



Boletim do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ANO 3 - Número 13/14/15

Publicação Periódica

Fevereiro/Março/Abril 2000

APRESENTAÇÃO

As matérias que constam neste número foram discutidas e aprovadas na 94^a, 95^a e 96^a Reuniões Ordinárias realizadas, respectivamente, nos dias 9 e 10 de fevereiro, 15 e 16 de março e 5 e 6 de abril de 2000. Estão sendo publicadas em conjunto as resoluções que reestruturam e constituem as Comissões Técnicas de Saúde Indígena, Saneamento e Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Alimentação e Nutrição. Essas resoluções foram discutidas e aprovadas no decorrer do ano passado, mas sua formatação final foi concluída em princípio de maio e encaminhadas para apreciação e homologação do ministro da Saúde, José Serra.

O Boletim apresenta três resoluções: a que aprova o modelo para notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho; a que defende os princípios da Declaração de Helsinque e a que requer o desbloqueio dos recursos do FGTS para o saneamento básico. Apresenta uma recomendação, que aprova a realização de oficina de trabalho sobre o modelo de seguro de acidentes e um moção, no sentido de se assegurar recursos para manutenção e desenvolvimento do SUS.

Foi aprovada a Agenda Básica 2000, definindo prioridades de temas e abordagens para discussão do CNS. O estudo e a proposta para um novo mecanismo de acompanhamento mais integral do SUS foi consubstanciado no documento: Informações e Mecanismos para o Acompanhamento do SUS pelo CNS. Essa nova sistemática foi considerada um marco na qualificação do processo de controle social, o que deve permitir uma avaliação mais adequada da eficiência e eficácia do sistema público de saúde. Outro destaque foi a aprovação do relatório do grupo de trabalho que analisou os resultados da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União no Sistema Único de Saúde.

Nesse período, o Conselho Nacional de Saúde e as diversas entidades que integram o colegiado intensificaram as articulações no Senado Federal em defesa da tramitação e aprovação da PEC da Saúde. Foram realizadas audiências com as principais lideranças par-

tidárias no Senado e a articulação de uma Carta Aberta em Defesa da Saúde, que obteve o apoio de todas entidades representadas no CNS e expressiva solidariedade da CNBB, OAB e ABI. Este movimento tem resultado em avanços crescentes no processo de aprovação da PEC 86/99, fazendo aproximar a votação da Emenda Constitucional com o apoio da maioria esmagadora dos senadores da República.

AGENDA BÁSICA 2000

PAUTA DE PRIORIDADES PARA O CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

1. ACOMPANHAMENTO

1.1 - Do Planejamento do Ministério da Saúde (diretrizes e elaboração);

1.2 - Do Orçamento - Programa do Ministério da Saúde (metas, alocação de recursos e gastos);

1.3 - Do Financiamento do Sistema Único de Saúde nas três esferas de Governo (incluindo a tramitação da PEC aglutinativa); e

1.4 - Da preparação da 11^a Conferência Nacional de Saúde.

2. ACOMPANHAMENTO ESPECIAL

Programas Nacionais Estratégicos de maior potencial de estruturação e construção do SUS, como:

2.1 - No campo de atenção básica à saúde (PAB, PSF, PACS e outros);

2.2 - Investimento dirigido à equidade (REFORSUS e outros);

2.3 - Insumos básicos, especialmente os medicamentos;

2.4 - Articulações intersetoriais visando a promoção e educação em saúde (Saúde Ambiental incluindo o Trabalho, Saúde Alimentar e outros); e

2.5 - Capacitação da Gestão do Sistema nos três níveis, com três ênfases:

- Informação para decisão - resposta;
- Vigilância e Saúde; e
- Política de Recursos Humanos do SUS.

3. ACOMPANHAMENTO PERMANENTE

Com base nos indicadores epidemiológicos e sociais.

3.1 - Atenção Integral à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher, dos Portadores de Patologias e Deficiências, dos Indígenas, dos Idosos, dos Trabalhadores e outros;

3.2 - Doenças Emergentes e Reemergentes; e

3.3 - Humanização do Atendimento.

4. ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO TRIMESTRAL

Conjuntura Macroeconômica e Política e sua influência na Saúde.

5. CONTROLE SOCIAL

Ponto de Pauta Permanente.

5.1 - Fortalecimento e desenvolvimento da infra-estrutura institucional de apoio aos Conselhos de Saúde e ao Controle Social;

5.1.1 - Sistematização da Informação e Comunicação entre os Conselhos em todos os níveis, especialmente quanto aos indicadores sociais e epidemiológicos, de repasses e gastos dos recursos, das ações e serviços realizados, das alianças inter-setoriais e dos impactos na saúde da população;

5.1.2 - Capacitação dos Conselheiros e Gestores do Controle Social;

5.1.3 - Construção de alianças importantes para a atuação do CNS e efetivação do Controle Social; e

5.1.4 - Estabelecimento das "áreas chaves" para o Controle Social pelos Conselhos de Saúde nos três níveis;

5.2 - Papéis e competências dos Conselhos de Saúde (Órgãos Colegiados integrantes do Poder Executivo);

5.3 - Os Encontros de Conselheiros, as Plenárias dos Conselhos e as Conferências de Saúde; e

5.4 - Aprofundamento das práticas democráticas de representatividade, e aprimoramento legal da indicação, designação e sucessão de conselheiros.

6. TEMAS CONJUNTURAIS RELEVANTES

6.1 - Controle Social das Operadoras Privadas de Planos e Seguros de Saúde: os direitos dos consumidores e as relações com o SUS;

6.2 - Atualização da NOB-96 ou formulação da NOB - 2000; e

6.3 - Outros.

RELATÓRIO

RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO PARA ANÁLISE DOS RESULTADOS DA AUDITORIA DO TCU NO SUS (DECISÃO Nº 955/99)

1. Introdução

O Grupo de Trabalho criado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em

9/2/2000 para analisar os resultados da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) no Sistema Único de Saúde (SUS), reuniu-se em Brasília nos dias 29 de fevereiro, 2 de março e 4 de abril últimos. Este Relatório expressa o consenso de seus autores e tem por objetivo subsidiar o plenário do Conselho em relação à matéria.

Foram estabelecidas pelo GT duas finalidades principais para o trabalho de análise: (i) informar ao plenário do conselho as implicações das principais determinações e recomendações do TCU e, (ii) identificar uma possível linha de interlocução CNS/TCU.

2. Composição do GT

- Cláudio Duarte da Fonseca (MS/SPS) representado por Adnei Pereira de Moraes
- Augusto Alves Amorim (CNA)
- Júlia Roland (CUT)
- Rita Barradas Barata (SBPC/ABRASCO) - coordenadora
- Ruy Nedel (Secretaria Executiva CNS)
- Solon Magalhães Vianna (IPEA) - relator

3. Apreciação geral

O GT centrou sua análise em, fundamentalmente, dois documentos: o relatório de auditoria "Programa de Ação na Área de Saúde" apresentado ao plenário do TCU e a Decisão 955/99 que consubstancia as recomendações e determinações do Tribunal, decorrentes do primeiro documento.

Embora a auditoria tenha sido realizada em 1998, o TCU só se pronunciou em definitivo sobre os seus resultados em 15 de dezembro último. Não é provável que esses três meses tenham sido suficientes para o MS dar cumprimento a todas as determinações e recomendações do Tribunal sobretudo as mais complexas. Por outro lado, é possível que algumas das recomendações e determinações estejam superadas dado o tempo decorrido entre a auditoria a deliberação final.

O trabalho da auditoria do TCU foi estruturado segundo nove áreas temáticas¹ cada uma apresentando um conjunto de constatações seguidas de propostas de encaminhamento e análise. A abrangência da análise foi bastante variável.

