



Boletim do Conselho Nacional de Saúde

Ano 2 - Número 3

Publicação Mensal

Março/1999

Apresentação

As matérias que constam deste número foram discutidas na 84ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 03 e 04 de março último. Esta foi a primeira reunião do ano e do novo conselho estabelecido pelo Decreto Presidencial nº 41 publicado no D.O.U do dia 03 de Março, seção 02.

Nesta primeira reunião não houve resoluções, moções ou recomendações, mas foram discutidos e aprovados pelo plenário deste colegiado definições de importância estratégica para melhor desempenho dos conselhos de saúde. As matérias produzidas por estas discussões constam deste número, além do Decreto de posse, já citado.

Regimento Interno

A matéria a seguir, foi discutida e aprovada na 84ª Reunião Ordinária do CNS, como referência para a construção das relações entre os gestores das três esferas de governo do SUS e os respectivos conselhos de saúde, até que novas experiências e contribuições venham aprimorá-las.

JUSTIFICATIVAS

a) A responsabilidade e competência de formulação de estratégias do CNS, é atribuição concorrente com o próprio Ministério da Saúde, daí a imprescindibilidade da relação de sinergismo, parceria e complementaridade MS-CNS, quanto a esta atribuição.

b) As deliberações suscetíveis de serem homologadas devem ser aquelas atinentes ao grande e complexo campo das políticas, estratégias e diretrizes da gestão do sistema e dos serviços de saúde ao nível nacional. Propõe-se aqui, três "eixos estratégicos" interdependentes entre si, que permitem delimitar e balizar a aplicação de critérios para homologação.

c) Devem permanecer dispensadas da obrigatoriedade de homologação, as deliberações atinentes ao campo do controle e fiscalização da execução das políticas de saúde, atribuição esta concorrente com o Congresso Nacional, Ministério Público e o próprio Ministério da Saúde, em especial a Ciset e os órgãos ligados à informação, controle, avaliação e auditorias, daí a necessidade da rela-

ção de sinergismo e complementaridade com todas essas instâncias. Devem também permanecer preservadas da obrigatoriedade de homologação, as deliberações referentes às relações e articulações do CNS com o Congresso Nacional, Ministério Público, os conselhos de saúde dos estados e municípios e instituições e entidades da sociedade organizada, em função das responsabilidades de controle social na área da saúde.

d) As deliberações que deverão ser homologadas, dentro do campo da gestão da saúde ao nível nacional, deverão ser aquelas mais pertinentes, relevantes e oportunas, localizadas entre os três "eixos estratégicos" a seguir delineados. As matérias que a Lei 8.080/90 obriga a apreciação pelo CNS devem ser objeto de deliberação homologada.

Os critérios a serem aplicados deverão ser elaborados e discutidos pelo plenário do CNS e nas reuniões periódicas de representação dos senhores conselheiros com o Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde.

OS TRÊS EIXOS ESTRATÉGICOS

1 - Concordância e desenvolvimento de todos os serviços do SUS, públicos e privados conveniados/contratados, com os princípios e diretrizes:

1.1 - Equidade visando a universalidade, com destaque ao desafio inabdicável de buscar a "niveação por cima", do acesso, do acolhimento, do vínculo profissionais-usuários dos serviços, e da resolubilidade, sob estratégias e etapas adequadas para cada realidade regional, o que pode ser também focado como desigualar as desigualdades em busca da equidade, "nivelando por cima".

1.2 - Participação da sociedade e descentralização da gestão e gerência dos serviços, aclarando com objetividade e responsabilidade, os papéis dos municípios, das diretorias regionais de saúde, dos Estados e da União, à luz da Lei Orgânica da Saúde e da NOB-96, visando a implementação da Integralidade, Hierarquização e Regionalização.

1.3 - Integralidade que parte do entendimento do enfoque bio-psíquico-social da saúde e da doença, para intervir com ações simultâneas de promoção, proteção e recuperação da saúde, sem transigir no esforço e articulação permanentes dos espaços intersetoriais.

Pauta

1.4 - Hierarquização e Regionalização das ações e serviços, que identifica de acordo com as realidades epidemiológicas, sócio-econômicas e da capacidade instalada de saúde nas diversas regiões, os graus de complexidade dos serviços, a partir da rede de cuidados básicos, os centros de referência regionais e estaduais (tanto nas especialidades clínico-cirúrgicas como nas vigilâncias), os pontos críticos para a elevação da resolubilidade e os fluxos desejáveis das demandas intra e intermunicipais.

1.5 - Conjugação da atenção integral à saúde à demanda cotidiana, com a atenção integral à saúde programada e direcionada para acelerar o preenchimento dos "vazios" da organização do sistema de saúde (casos do PACS, PSF e da inserção dos hospitais universitários no SUS), ou para intensificar e elevar a eficácia da intervenção em grupos populacionais submetidos a riscos específicos (saúde da criança, saúde do idoso, câncer ginecológico, tuberculose, hanseníase, Aids e outros). Em qualquer dos casos, os "programas" devem ser efetivados com características estruturantes, isto é, não devem descolar-se da estrutura da rede básica do SUS nem competir com as demais atividades de rotina, pelo contrário, deve contribuir para elevar o nível da acessibilidade e resobilidade de todas as atividades. A própria visibilidade e facilidade de divulgação e impacto dos "programas" deve apresentá-los como originários e emitidos pela estrutura do sistema, e só assim eficazes.

2 - Maximização dos resultados para os usuários dos serviços do SUS com elevação do grau de satisfação, o que implica trabalhar frente a frente com a eficácia e eficiência. Simultaneamente, o combate e a minimização dos desperdícios na utilização dos recursos, sejam financeiros, humanos, materiais e tecnológicos.

O acima exposto deve ser o grande compromisso do cotidiano das responsabilidades da gestão dos sistemas e subsistemas, e da gerência dos serviços. A viabilização e efetivação deste "eixo estratégico" passa necessariamente pela criatividade, competência e ousadia de implantar instrumentos mais modernos para um novo modelo, o que fica ilustrado através dos seis exemplos que seguem:

2.1 - Maximização do desempenho das comissões intergestora do SUS (CIT, CIBs e CIRs), a partir da maior clareza possível do seu papel altamente estratégico de pactuação entre as esferas de governo, acerca das questões básicas da gestão e construção do SUS.

2.2 - Regulação da prestação de serviços do SUS e das empresas operadoras de planos e seguros privados de saúde, visando a eliminação ou minimização das nefastas superposições de ofertas para a mesma clientela que geram, além de outras graves distorções do atendimento, as duplas e triplas cobranças para os mesmos procedimentos.

Pauta da Octogésima Terceira Reunião Ordinária - 1995/1999

Data: 03 e 04 de março de 1999

Local: Sala de reuniões do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Anexo, Ala B, 1º andar, Sala 128
Brasília - DF.

Dia: 03/03/99

Início: 10h

Término: 19h

Das 10 às 11h30min - Abertura, aprovação das atas e informes

DATA: 03 e 04 de Março de 1999

LOCAL: Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Anexo, Ala B, 1º andar, Sala 128 - Brasília - DF.

DIA : 03/03/99 Início: 10:00 horas - Término: 19:00 horas.

