias instâncias, de maneira a receber  
 1167 contribuições, principalmente, no aspecto operacional; **2.** o **COMPONENTE 01** prevê campanhas, a  
 1168 nível nacional e regional, intervenções específicas em estados e municípios, apoio à projetos de  
 1169 intervenção comportamental; estima demanda; promoção de acesso aos insumos e serviços de  
 1170 prevenção; articulação em rede de informações serviços e ações, voltados para a rede de direitos  
 1171 humanos, bem como a vigilância universal de sífilis congênita, das DST/AIDS e subtipos do HIV no  
 1172 Brasil; **3.** no **COMPONENTE 02** o enfoque maior seria a promoção da qualidade da assistência em  
 1173 todos os níveis, revertendo a transmissão vertical, bem como a redução da automedicação no  
 1174 tratamento das DST's; **4.** no **COMPONENTE 03** seria desenvolvido projetos junto às Universidades e  
 1175 Centros de Referência, de forma que, essa prática fosse inserida no currículo da graduação, com  
 1176 projetos e planos locais/anuais, bem como realização de estudos e pesquisas envolvendo 03 ou 04  
 1177 centros em pesquisas permanentes; **5.** relativo ao acordo de empréstimo, com duas fontes (Nacional e  
 1178 Banco Mundial), onde a União representaria 26%, Estados 11%, Municípios 8% e o Banco Mundial 55%  
 1179 dos recursos, denotaria preocupação com a sustentabilidade do projeto; **6.** o grande desafio do  
 1180 **PROJETO AIDS II** seria a implementação e o modelo de gestão, com proposta de gestão  
 1181 descentralizada e participativa, passando pela formulação de projetos locais com participação da  
 1182 comunidade; e **7.** outra meta seria a institucionalização em todos os níveis do SUS. Encerrou sua fala  
 1183 agradecendo a todos, colocando-se à disposição dos Senhores Conselheiros. Conselheiro **Mário**  
 1184 congratulou-se com o relator, ressaltando a excelente qualidade na apresentação. Solicitou que a  
 1185 questão da mulher com HIV/AIDS fosse contemplada no Projeto. Conselheira **Elizabeth** questionou se o  
 1186 índice de novos casos de AIDS na mulher teria aumentado e qual a posição da Biossegurança X AIDS X  
 1187 Trabalhador da Saúde no projeto. Conselheiro **Omilton** destacou a excelente qualidade de um material  
 1188 educativo - “**caixas**” sobre AIDS, mas que o mesmo estaria em desencontro com a capacidade do país  
 1189 de gerar recursos para atender à esta demanda. Criticou mais uma vez o cartaz “**A AIDS TEM**  
 1190 **REMÉDIO**” pela dubiedade de interpretação. Questionou se o empresariado nacional teria sido  
 1191 consultado sobre a compra de preservativos. **Dr. Pedro** respondeu que sim, esclarecendo que processo  
 1192 de compra teria sido realizado pelo MS, sob licitação nacional, divulgado de forma internacional, através  
 1193 da Internet. Em relação: **1.** à aquisição das caixas, respondeu que teria sido em parceria com empresas  
 1194 privadas e o MS teria custeado apenas 40% e que o material fora elaborado para uma clientela  
 1195 diferenciada, citando como exemplos a Presidência da República, Ministros e empresários; **2.** ao cartaz  
 1196 expôs que o mesmo teria sido avaliado na Câmara dos Deputados, onde, após várias premissas terem  
 1197 sido consideradas, foi aprovado; **3.** à compra de preservativos, disse que o Programa de AIDS/95  
 1198 adquiriu os preservativos por licitação nacional e até a presente data respondia questões junto ao  