Na vigilância epidemiológica, por exemplo, o único aspecto analisado foi a qualidade dos sistemas de informação. Embora fundamental, por ser tratar de insumo crítico em epidemiologia, o sistema de informação é, na situação atual do sistema de saúde menos problemático que a

¹ Vigilância Epidemiológica, Medicamentos e Combate a Doenças, Vigilância Sanitária, Saneamento, Assistência Ambulatorial e Hospitalar, Programas Especiais de Saúde, Infra-estrutura do SUS, Financiamento, Controle e Fiscalização.

não mencionada questão dos recursos humanos. Os melhores epidemiologistas brasileiros, ao contrário do que ocorria no passado não muito distante, estão hoje nas universidades de maior porte e em organismos internacionais. A carência desses quadros no setor público, decorrente da combinação de diferentes fatores de desincentivo² implantados a partir do início da última década, não está limitada às pequenas e médias prefeituras, o que seria compreensível, mas alcança também, com poucas exceções, os governos municipais mais importantes, as secretarias estaduais de Saúde e o próprio Ministério da Saúde. O Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), unidade especializada subordinada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), desde sua criação em 1990, não realizou um único concurso público. Sua equipe hoje é formada, principalmente, por técnicos contratados temporariamente através de organismos internacionais³. Na área de controle de doenças poucos programas da FUNASA foram focalizados. Em relação aos medicamentos, a auditoria sugere a realização de trabalho específico para "avaliar o efeito e os resultados da execução da Política Nacional de Medicamentos" o que é importante dada a relevância da matéria e os fatos relativamente recentes no setor⁴ os quais devem ser objeto de monitoramento permanente.

De modo geral, a impressão produzida pelo relatório de auditoria foi bastante positiva demonstrando que seus autores tentaram compreender o significado do SUS à luz dos princípios constitucionais, organizacionais, de financiamento e de avaliação indo além da simples abordagem contábil convencional.

Esse Relatório não pretende ser exaustivo. Por isso, concentra-se no exame das principais recomendações e determinações externadas na Decisão 955/99 destacando-se as relacionadas com financiamento, auditoria, saneamento, planos de saúde e controle social.

2 A estratégia de ajuste fiscal tem dois elementos críticos: a venda de empresas estatais e a redução das despesas com pessoal ativo e inativo mediante política de recursos humanos, que aboliu direitos e congelou salários golpeando fundo a auto-estima do servidor público civil vilanizado perante à opinião pública.

3 Na verdade a carência de quadros especializados permanentes em geral não se limita à FUNASA mas pode ser estendida ao MS como um todo, onde, pelo menos a curto prazo, só se vislumbram projetos de recrutamento para as agências executivas recém criadas

4 Aumento abusivo de preços no varejo, regulamentação dos medicamentos similares e genéricos, incentivo específico no PAB, proposta da indústria para a criação uma cesta básica de medicamentos de uso contínuo.

4. Das determinações e recomendações

É bastante elevado e diversificado (Tabela I) o número de determinações e recomendações do TCU, gerado pelo relatório de auditoria. Este GT, contudo, optou por destacar, para consideração do plenário, somente as mais relevantes e/ou que envolvem aspectos polêmicos cujas providências por parte do Ministério da Saúde ou, eventualmente, pelo próprio CNS, ainda não tenham sido efetivadas.

Do total (79) de recomendações e determinações, 73 dizem respeito ao MS; 23 delas (31,5%) requerem ação direta do próprio Ministro, seja na condição de titular da pasta, seja na de Presidente do Conselho Nacional de Saúde.

Tabela I - Número de determinações e recomendações estabelecidas pela Decisão Nº 955/99/TCU segundo o responsável pela respectiva execução

Responsáveis	Determinações	Recomendações
Ministro da Saúde	14	7
Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS)	2	-
Secretaria Executiva (SE)	2	-
Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)	6	4
Secretaria de Políticas de Saúde (SPS)	5	-
Departamento de Informática do SUS (DATASUS)	4	-
Dep. de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA)	5	-
SE/SPS/DCAA	2	-
SAS/SPS/DCAA	1	-
SE/SAS	-	1
Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	10	4
FUNASA/DATASUS	4	-
Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS)	-	2
Subtotal (Ministério da Saúde)	55	18
FUNASA/Secretaria de Política Urbana (SEPURB)	-	1
SEPURB	-	4
Cons. Fed. de Med. (CFM) e Com. Fed. De Enf. (CFE)	-	1
Total geral	55	24

Entre as determinações e recomendações direcionadas ao MS as mais numerosas referem-se a saneamento, financiamento e auditoria (Tabela II).