10:00 às 11:30h. - ABERTURA, APROVAÇÃO DAS ATAS E INFORMES

ITEM 01 - RELATO DA ENTREVISTA DA DELEGAÇÃO DO CNS COM O EXMO. SENHOR MINISTRO DA SAÚDE, NO DIA 03/12/98, (RENOMEAÇÃO DO CNS, NOVO REGIMENTO INTERNO, NOVA COMPOSIÇÃO DO CNS E CRITÉRIOS PARA HOMOLOGAÇÃO DE RESOLUÇÕES)

11:30 às 12:15h - Apresentação: Conselheiros Elizabete Vieira, Fernando Cupertino, Carlos Corrêa Martins, Olympio Távora, Rita de Cássia e Artur Custódio

ITEM 02 - PROPOSTA DE REGULAMENTAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO NA QUESTÃO DA HOMOLOGAÇÃO DAS RESOLUÇÕES

12:15 às 13:00h - Apresentação: Comissão de Coordenação-Geral/CNS - Dr. Nelson R. dos Santos

13:00 às 14:00h - ALMOÇO

ITEM 03 - PROPOSTA DE GRUPO DE TRABALHO PARA ORGANIZAÇÃO DE OFICINA DE TRABALHO SOBRE A INSERÇÃO DOS HUES NO SUS

14:00 às 14:30h - Apresentação: Conselheiro Sérgio Magarão

ITEM 04 - POSSE DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE E PRONUNCIAMENTO DO EXMO. SENHOR MINISTRO DA SAÚDE

14:30 às 15:30h - Apresentação: Ministro da Saúde, Dr. José Serra

ITEM 05 - PROPOSTA DE TERMOS DE REFERÊNCIA PARA ANÁLISE DA CONJUNTURA NACIONAL EM FUNÇÃO DA SAÚDE

15:30 às 17:00h - Apresentação: Conselheiro Carlyle Guerra de Macedo

ITEM 06 - AGENDA BÁSICA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE/99

17:00 às 18:00h - Apresentação: Comissão de Coordenação-Geral do CNS

ITEM 07 - COMISSÕES DO CNS: QUADRO DO SEU FUNCIONAMENTO E GASTOS (MATERIAL DISTRIBUÍDO PARA A REUNIÃO ORDINÁRIA DE NOVEMBRO/98, PAUTADO NAS DUAS ÚLTIMAS R. O. E ADIADO)

18:00 às 19:00h - Apresentação: SE/CNS

DIA : 04/03/99 Início: 09:00 horas - Término: 16:00 horas.

ITEM 08 - COMPETÊNCIAS DO CNS, CIT E MS: DELIMITAÇÕES E INTERFACES (MATERIAL DISTRIBUÍDO E PAUTADO NA 81ª R. O. DE OUTUBRO/98 E ADIADO)

09:00 às 10:00h - Apresentação: SE/CNS – Dr. Nelson R. dos Santos

ITEM 09 - PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA SPS/MS

10:00 às 10:30h - Apresentação: Dr. Sylvain Levi – Coordenador do Programa

ITEM 10 - CONJUNTURA ECONÔMICO-FINANCEIRA: PERSPECTIVAS PARA O ORÇAMENTO/MS/99 E FINANCIAMENTO DO SUS

10:30 às 11:30h- Apresentação: Dr. Barjas Negri – Secretário Executivo/MS

ITEM 11 - ANÁLISE DA ORÇAMENTAÇÃO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO MS/98 E 99. PLANO DE TRABALHO DA COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DO CNS

11:30 às 13:00h - Apresentação: Conselheiro Carlyle Guerra de Macedo e Prof. Elias A. Jorge

13:00 às 14:00h - ALMOÇO

ITEM 12 - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: SITUAÇÃO DA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

14:00 às 15:00h - Apresentação: Conselheiro Carlos Corrêa Martins – Representante dos Servidores e Representante da Direção

ITEM 13 - PROPOSTAS DE TEMAS PARA A 85ª REUNIÃO ORDINÁRIA E ENCERRAMENTO

15:00 às 16:00h

2.3 - Efetivação do planejamento ascendente a partir das unidades de saúde, e consolidando-se no município, na região de saúde, no estado e na União. A Programação Pactuada Integrada - PPI é o grande instrumento de consolidação dos planos de saúde, que devem conter obrigatoriamente metas anuais da prestação de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, devidamente acompanhadas dos indicadores de qualidade e resolubilidade

2.4 - Incorporação definitiva de competências e práticas de sistemas de custos e extração da relação custo-efetividade para análises e avaliações permanentes acerca do princípio da equidade.

2.5 - Autonomia gerencial e flexibilidades administrativas indispensáveis a cada unidade de saúde para o cumprimento das suas metas com qualidade e resultados.

2.6 - Contratos ou protocolos de gestão com as unidades de saúde do SUS, governamentais e privadas, conveniadas e/ou contratadas.

3 - Adequação dos procedimentos orçamentários e financeiros ao modelo assistencial e de gestão:

3.1 - Política de alocação de recursos subordinada à lógica da Equidade, Universalidade, Hierarquização, Regionalização e Efetividade.

3.2 - Diretrizes de montagem da peça orçamentária e respectiva execução, subordinadas à mesma lógica ou pelo menos apresentável em planilhas elaboradas nessa lógica.

3.3 - Formas de remuneração da prestação de serviços que estimulem o cumprimento de metas com qualidade e resultados, através do reconhecimento do papel da equipe de saúde das unidades mais simples às mais complexas, e da caracterização de indicadores do desempenho da equipe e respectiva pontuação para estímulo remunerativo.

3.4 - Reconhecimento da essencialidade do financiamento público do setor de saúde, atrelado à viabilização do interesse público e em decorrência, a imprescindibilidade da aprovação no Congresso Nacional de Projeto de Emenda Constitucional - PEC que venha garantir recursos suficientes e estáveis, na linha da proposta do Conselho Nacional de Saúde ou similares, que venham a ser negociadas no Parlamento.

3.5 - Desenvolvimento de novas políticas de recursos humanos para a saúde, subordinadas à lógica da descentralização, autonomia das esferas de governo, autonomia gerencial dos distritos e unidades de saúde, admissão dos servidores e profissionais de saúde das unidades governamentais ou não, como protagonistas, sujeitos determinantes da construção do novo sistema, e de mesas permanentes de negociação coletiva ao nível nacional, em cada Estado, cada município e cada unidade autônoma.

A matéria a seguir foi discutida e aprovada na 84ª Reunião Ordinária do CNS como referência para a construção das relações entre os gestores das três esferas de governo do SUS e os respectivos Conselhos de Saúde, até que novas experiências e contribuições venham aprimorá-las.

- I - O Campo da Gestão do SUS
- II - O Campo do Controle Social
- III - O Desafio do Sinergismo

CAMPO DA GESTÃO DO SUS

A - Compreende as grandes funções de:

- Planejamento / Orçamentação;
- Normatização / Programação;
- Direção / Coordenação;
- Execução (das ações, serviços e orçamento), e
- Controle / Avaliação.

Lei 8.080/90, Art. 15, itens VIII, X e I, e Art. 22.

B - Transformações orgânicas recentes no campo da Gestão do SUS (orientadas pelos princípios constitucionais).

1. Descentralização: estadualização e municipalização sob a estratégia da hierarquização e regionalização da rede prestadora de serviços.

2. Formalização e implementação dos fóruns permanentes de pactuação entre as esferas do Governo: Comissão Integrada Tripartite - CIT, Comissão Integrada Bipartite - CIB e Comissões Integradas Regionais - CIRs.