 1199 Tribunal de Contas da União - TCU, em razão de preço maior aos que teriam sido adquiridos pela OMS.  
 1200 Colocou à disposição do CNS toda documentação relativa ao processo de compras. Com relação à  
 1201 mulher X AIDS, informou sobre a atual integração com o Programa de Atenção à Saúde de Mulher/MS e  
 1202 o enfoque político dado à questão pelo Senhor Ministro. No campo da Biossegurança, citou ter sido  
 1203 implantado o TELELAB com um módulo voltado à Biossegurança, treinando profissionais de saúde à  
 1204 distância, a profilaxia pós-accidente para profissionais de saúde, com medicação, testes e  
 1205 aconselhamentos disponíveis, bem como a instalação do HOT-LINE, para orientação dos profissionais  
 1206 quanto a acidentes e à adoção de *TESTES RÁPIDOS* facilitando a conduta terapêutica. Conselheira  
 1207 **Margareth** parabenizou o relator destacando o crescimento positivo do programa. Ressaltou que o CNS  
 1208 estaria à disposição para apoiar o Projeto AIDS. Questionou quais seriam os maiores desafios do  
 1209 Projeto, comentando sobre a compra de contraceptivos, em São Paulo, com licitação internacional, e  
 1210 sobre as campanhas educativas frente ao contínuo desconhecimento dos jovens. Conselheiro **Artur**  
 1211 teceu comentários sobre as necessárias discussões sobre os Comitês, integralidade às ações do MS e  
 1212 CNS, a questão dos quilombos, as aldeias indígenas e a Saúde Mental X HIV. Conselheiro **Sabino**  
 1213 solicitou materiais educativos mais simples, voltados à população menos esclarecida e que as propostas  
 1214 de campanhas passassem pelo CNS. **Dr. Pedro** respondeu que, em sua última vinda ao CNS, colocara-  
 1215 se à disposição para receber sugestões e críticas, o que não ocorreu. Comentou sobre as dificuldades  
 1216 na execução orçamentária por parte dos Estados e Municípios; sobre o preço dos preservativos  
 1217 licitados, explicando que a nível nacional estaria de R\$ 0,50 a R\$ 0,73/unidade, enquanto no mercado  
 1218 internacional fora orçado em 0,03 dólares/unidade, com qualidade controlada pelo INMETRO. Ressaltou,  
 1219 ainda, a necessidade de revisão na política interna para criar incentivos e reduzir impostos. Conselheiro

1220 **Omilton** discordou do comparativo apresentado, face a diferença salarial entre os países. **Dr. Pedro**  
 1221 respondeu que, em primeiro lugar, estaria o cidadão e uso dos recursos público, cabendo à indústria  
 1222 nacional lutar e conquistar o mercado. Conselheira **Leda** interveio dizendo que o assunto poderia ser  
 1223 discutido no Ministério da Indústria e Comércio. **Dr. Pedro** continuou comentando sobre o trabalho  
 1224 educativo X campanhas, sobre o conhecimento do jovem ligado à escolaridade e sobre a mudança de  
 1225 comportamento vinda pela inserção do serviço nos postos de saúde. Quanto aos Comitês, mostrou-se  
 1226 contrário, podendo o CNS apresentar seu posicionamento. Com relação aos Quilombos, informou que  
 1227 fora realizado interlocuções sobre a questão junto ao Congresso Afro-Brasileiro; em Saúde Mental X HIV  
 1228 que o processo estaria em construção. Quanto ao material mais popular, discorreu sobre experiências  
 1229 positivas no Rio de Janeiro com o projeto de baixa renda junto à Universidade, Municípios, Associação  
 1230 de Moradores de uma favela, comércio, etc..., no sentido de construir metodologias e materiais de fácil  
 1231 entendimento, bem como o trabalho desenvolvido junto ao Programa de Saúde da Família e Agentes  
 1232 Comunitários de Saúde. Conselheira **Margareth** ressaltou a criação da Assessoria de Comunicação do  
 1233 CNS, com objetivo de ser criada uma sistemática, para que o CNS opinasse na formulação das  
 1234 campanhas. **Dr. Pedro** acrescentou sugerindo que essa assessoria fosse incorporada à Comissão de  
 1235 Comunicação de AIDS. Conselheira **Albaneide** perguntou sobre a data prevista do Fórum sobre AIDS,  
 1236 dizendo que gostaria de conhecer melhor as políticas e prioridades técnicas do Projeto e sobre custo-  
 1237 benefício na questão dos trabalhadores X geração de rendas no país e apresentou ao Plenário sua nova  
 1238 Suplente, Conselheira **Zenite da Graça B. Freitas**. Conselheiro **Gilson** justificou sua ausência nas  
 1239 discussões do presente item, destacando a parceria do CONASEMS junto ao Programa DST/AIDS.  