Tabela II - Número de determinações e recomendações estabelecidas pela Decisão Nº 955/99/TCU por assunto

Assunto	Determinações	Recomendações
Financiamento	5	6
Auditoria	8	3
Saneamento	7	-
Controle Social	6	3
Auditoria	13	-
SUS x Planos de Saúde	2	-
Outros	14	12
Total	55	24

FINANCIAMENTO - A Decisão 955/99 trata com especial destaque desta questão, em um amplo espectro, no qual tem inserção a determinação do Tribunal quanto à revisão do prazo para transferência de recursos fundo a fundo (Item 8.1.1.) previsto na Portaria GM/MS nº1.827/94, de modo a adequá-lo tanto às

necessidades decorrentes dos compromissos financeiros contraídos pelos gestores locais do SUS como às disponibilidades do Ministério.

Particular relevância têm os itens 8.1. 2 e 8.1.9 da Decisão especificamente dirigidos ao Ministro da Saúde. O primeiro se refere a realização de estudos "com o objetivo de criar metodologia para fixação dos valores a serem repassados aos estados e municípios para custeio das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar que inclua objetivamente os critérios previstos no Art. 35, especialmente os constantes dos Incisos II, V, VI". No segundo (8.1.9) o TCU determina que sejam observados os "critérios do Art. 35 especialmente os constantes nos Incisos I, II e III para o estabelecimento dos valores destinados a infra-estrutura a serem transferidos a estados e municípios, além dos parâmetros e indicadores existentes no âmbito do Ministério".

Os critérios definidos na Lei 8.080/90 (Art. 35)⁵, como lembra o TCU, jamais foram regulamentados⁶. Eles são aplicáveis a 50% dos recursos a serem repassados enquanto a outra metade "será distribuída segundo o quociente da sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio" (Art. 35, Parágrafo 1º)⁷.

Posteriormente, a Lei 8.142, de dezembro de 1990 estabeleceu que os recursos federais destinados à cobertura das ações implementadas pelos municípios, estados e Distrito Federal sejam repassados de "forma regular e automática" (Art. 3º), "exclusivamente pelo critério populacional" (Art. 3º, Parágrafo 1º) e que "70% desses recursos sejam destinados aos municípios, afetando-se o resto aos estados" (Art. 3º, Parágrafo 2º). A intenção, portanto, era superar o veto presidencial ao dispositivo da Lei anterior (8.080/90) que tentava garantir o repasse automático e, ao mesmo tempo, adotar um critério simples e transparente, embora não equitativo, para quantificação dos valores a serem recebidos pelas unidades federadas.

Como é sabido, também o critério populacional estabelecido na Lei nº 8.142⁸ jamais foi regula-

mentado. Na verdade, como mostram pelo menos dois estudos sobre o assunto, tais critérios, presentes nas duas leis, deveriam ser amplamente revistos se a intenção fosse a adoção do princípio da equidade para orientar o financiamento da descentralização. A referência do TCU ao Art. 35 pode ser atribuída ao fato de se tratar de dispositivo legal em plena vigência. No entendimento desse relatório não significa uma validação técnica aos critérios ali previstos. Nada impede que se promova a sua modificação.

Na verdade, o que tem prevalecido desde então é a completa inapetência para regulamentar a lei ou, o que poderia ser mais conveniente e oportuno, promover a sua modificação. Nesse contexto, pontifica a estratégia de legislar por portarias em meio a diferentes modalidades de repasses. A atenção básica, por exemplo, é financiada segundo o critério populacional, como previsto na Lei nº 8.142/90, o que acarreta um valor per capita único como se todos os entes subnacionais tivessem as mesmas necessidades e igual capacidade fiscal para o auto financiamento. Os demais recursos, salvo os destinados ao REFORSUS, onde prevalece o princípio da equidade, são transferidos por critérios freqüentemente condicionados pela tamanho da oferta beneficiando, portanto, embora menos que no passado, as unidades federadas mais afluentes.