3. Mapeamento e habilitação dos estados e municípios segundo suas condições de gestão: Plena da Atenção Básica, Plena do Sistema Municipal de Saúde, Avançada do Sistema Estadual de Saúde e Plena do Sistema Estadual de Saúde, assim como a decorrente formulação de estratégias regionais para implementação da gestão descentralizada.

4. Formulação e implementação das NOBs na esfera nacional.

5. Novas formas de repasses intergovernamentais e de pagamento aos prestadores de serviços, como o fundo a fundo, a per capita etc.

6. Autonomia gerencial das unidades ou redes locais de unidades públicas prestadoras de serviços, vinculada a convênios ou pactos formais de gestão, para o cumprimento de resultados à população, através de metas e indicadores de qualidade contidos nos planos de saúde, e sob controle dos conselhos de saúde.

7. Participação do SUS na regulação das empresas operadoras de planos e seguros privados de saúde. Ver Constituição, Art. 197 e Lei 8.080/90, Art. 15 e Art. 22.

Os itens 1, 2, 3 e 4 encontram-se com implementação mais avançada, e os itens 5, 6 e 7, em implementação inicial e lenta.

CAMPO DO CONTROLE SOCIAL PELOS CONSELHOS DE SAÚDE

A - Os conselhos de saúde, órgãos colegiados pluralistas, paritários e deliberativos, atuam nas funções:

- formulação de estratégias e
- controle da execução das políticas de saúde (Lei 8.142, Art. 1º) e decorrências como:

Y aprovação dos critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de coberturas assistenciais (Lei 8.080, Art. 26), para o CNS;

Y fiscalização do movimento dos recursos financeiros do SUS, pelo Fundo de Saúde da esfera de governo correspondente (Lei 8.080, Art. 33);

Y estabelecimento de diretrizes para a elaboração de planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa (Lei 8.080, Art. 37), para o CNS e demais funções previstas no Decreto 9.438/90 e nos regimentos internos dos conselhos, nas três esferas de governo.

B - São objetos de controle social pelos Conselhos de Saúde:

- estado de saúde da população, com ênfase nos resultados das ações e serviços de saúde;
- gestão dos serviços de saúde, incluindo todas as funções de gestão; e
- atuação das entidades da sociedade organizada no tocante à elevação dos níveis de saúde da população.

C - Não sendo gestores, não devem os conselhos de saúde assumir qualquer das funções do campo da gestão, mas conhecer o mais possível, as questões centrais, visando o controle da execução e a formulação de estratégias e/ou diretrizes. Devem analisar e avaliar os resultados, a relação custo-efetividade, os modelos assistenciais, as grandes questões orçamentário-financeiras, as NOBs com sua implementação, e a participação do SUS na regulação das empresas operadoras de planos e seguros privados de saúde.

D - Os espaços de funções da gestão que não são preenchidos pelo gestor, mesmo que por períodos prolongados, por omissão e descompromisso com o interesse público, não devem justificar a extensão das funções dos conselhos de saúde no preenchimento desses espaços, com atividades de normatizações e programações específicas, e até com execução administrativa. A esta postura equivocada incorrem com frequência, comissões ou grupos de trabalho de conselhos, gerando relação competitiva com o gestor, o que acaba fragilizando mais o controle social que o gestor negligente. Entre outros exemplos citamos os casos da gestão da ciência e tecnologia de saúde e da saúde do trabalhador. A postura coerente com as funções do controle social será a de mobilizar mais as entidades e renovar articulações com a gestão, através dos seus núcleos mais sensíveis, deliberar propostas estratégicas e diretrizes sobre a gestão, articular em conjunto ou com anuência do

gestor, seminários públicos, oficinas de trabalho que apontem caminhos, assim como articulações e mobilizações junto ao Poder Legislativo e, se necessário, ao Ministério Público, sempre em função do preenchimento pelo gestor, dos seus próprios espaços, especialmente quando dizem respeito a problemas de saúde prioritários para a população.

E - Os conselhos de saúde possuem uma característica jurídica e política muito especial: são ao mesmo tempo, sociedade e estado. Nos momentos em que os segmentos e entidades da sociedade, representados no conselho de saúde, defendem interesses e bandeiras específicos das entidades de origem, distanciando-se da compreensão, esforços e objetivos da sociedade e da própria população, o conflito de interesses praticamente neutraliza as funções maiores do conselho, permitindo na melhor das hipóteses, pequenas concessões a interesses específicos de segmento ou entidade. Nos momentos em que as articulações entre os segmentos e entidades direcionam-se para as metas da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e outras, através de conquistas parciais, mas na estratégia da construção do SUS, o bem comum da população prevalece, e o conselho delibera por consenso, e neste momento é mais Estado que sociedade. A maturidade da atuação dos conselhos de saúde, parece residir na aceitação parcial de reivindicações específicas dos vários segmentos e entidades que os integram, mas sempre canalizadas para a construção do SUS, que devem ser o objeto das deliberações e recomendações.

III . DESAFIO DO SINERGISMO

A - Há um pressuposto básico que deve estar presente permanentemente: o gestor do SUS (direção única no âmbito municipal, estadual ou nacional), e o conselho de saúde (nas três esferas) são instâncias, por definição constitucionais, com total compromisso público. Alinham-se contra o interesse público tanto as corrupções ou incompetências na execução orçamentária, ou interesses ligados ao sistema "pré-SUS", como também os corporativismos, autoritarismos, partidarizações e carreirismos que podem acontecer no campo da gestão e do controle social/conselho de saúde.

B - Com referência ao total compromisso com o interesse público, não há qualquer oposição entre a gestão e o controle social do SUS, até que se prove o contrário. Por isso, faz-se prioritária a construção da interface entre a gestão e o conselho de saúde, visando formular e implementar as melhores estratégias de construção do SUS na busca incessante de:

1. resultados para a população (resolubilidade na solução dos problemas de saúde, impacto nos indicadores de saúde e satisfação da população);

2. eficácia e eficiência dos serviços, inclusive da atenção integral à saúde, intensiva aos grupos populacionais submetidos a maiores riscos;

3. mudar efetivamente o modelo assistencial "pré-SUS", ainda presente no SUS e na

sociedade, com grande peso de pressão e decisões de interesses parasitas dos recursos públicos de saúde.

4. estrutura de financiamento e também de gastos, coerente com o modelo assistencial do SUS;

5. participação competente e efetiva do SUS (gestores e conselhos de saúde), na regulação dos planos privados de saúde, visando impedir a transferência de custos das empresas operadoras dos planos e seguros privados para o SUS e os fluxos perversos da demanda (pobres do SUS, para os planos privados e ricos dos planos privados, para os serviços de melhor qualidade do SUS).

6. cumprimento pelos gestores da Lei 8.142/90, Art. 1º e Lei 8.080/90, Art. 26, 33 e 37, que dispõem sobre as atribuições dos Conselhos de Saúde.

C - O sinergismo entre o gestor e o conselho de saúde é mais que a simples soma dos esforços e papéis de cada um; é a possibilidade de articulando-se em parceria sincera, multiplicar várias vezes os resultados de cada um: da atuação do gestor e do conselho. Não há o que temer de um ser, agregado ou manipulado pelo outro, anulando seu próprio papel, se o interesse público for colocado acima dos demais interesses.