 1240 Conselheiro **Artur** sugeriu um posicionamento do CNS apoiando as linhas gerais do Projeto AIDS II -  
 1241 Desafios e Propostas, relatado pelo **Dr. Pedro Chequer**. Conselheiro **Mário** registrou a preocupação de  
 1242 seu segmento quanto: à liberação de verbas para medicamentos Anti-retrovirais; à implantação da rede  
 1243 de carga viral; à transmissão vertical; às populações potencialmente expostas ao risco em detrimento da  
 1244 nova dimensão da epidemia, a feminilização e pauperização; às campanhas periódicas e sustentadas;  
 1245 às pesquisas clínicas em HIV e AIDS. Solicitou, em relação a este último item, que as pesquisas  
 1246 encaminhadas à coordenação sejam remetidas à CONEP/CNS. **Dr. Pedro** comentou também sobre o  
 1247 compromisso do governo no sentido de arcar com o cumprimento da Lei e suas preocupações na  
 1248 questão orçamentária. Finalizou sua apresentação, colocando-se à disposição para outros  
 1249 esclarecimentos, bem como para receber contribuições do CNS. Conselheiro **Mário** agradecendo pela  
 1250 exposição do item, congratulou-se com o relator. **ITEM 10 - PROPOSTAS DE PAUTA PARA A 76ª R.**  
**O. E ENCERRAMENTO** – 1. Informe. 2. Relatório Final da Oficina de Trabalho sobre Medicamentos  
 1251 Genéricos. 3. Plano de Trabalho da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos de Saúde. 4. Relato  
 1252 da Reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT. 5. Questões Orçamentárias e Financeiras. 6.  
 1253 Definição dos Membros dos Grupos Trabalho – MEC/MS nas áreas de Medicina, Psicologia e  
 1254 Odontologia. 7. Crise dos Hospitais Universitários no SUS: Distorções Regionais da Oferta Demanda, a  
 1255 Inserção no SUS, os Repasses do SUS e a Captação Extra-orçamentária (com uma ou duas portas). 8.  
 1256 Regimento Interno do CNS. 9. FUNASA: VIGI/SUS. 10. Aprovação das Atas. 11. Propostas de Pauta  
 1257 77ª R.O. e encerramento. **ENCERRAMENTO** - Nada mais havendo a apresentar, o Coordenador da  
 1258 Mesa deu por encerrada a presente reunião. Estiveram presentes os Conselheiros: **Albaneide Maria**  
 1259 **Lima Peixinho, Ana Maria Lima Barbosa, Antonio Sabino Santos, Artur Custódio M. de Sousa,**  
 1260 **Augusto Alves de Amorim, Carlos Eduardo Ferreira, Carlyle Guerra de Macedo, Ednilza Campos**  
 1261 **Assis Mendes, Elizabete Vieira Matheus da Silva, Francisco Bezerra da Silva, Gilson Cantarino**  
 1262 **O'Dwyer, José Lião de Almeida, Fernando Passos Cupertino de Barros, Lucimar Rodrigues**  
 1263 **Coser Cannon, Margareth Martha Arilha Silva, Mário César Scheffer, Neide Regina Cousin**  
 1264 **Barriguelli, Newton de Araújo Leite, Olympio Távora Corrêa, Omilton Visconde, Oswaldo**  
 1265 **Lourenço, Rita de Cássia Barradas Barata, Sérgio Francisco Piola, Temístocles Marcelos Neto,**  
 1266 **William Saad Hossne, Vera Lúcia Marques de Vita, Zélia Maria dos Santos, Zilda Arns Neumann.**