D - A aprovação final da Norma Operacional Básica pelo CNS e o relato nos Conselhos, das reuniões da CIT (no CNS) e CIBs (nos Conselhos Estaduais de Saúde) constituem a "ponte" básica da relação conselhos - comissões intergestores, a partir da qual os vários desdobramentos devem ser definidos de acordo com a realidade de cada situação.

E - Na relação cultivada com a gestão, cabe aos conselhos de saúde enfatizarem e reconhecerem que as comissões intergestoras (CIT e CIBs) são fóruns privilegiados de pactuação. As esferas de governo, sendo autônomas perante a Constituição Federal, não podem gerir-se entre si, mas pactuar papéis, compromissos, parcerias e parâmetros, de tal maneira que após cada reunião, retornem para suas governabilidades com a devida autonomia. Outra relação a ser cuidadosamente cultivada, é entre a esfera federal e a CIT e entre a esfera estadual e a CIB, tendo em vista os resquícios atávicos do autoritarismo do Poder Executivo, impondo "pacotes" ou atropelando a instância intergestora.

JUSTIFICATIVA

Veza por outra emergem nas reuniões plenárias do CNS, de forma secundária a outros temas, preocupações acerca de possíveis desarticulações ou superposições entre os campos de atuação do CNS e CIT. Na 80ª Reunião Ordinária do CNS (setembro/98) passaram a primeiro plano, sem contudo serem equacionadas por não estarem pautadas. A matéria a seguir foi discutida na 84ª Reunião Ordinária do CNS e aprovada como referência para a construção das relações entre os conselhos de saúde e as comissões intergestoras (Tripartite e Bipartites). Os nove anexos aqui citados podem ser remetidos via Correio desde que solicitados.

O SURGIMENTO DA TRIPARTITE E BIPARTITES

Um processo recente (anos 90) e consistente de adequação da organização da gestão aos princípios constitucionais do SUS.

I. O reequilíbrio das relações de poder, direção e gestão entre as esferas federal, estadual e municipal na saúde, tem suas pré-condições intensamente acumuladas pelos convênios A.I.S. (1983 a 1987) e SUDS (1987 a 1990). No bojo das amplas e profundas discussões de elaboração da Lei Orgânica da Saúde (1989 a 1990), o Conass e Conasems ao participarem intensamente, anteviam e postulavam participação conjunta com o MS nas decisões de alta relevância para aquelas esferas de governo, ao que o MS resistia em compartilhar. (Ver ANEXO I: documento produzido por técnicos e dirigentes do Conasems, Conass e MS que preferiam não se expor na época). Estavam sendo dados os primeiros passos, pouco visíveis mas consistentes na lógica da construção do SUS.

II. A resistência do MS à participação do Conasems e Conass na gestão nacional (e não federal) do SUS levou aquele grupo de técnicos e dirigentes a levantar a questão no CNS através do presidente do Conasems, sendo aprovada no Conselho, Resolução em abril/91, segundo a qual o CNS recomendou ao Ministro a criação de comissão especial constituída por representantes das três esferas, com atribuição de elaborar propostas de implantação e operacionalização do SUS e apresentar seus resultados ao CNS (Ver ANEXO II). Simultaneamente aqueles técnicos e dirigentes elaboram um documento básico visando apoiar a SAS/MS (Ver ANEXO III) cujo titular era a autoridade do MS que revelava sensibilidade para as postulações de participação conjunta. No referido grupo que se reunia informalmente, participavam, pelo MS, técnicos do planejamento setorial e da Secretaria de Assistência à Saúde-SAS.

III. Três meses após, é publicada Portaria MS (julho/91) com base na recomendação do CNS, que criou Comissão Técnica constituída por representantes das três esferas, com a finalidade de assistir ao MS e apresentar relatórios periódicos ao CNS. (Ver ANEXO IV).

IV. Quatro meses após, nova Portaria MS (novembro/91) designa um representante de cada esfera para compor a referida Comissão (Ver ANEXO V). Esta Comissão não se reuniu, mas apesar da resistência do MS predominar, o processo de construção prosseguiu ganhando consistência:

- a) a elaboração da NOB-91 tem participação do Conasems e Conass (apesar de subalterna);
- b) o grupo de técnicos e dirigentes do Conasems, Conass e MS persistem e aprofundam suas reuniões informais conjuntas, e
- c) a NOB-92, (discutida em 1991), tem grau significativamente maior de participação do Conasems e Conass, que ainda subalternos, conseguem reverter várias distorções centralizadoras da NOB-91. É substituído o Ministro da Saúde.

V. O grupo referido de técnicos e dirigentes das três esferas persistem perante a nova gestão do MS, na necessidade de ser reconhecido e instituído um fórum permanente dos gestores das três esferas. Dois novos documentos são elaborados, expressando maior experiência e clareza dos caminhos da descentralização da gestão.

O fórum postulado recebe pela primeira vez o rótulo de "Tripartite" (Ver os ANEXOS VI e VII), com o destaque de embrionar o que viria a ser a "Bipartite" no item 1.3 do ANEXO VII. Estes dois documentos não encontraram guarida no primeiro escalão do MS, através do qual pretendia-se chegar ao Ministro.

VI. Seis meses após a portaria anterior, nova portaria MS (abril/92) é publicada com novos representantes das três esferas e respectivos suplentes (Ver ANEXO VIII). Esta Comissão reuniu-se três vezes sob o envolvimento dos técnicos e dirigentes já referidos. Apesar de não ter sido convocada oficialmente para reunião de trabalho, acabou gerando importante produto relatado no ANEXO IX (junho/92).

VII. Os passos dados até então apontavam para a crescente consistência da gestão municipal e estadual, que evidenciava cada vez mais a iniquidade da resistência do MS à intergestão. A visibilidade dos passos após esta data perdeu-se nas circunstâncias internas do MS, como a realização da IXª Conferência Nacional de Saúde, e nas externas que redundaram no "impeachment" e substituição do Presidente da República.

VIII. Sob nova gestão presidencial e do MS, os passos rumo à descentralização e intergestão avançaram e explicitaram-se no documento histórico "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", elaborado e aprovado pelos gestores das três esferas, agora formalmente, e a seguir pelo CNS.

Logo após, era elaborada e aprovada, também pelos gestores das três esferas, a também histórica NOB-93, e a seguir, pelo CNS. Esta NOB criou em definitivo, tanto ao nível conceitual como estratégico e operacional, as comissões intergestoras (Tripartite e Bipartite), e as condições de gestão municipal e estadual (Incipiente, Parcial e Semi-plena), que vieram disciplinar e melhor direcionar a descentralização e a construção do SUS, conferindo-lhe competência e credibilidade não alcançadas até então.

COMENTÁRIO FINAL

As Comissões Intergestoras (Tripartite, Bipartites e em alguns Estados desenvolvem-se Comissões Intergestoras Regionais), juntamente ao estabelecimento das condições de gestão (Incipiente, Parcial e Semi-Plena pela NOB-93, e Plena da Atenção Básica, Plena do Sistema Municipal, Avançada do Sistema estadual e plena do Sistema Estadual, pela NOB-96), constituem o eixo de profunda e acertada reorganização da gestão do sistema público de saúde, hoje reconhecida nacional e internacionalmente como elemento típico de uma positiva reforma do Estado.

São esforços próprios do grande campo da gestão, que se inicia pela função planejamento/orçamento e termina no controle/avaliação, passando pela normatização, programação, direção, e execução dos serviços e do orçamento.

Estes esforços estão se dando historicamente no interior do campo da gestão, cuja transformação passa a ser prevista, acompanhada e avaliada pelos órgãos colegiados de controle social – os conselhos de saúde, que possuem atribuição legal de formular estratégias e fiscalizar a execução das políticas.

Em nível nacional, a Tripartite, por isso tudo, não é comissão do CNS, mas sim a própria gestão ao nível nacional, com a qual o CNS está obrigado a construir permanentemente a imprescindível interface e sinergismo, em especial quanto aos assuntos que as Leis 8.080 e 8.142/90 obrigam a passar pelo CNS, além das demais competências infra-legais.

Os conselhos de saúde, órgãos colegiados pluralistas, paritários e deliberativos são igualmente reconhecidos como outro elemento típico de uma positiva reforma do Estado.

Agenda do CNS - 1999

Temas centrais*

1 - O Desenvolvimento do SUS: suas bases conceituais e estratégias.

2 - O Financiamento do SUS: estratégias de curto e médio prazo, levando em conta a evolução recente a macroeconomia do país e as matérias votadas no Congresso Nacional.

3 - O Conselho Nacional de Saúde enquanto promotor e apoiador do processo de controle social pelos conselhos de saúde nas três esferas do governo.

Ênfases:

- organicidade dos conselhos,
- eficácia das representações,
- convivência das posturas de autonomia e complementaridade por parte dos conselhos de saúde,
- relação entre os CS e os gestores, em especial entre o CNS e o MS,
- Comunicação Social em Saúde.

4 - Diretrizes do CNS para o processo de Planejamento e Avaliação no SUS e a CIT.

5 - Diretrizes do CNS para elaboração do Orçamento Federal para Saúde e Instrumentos para o Acompanhamento da Execução Orçamentária.

6 - Gestão do SUS segundo a NOB e sua aplicação.

7 - Recursos Humanos de Saúde.

8 - Diagnóstico do Estado de Saúde da população e acompanhamento da execução e impacto de programas estratégicos.

9 - Relações do CNS com instituições de governo Congresso Nacional, Ministério Público além de entidades da sociedade.

10 - Controle social da regulação dos serviços

e empresas privadas de saúde.

11 - Análise e acompanhamento bimestral da conjuntura macroeconômica e política e sua influência na saúde.

Conjuntura Econômico-Financeira

Perspectiva para o Orçamento 99**

Ao informar o orçamento do Ministério da Saúde para 1999, no valor de R\$ 19,555 bilhões, lembrou que R\$ 4,625 bilhões estão comprometidos com a folha de pagamento dos servidores e dívidas do Ministério, restando R\$ 14,928 bilhões para Outras Despesas Correntes e de Capital – OCC. Neste valor incluem-se R\$ 13,297 bilhões do Fundo Nacional de Saúde, R\$ 1,504 bilhão da Fundação Nacional de Saúde e R\$ 126,7 milhões da Fundação Oswaldo Cruz.

Numa comparação entre o orçamento executado em 1998 e o aprovado para 1999, destacou os seguintes aumentos:

- a - SIA-AIH-SUS-PAB - de R\$ 9,336 bilhões para R\$ 9,898 bilhões;
- b - Combate à Dengue - de R\$ 200,9 milhões para R\$ 310,0 milhões;
- c - PACS-PSF - de R\$ 225,6 milhões para R\$ 378,9 milhões;
- d - Vacina e Vacinação - de R\$ 172,8 milhões para R\$ 192,7 milhões;
- e - Medicamentos - de R\$ 569,9 milhões para R\$ 69,10 milhões;
- f - Saneamento Básico - de R\$ 132,6 milhões para R\$ 264,5 milhões;
- g - Vigilância Sanitária - de R\$ 50,1 milhões para R\$ 124,9 milhões.

A apresentação, complementada por alguns esclarecimentos, destacou:

1 - a expansão dos repasses fundo a fundo com o PAB, PACS, PSF e Combate às Carências Nutricionais cria inevitavelmente novas demandas e novos gastos, pressionando para elevação dos recursos orçamentários;

2 - a consolidação e expansão do PACS-PSF modifica o modelo de atenção básica, prevendo para 1999 a implantação de 6000 equipes do PSF e a contratação de 107 mil Agentes Comunitários de Saúde;

3 - se a equipe econômica do governo não propuser cortes de contingenciamento do orçamento de 1999, este será o maior orçamento do Ministério da Saúde nos últimos anos;

4 - a dotação SIA-AIH-SUS vai necessitar, no 2º semestre, uma suplementação da ordem de R\$ 500 milhões a R\$ 700 milhões, devido aos incentivos criados no final de 1998;

5 - na execução do orçamento estarão sendo implementados incentivos financeiros para emergência e urgência, UTI, neurocirurgia, maternidade de alto risco, melhoria ao atendimento das maternidades e alocação de recursos para as regiões mais atrasadas, visando reduzir as disparidades regionais;

6 - os recursos destinados a Programas Específicos como o de infra-estrutura do SUS e de sa-

* Aprovados no Plenário do CNS na 84ª CNS

** Tema apresentado na 84ª RO do CNS, pelo Secretário-Executivo, Dr. Barjas Negri

neamento básico, que dependem da elaboração de projetos, são aprovados e executados ao longo do segundo semestre, a que se somam as conhecidas dificuldades da política orçamentária em liberar esses recursos no primeiro semestre. Destacou ainda que esses recursos são repassados a Estados e municípios que possuem estrutura inadequada para executar integralmente esses recursos (incapacidade de gastos);

7 - a desvalorização cambial já começa a se manifestar nas compras de insumos importados (medicamentos, vacinas, órteses, próteses e materiais especiais) e, na seqüência, nos hospitais contratados e conveniados. A compra internacional de vacinas e insumos pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS e a racionalização da compra de medicamentos e de inseticidas e vacinas pelo MS/CNEPI estão atenuando um pouco o impacto da desvalorização cambial.

8 - como o avanço tecnológico sempre aumenta os gastos com saúde, pressionando o orçamento do Ministério da Saúde, o incremento orçamentário dos próximos anos estará condicionado ao crescimento da economia e da receita pública.

Comissão de Orçamento e Finanças

R e l a t ó r i o

ANÁLISE DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA - 1998

1. Em relação ao orçamento de 1998 a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO determina que seja, em relação à saúde, no mínimo igual a 1997 = R\$20,4 bilhões. O executivo preparou um orçamento de R\$19,1 e o congresso aprovou um de R\$19,5. A má surpresa ficou por conta de decreto do presidente que bloqueou R\$1,9 bilhões da saúde diminuindo o orçamento para R\$17,6 (corrigido iria ficar menos que o de 1995!) entre bloqueios e desbloqueios o orçamento de 1998 terminou num aprovado final de R\$20,4 bilhões, com um bloqueio final de R\$0,9 bilhões, resultando num liberado de R\$19,57, num empenhado de R\$18,93 e um liquidado de R\$18,91 bilhões.
2. O aumento de R\$19,4 para R\$20,4 representou um aparente ganho de 5% logo a seguir bloqueado em 5%, e com perda final de 7,87% quando comparados R\$20,4 bilhões aprovados e os R\$18,9 bilhões liquidados.
3. Com os dois dados acima vale lembrar que o fato do Conselho Nacional de Saúde e do Congresso Nacional aprovarem um orçamento não significa obrigatoriedade na sua execução.
4. Destaca-se, entre as despesas, o pagamento de R\$1,93 bilhões, de dívida principalmente do empréstimo feito junto ao FAT. Atenção especial que no item dívida foi somado, na coluna orçamento aprovado final, o que estava no orçamento da saúde e R\$1,38 bilhões, que foi transferido diretamente pela Secretaria do Tesouro Nacional - STN. Este recurso foi debitado à saúde. Um ilusório aumento de receita. Do "orçamento da saúde" (orçamentário e não financeiro) saiu apenas R\$ 0,55 bilhões, o resto foi transferência direta do orçamentário da STN. Ficou sem ser pago em relação ao previsto de dívida apenas cerca de R\$ 0,12 bilhões.
5. Os recursos para assistência, que incluem atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tiveram uma execução em 1997 de R\$9,75 bilhões. em 1998 somaram-se gastos com SIA-SIH, PAB, PACS, PASF chegando a R\$ 9,55. o maior gasto em 97, provavelmente, deveu-se ao pagamento de atrasados (os 25% de correção de valores da tabela).
6. Entre os itens que foram menos realizados destacamos:
 - o Programa de Combate a Carências Nutricionais (leite) teve realização de apenas 37% (63% não realizado);
 - a Coordenação de Saúde Materno-Infantil com apenas 46% realizado (54% não realizado) ;
 - o saneamento básico financiado pela Funasa deixou de realizar 41%;
 - a vigilância sanitária e outros programas (tanto da administração direta quanto da Fundação Nacional de Saúde) não realizaram mais de 30% de suas atividades (as conseqüências são sentidas há anos e hoje mais desnudadas nos escândalos dos medicamentos).
 - a administração de unidades, o reaparelhamento da rede e o grande projeto Reforsus tiveram suas atividades diminuídas em até 75% (infra-estrutura das unidades da Funasa).
 - até o combate ao dengue deixou de realizar 11%.
7. Chamamos a atenção para uma questão no ano de 1997 quando ficou demonstrado que o MS, no final do ano, alterou vários totais de recursos como liberados de modo que no momento de análise da execução ficasse a impressão de que se tinha utilizado 100% do orçamento quando na verdade era 100% do liberado. Assim o Programa do Sangue, que nada tinha realizado em 1997, teve como execução quase que 100%, pois reduziram o valor orçado ao liberado. Na análise de 1998 notamos que na coluna em que constam os valores sob o título de orçamento aprovado, existem várias alterações entre aqueles números iniciais e os hoje apresentados. Alguns valores aumentados em relação ao inicial e outros diminuídos sugerem ter havido um remanejamento interno de verbas dentro do MS, prejudicando a análise da execução. Como exemplo as vacinas e vacinações tiveram um orçamento inicial de R\$ 197 milhões de reais e no aprovado final consta como R\$ 177 milhões. Se compararmos estes dois números ao liquidado final (R\$ 171 milhões), teremos percentuais di-

ferentes de execução, na relação 171/177 = execução de 94% (faltou apenas 6%) e na relação 171/197 = 87% (não executado = 13%), permitindo conclusões diferentes. Houve relações alteradas por aumento de recursos como ocorreu na questão de SIH-SIA. Neste caso, acrescentou-se cerca de R\$ 380 milhões o que resultou em 103%, se comparado o aprovado com a execução.

8. Outra questão que merece atenção é a execução final do orçamento. Nos dois últimos meses houve uma aceleração incomum nos empenhos novos e liquidações de empenhos antigos. Citamos como exemplo os medicamentos em geral com os quais até outubro se gastou apenas 47% dos R\$390 milhões. No final do ano, os R\$ 390 milhões foram reduzidos para R\$ 351 milhões. Empenharam quase a mesma quantia e liquidaram R\$ 347 milhões. Aqui ocorreram as duas situações: a mudança do valor orçado e o empenho e liquidação no final do ano. A relação entre 347/351 é de 98,9% e a de 347/390 é de 88,97%, o que deixa sem realização cerca de 11% (na atual crise de falta de medicamentos). Como explicar o gasto de 47% em 10 meses e o de 42% em 2 meses? Não é possível justificar tal situação através da variação sazonal de uso de medicamentos que é muito pequena.

RECEITAS DE 1998

1. A CPMF diretamente transferida representa 35,26% da receita. Somando-se o que vem de devolução pelo FEF entra mais cerca de 8,82%. O total da CPMF fica em torno de 44% da receita da saúde. R\$6,47 bilhões diretamente, R\$1,62 bilhões como FEF num total de R\$8,08 bilhões. Isto corresponde ao arrecadado, segundo a SRF, de R\$8,11 bi (variação devida ao arrecadado no final de cada ano e só contabilizado no início do outro).
2. Entra a CPMF que deveria, desde sua concepção, ser um recurso a mais para a saúde e saem outras fontes previstas no orçamento inicial, principalmente o COFINS(-11,11%) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL (-26,26%) e até mesmo o FEF (-18,74%).
3. Comemorou-se muito que o governo havia pago a maior parte da dívida do FAT com recursos próprios do tesouro, inclusive pagando diretamente os recursos, sem passá-los pelo Fundo Nacional de Saúde. Na verdade o que aconteceu, e está demonstrado, é que o pretenso acréscimo de recursos para a saúde de R\$1.381.958.552 (do pagamento da dívida), foi compensado quando o Tesouro deixou de passar para a saúde: R\$724 milhões dos recursos ordinários, R\$440 milhões do FEF, R\$550 milhões de títulos do tesouro, entre outros.
4. Durante muitos anos os recursos denominados como fiscais da União (recursos ordinários - fonte 100), previstos constitucionalmente como uma

das fontes de financiamento da seguridade, representaram percentualmente algo muito próximo de zero. Para o ano de 1998 estava previsto um percentual de 12 % destes recursos. Era previsto que eles substituiriam outras fontes, os recursos transferidos (8% - R\$1,695 bilhões) não foram suficientes nem para pagar os servidores ativos (R\$ 2,3 bilhões), nem inativos (R\$1,7 bilhões).

5. Outra questão para se entender é que, na planilha do detalhamento do gasto em 1998, temos um total de valor liquidado de R\$18.910.065.048. Nessa planilha de receita somando-se as transferências todas e o pagamento direto feito pela STN (dívida de R\$ 1,381 bilhões) temos uma receita de R\$18.338.834.731, o que resulta numa diferença de R\$ 571 milhões, que, somados aos mais R\$ 17 milhões empenhados e não liquidados, significarão R\$588 milhões de restos a pagar de 1998.
6. Continua sem explicação convincente os restos a pagar de 1997 que eram R\$1,2 bi e cujo aporte de recursos foi, como demonstrado acima, apenas de R\$767.610.793, ficando sem explicação a diferença de cerca de R\$ 400 milhões de 1997.

ORÇAMENTO DE 1999

O orçamento da saúde, inicialmente entregue ao Congresso Nacional em agosto de 98, obedecendo a LDO no seu artigo 40, estabeleceu para 1999 o mesmo valor de 1998, ou seja: R\$19,8 bilhões.

Esse orçamento foi retirado do Congresso e reapresentado em novembro no contexto do Programa de Ajuste Fiscal. Aprovado no final de janeiro, foi sancionado pelo presidente em meados de fevereiro, cabendo ao MS o total de R\$ 19.555.360.852,00.

REFORMA TRIBUTÁRIA E SAÚDE (PECS - CPMF - COFINS ETC.)

A Reforma Tributária, em trâmite no Congresso, mudou o cenário do encaminhamento da proposta de Emenda Constitucional que garanta recursos definidos, definitivos e suficientes para a saúde.

A vinculação de mais receitas para a saúde, além da CPMF, única até o momento aceita como parcialmente destinada à saúde, deve ser rediscutida após a votação do Pacote Fiscal. As variáveis são outras e os cenários diferentes.

A Comissão reconhece que a Resolução 281, do CNS, acerca da vinculação constitucional de recursos deve ser reafirmada. Nesta Resolução estão colocadas várias salvaguardas que garantiriam uma vinculação de recursos sem as surpresas decorrentes de uma reforma tributária que extinga contribuições sociais, desvincule CPMF ou ainda incorpore como gastos em saúde despesas estranhas como as com os inativos e outras. A Resolução 281 deve ser parâmetro referencial para novos estudos e análises a serem elaborados em 1999.

DPVAT

Em decorrência de um trabalho de enorme competência e valor da Procuradoria Geral da República, o Ministério da Saúde passará, em 1999, a ter um aumento de recursos da ordem aproximada de R\$ 500 milhões. O DPVAT – seguro obrigatório de veículos automotores – arrecadou em 1998 cerca de R\$ 480 milhões. Com o novo Decreto do Presidente da República – desencadeado por ação da Procuradoria - os 45% dos recursos do DPVAT passaram a ser depositados diretamente no Fundo Nacional de Saúde no prazo de dois dias após seu recolhimento. As seguradoras que ficaram com 50% do DPVAT serão responsáveis pelo pagamento do Seguro de Vida, Invalidez e de Despesas Médicas quando o atendimento for feito por serviços de saúde não próprios ou contratados pelo SUS. Louve-se a ação efetiva da Procuradoria dos Direitos do Cidadão. A prova do maior aporte de recursos é que só no mês de fevereiro já se arrecadou 80 milhões de reais. O dobro da média mensal de 1998.

Conjuntura Nacional Em função da saúde

A matéria a seguir foi discutida e aprovada na 84ª Reunião Ordinária deste CNS. O item deve constar da pauta das reuniões ordinárias durante todo o ano. O objetivo é apresentar dados e reflexões sobre a conjuntura econômica periodicamente para que o plenário possa balizar suas análises considerando o impacto do contexto econômico no panorama da saúde.

CAP. A: Impactos da Situação Macroeconômica e da Política Sobre a Saúde - um Modelo

1. Sobre as Condições de Vida e Práticas de Saúde
2. Sobre a Capacidade de Resposta do Estado
3. Sobre o SUS

CAP. B: A CONJUNTURA: RELAÇÕES COM OS IMPACTOS

1. Macroeconomia
2. Política

CAP. C: PERSPECTIVAS: RELAÇÕES COM OS IMPACTOS

1. Antecedentes
2. As Distorções da Economia
3. Conseqüências da Persistência do "Enfoque Atual"

CAP. D: POSSÍVEIS MUDANÇAS E IMPLICAÇÕES NA SAÚDE

CAPÍTULO A

UM MODELO DE IMPACTOS SOBRE A SAÚDE, DA SITUAÇÃO MACROECONÔMICA E POLÍTICA

1 - Sobre as condições de vida e práticas sociais:

- 1.1 - Nível e distribuição de renda (gasto privado, desigualdades e pobreza);
- 1.2 - Desemprego e salários;
- 1.3 - Oferta de bens e preços;
- 1.4 - Infra-estrutura social;
- 1.5 - Estabilidade/instabilidade, incerteza, insegurança e confiança;
- 1.6 - Estado de direito, institucionalidade e justiça;
- 1.7 - Cultura e valores;
- 1.8 - Democracia e participação (organização e mobilização) e
- 1.9 - Ambiente e riscos.

2 - Sobre a capacidade de respostas do Estado:

- 2.1 - Financiamento: nível, estruturas e alocação (prioridades);
- 2.2 - Governabilidade e gestão (serviço público, instrumentos de intervenção, etc.);
- 2.3 - Liderança e motivação (mobilização e afirmação de valores);
- 2.4 - Relações com a sociedade civil e controle social;
- 2.5 - Estado de direito e democracia;
- 2.6 - Pacto Federativo.

3 - Sobre o SUS (diretamente):

- 3.1 - Princípios e condução da Política Oficial de Saúde;
- 3.2 - Políticas públicas, políticas de saúde e planejamento;
- 3.3 - Financiamento na área da saúde;
- 3.4 - Gestão e gerência: descentralização, participação e controle social, hierarquização/regionalização, a eficiência etc.;
- 3.5 - Recursos Humanos de saúde e condições de trabalho;
- 3.6 - Outros fatores produtivos e insumos (oferta);
- 3.7 - O Público e o Privado na Saúde;
- 3.8 - Setor Público, mercado e regulação;
- 3.9 - Necessidades e demandas;
- 3.10 - Programas estratégicos.

CAPÍTULO B

A CONJUNTURA (SITUAÇÃO): SUA RELAÇÃO COM O DISPOSTO NO CAPÍTULO A

1 - Macroeconomia

- 1.1 - Estabilização ameaçada;
- 1.2 - Déficit corrente (déficit externo) e déficit fiscal: implicações sobre o financiamento;

- 1.3 - Juros altos, carga tributária elevada e outros custos;
- 1.4 - Poupança interna deprimida (estatal e privada): implicações sobre o gasto estatal e o consumismo da sociedade;
- 1.5 - Investimentos reais reduzidos, produção estagnada ou em recessão;
- 1.6 - A explosão da dívida e transferência de renda (economia real e população) ao capital financeiro; os encargos financeiros do setor público, especialmente da União;
- 1.7 - Concentração de renda (com recessão);
- 1.8 - Pacto federativo perturbado: a (in) capacidade de Estados e municípios (prestação de serviços e financiamento);
- 1.9 - A "reforma" (desmonte) do Estado.

2 - Política

- 2.1 - Práticas políticas (Os limites da justificação dos meios pelos "fins");
- 2.2 - Ética da política e de governar;
- 2.3 - Representatividade e sua legitimidade;
- 2.4 - Democracia e participação;
- 2.5 - Partidos, sistema eleitoral, responsabilidades e governabilidade;
- 2.6 - Desprestígio social das instituições e relações com a sociedade (concentração e abuso do poder);
- 2.7 - Governo de homens, estado de direito e cidadania.

CAPÍTULO C

PERSPECTIVAS: RELAÇÃO COM O DISPOSTO NO CAPÍTULO A

1 - Antecedentes

- 1.1 - O Plano Real: círculo virtuoso inicial e os descaminhos de sua implementação/complementação;
- 1.2 - Causas principais e gerais:
 - a) fundamentalismo monetarista e liberal;
 - b) Os projetos de poder e estilos de governo;
 - c) O contexto global.

2 - As distorções da Economia (Decorrências do disposto no Capítulo B)

- 2.1 - Excessivo endividamento público;
- 2.2 - Déficit fiscal e déficit externo (corrente);
- 2.3 - Juros e câmbios e a ruptura tardia do câmbio artificial;
- 2.4 - Insuficientes poupança interna e investimentos produtivos; dependência excessiva da poupança externa;
- 2.5 - A governabilidade ameaçada.

3 - Conseqüências da Persistência do "enfoque" atual.

- 3.1 - Necessidades de financiamento externo (quase) impossível (liquidez diminuída e credibilidade perdida);
- 3.2 - Juros altos e maior recessão;
- 3.3 - Balança comercial insuficiente como resposta ao déficit externo;
- 3.4 - Ajuste fiscal proposto insuficiente;
- 3.5 - Recessão, desemprego, pobreza e menor arrecadação;
- 3.6 - Rigidez alocativa maior;
- 3.7 - Pressa e "ligeireza" nas privatizações;
- 3.8 - Pacto federativo mais deteriorado: insolvência de Estados e municípios;
- 3.9 - Governabilidade deteriorada;
- 3.10 - Câmbio instável e exagerado com aumento de pressões inflacionárias;
- 3.11 - Controle monetário e fiscal externo (renúncia à autonomia nacional);
- 3.12 - Mais crise e "Calote" geral, externo e após, interno.

CAPÍTULO D

POSSÍVEIS MUDANÇAS E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE

a) centralização (imediate) do câmbio para proteção de reservas, disciplina do uso de recursos, atendimento de compromissos, redução de juros, etc., riscos e cuidados;

b) controle seletivo de importações (limite OMC) e estímulo às exportações;

c) renegociação da dívida mobiliária interna (alongamento e menos juros) e da dívida externa se necessário;

d) redução dos juros com redução dos Encargos Financeiros da União - EFUs e aumento da flexibilidade alocativa;

e) ajuste fiscal rigoroso e sério com orientação social;

f) reforma tributária (consumo vs produção) progressividade social, e controle da evasão fiscal;

g) reformulação do pacto federativo: descentralização, critérios de gestão, prioridades públicas e responsabilização;

h) poupança e mercado internos com inserção ordenada (interesse nacional) na economia mundial; recuperação da credibilidade e respeito externos e controle permanente dos fluxos financeiros;

i) retomada do crescimento (desenvolvimento) e política social prioritária orientada a: capacitação (trabalho e cidadania), erradicação da miséria e redução das desigualdades, e do custo humano (dívida social) evitável e de insegurança (total);

j) a reorientação da reforma do Estado;

k) afirmação de valores de nossa cultura (solidariedade, família, democracia, responsabilidade social etc.).

DECRETO DE 2 DE MARÇO DE 1999.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e de acordo com o disposto no art. 2º do Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, resolve

DESIGNAR

os seguintes representantes para compor o Conselho Nacional de Saúde:

Ministério da Educação:

Sérgio Luiz Magarão - titular;
José Roberto Ferraro - suplente;

Ministério do Trabalho e Emprego:

Edenilza Campos de Assis e Mendes - titular;
Cláudia Muros Gurgel - suplente;

Ministério da Agricultura e do Abastecimento:

Ênio Antonio Marques Pereira - titular;
Francisco Bezerra da Silva - suplente;

Ministério da Previdência e Assistência Social:

Wanda Engel Aduan - titular;
Rosa Maria Chaves Tavares de Melo - suplente;

Secretaria de Estado de Planejamento e Avaliação:

Sérgio Francisco Piola - titular;
Solon Magalhães Viana - suplente;

Ministério da Saúde:

Maria Angélica Gomes - titular;
Lucimar Rodrigues Coser Cannon - suplente;

Conselho Nacional de Secretários de Saúde:

Júlio Strubing Muller Neto - titular;
Eduardo de Novaes Medrado Santos - suplente;

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde:

Edmundo Gallo - titular;
Sílvio Mendes de Oliveira Filho - suplente;

Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura:

- Maria da Graça Amorim - titular;
- Ivaneck Perez Alves - suplente;

Confederação Nacional da Agricultura:

- Augusto Alves de Amorim - titular;
- Ataíde Alves - suplente;

Confederação Nacional do Comércio:

- Paulo Romano - titular;
- Licíneo Affonso da Cunha Ratto - suplente;

Confederação Nacional da Indústria:

- José Carlos Bezerra Passos - titular;
- Carlos Fernando Gross - suplente;

Conferência Nacional dos Bispos do Brasil:

- Zilda Arns Neumann - titular;
- João Evangelista Moisés Figueiredo - suplente;

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência:

- Rita de Cássia Barradas Barata - titular;
- Roberto Passeto Falcão - suplente;

Confederação Nacional das Associações de Moradores:

- Antonio Sabino dos Santos - titular;
- Carlos Corrêa Martins - suplente;

Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas:

- Maria Leda de Resende Dantas - titular;
- Geraldo Adão Santos - suplente;

Central Única dos Trabalhadores:

- Jocélio Henrique Drummond - titular;
- Elizabete Vieira Matheus da Silva - suplente;

Força Sindical:

- Diógenes Sandim Martins - titular;
- Carlos Aparício Clemente - suplente;

Entidades Nacionais de Representação dos Médicos:

- Antônio Celso Nunes Nassif - titular;
- Samir Dahas Bittar - suplente;

Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde:

- Olympio Távora Derze Correa - titular;
- Fernando Passos Cupertino de Barros - suplente;
- Samuel Monteiro dos Santos Júnior - titular;
- Sílvio Romero de Figueiredo Costa - suplente;

Entidades Nacionais de Outros Profissionais da Área da Saúde:

- Albaneide Maria Lima Peixinho - titular;
- Zenite da Graça B. Freitas - suplente;
- Temistocles Marcelos Neto - titular;
- Rozângela Fernandes Camapum - suplente;

Comunidade Científica e da Sociedade Civil:

- Carlyle Guerra de Macedo - titular;
- Mozart de Abreu e Lima - suplente;
- William Saad Hossne - titular;
- Nilzo Augusto Mendes Ribeiro - suplente;
- Margareth Martha Arilha Silva - titular;
- Clair Castilhos - suplente;

Entidades Nacionais de Portadores de Patologia e Deficiência:

- Ana Maria Lima Barbosa - titular;
- Luciana Parisi - suplente;
- Climério da Silva Rangel Júnior - titular;
- Maria Bernadete Almeida e Silva - suplente;
- Roseli Lopes Saad - titular;
- Marisa Fúria da Silva - suplente;
- Neide Regina Cousin Barriguelli - titular;
- Vera Lúcia Marques de Vita - suplente;
- Mário César Scheffer - titular;
- Regina Maria Bonini Franco Oliveira - suplente;
- Artur Custódio Moreira de Sousa - titular;
- Cacilda Frichensen - suplente.

Brasília, 2 de março de 1999; 178ª da Independência e 111ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Serra

(Texto extraído do D.O.U. de 3 de março de 1999)

Edição

Assessoria de Comunicação Social do CNS

Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios - Bloco "G"
Anexo - Ala B - 1º Andar
Salas 128 a 147 - CEP 70058-900
Brasília-DF
Fones: (061) 225-6672 266-8803
315-2150 315-2151
Fax: (061) 315-2414 315-2472
e-mail: cns@saude.gov.br
<http://conselho.saude.gov.br>



Conselho Nacional de Saúde