A utilização de uma fórmula similar ao RAWP⁹, com base em novos critérios simples, transparentes e ancorados na equidade, definidos em lei para quantificar repasses tem várias vantagens, desde que sejam criadas garantias nos moldes das que protegem os Fundos de participação de estados e de municípios. Entre essas vantagens se incluem as de: (i) resgatar as transferências globais, regulares e automáticas tal como previsto na Lei Nº 8.142 (Art.3º, caput); (ii) criar uma nova sistemática mais eqüânime, transparente e democrática; (iii) tornar o processo de descentralização menos vulnerável a práticas clientelísticas; (iv) flexibilizar o uso dos recursos por parte dos gestores subnacionais e (v) dar maior segurança a estados e municípios quanto à perenidade das regras.

É importante ressaltar ainda que os critérios para definição do per capita global a ser repassado para estados (e municípios) não devem ser aplicados apenas à assistência médica e hospitalar como sugere o relatório do TCU. Referem-se, de fato, a todos os recursos federais destinados a todas as ações e serviços desenvolvidos pelo SUS, nos estados e municípios, salvo eventualmente os casos de investimentos.

A regulamentação do uso "por estados e municípios dos recursos do SUS transferidos fundo a

5 "I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos; e VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo".

6 Para maiores detalhes sobre este assunto ver estudo realizado no IPEA com o apoio da OPS em 1991. Tese de doutorado de Sílvia Porto (ENSP/FIOCRUZ) é outra referência ainda mais recente sobre o assunto.

7 Dois dispositivos da Lei 8.080/90, aprovados pelo Congresso Nacional, prevendo a transferência regular e automática de recursos para as instâncias subnacionais (Art. 33, Parágrafo 2º) e a dispensa de convênios e outros instrumentos jurídicos para essas transferências (Art. 35, Parágrafo 5º) foram vetados pelo Poder Executivo, com a inusitada justificativa de se tratarem de "minúcias impróprias à Lei" (sic).

8 A despeito de sua simplicidade o critério per capita não é auto aplicável. No mínimo seria necessário definir sobre que montante deveria ser aplicado. A divisão entre o conjunto de estados (30%) e municípios (70%), por sua vez, parece arbitrária e difícil de ser aplicada de forma generalizada dada os diferentes graus de municipalização existentes no país.

9 Sigla (Resource Allocation Working Party) referente a fórmula adotada no Reino Unido.

fundo para a cobertura das ações e serviços de saúde não incluídos no Piso de Atenção Básica, a exemplo do estabelecido na Portaria GM/MS 3.925/98", é outra determinação do TCU que deve ser vista com cuidado. Em síntese, esse GT entende que deva ser reavaliada por aquela corte, na medida em que pode levar a exageros e radicalismos controlistas e recentralizadores diante do risco, que lhe é inerente, de engessar o gestor local e comprometer o processo de descentralização. Uma questão, de resto absolutamente correta, é vincular o uso dos recursos ao cumprimento de metas pactuadas entre as três esferas de governo e proibir o seu uso fora do SUS. Outra, bastante diferente, é determinar em Brasília, onde, em que, ou como os recursos devam ser despendidos. A primeira opção é coerente com o sistema federativo e com a doutrina do SUS particularmente com a diretriz da descentralização. A segunda opção, no limite, pode ser desastrosa para o processo de construção do SUS já que - se aplicada -, torna mais interessante para secretaria de saúde municipal ou mesmo estadual, continuar como mero prestador, remunerado segundo a quantidade dos serviços que prover ao SUS, mas - em contrapartida -, com ampla liberdade no uso dos recursos recebidos.

É sem dúvida importante, como inscrito na Decisão do Tribunal (item 8.2.1), a "identificação das áreas e ações de saúde mais carentes" de modo a orientar a alocação de recursos gerados em consequência da aprovação da PEC ora em fase final de tramitação no Congresso. Trata-se de assunto que requer o acompanhamento do Conselho até por se tratar de matéria sobre a qual terá que deliberar já que envolve o exercício de competências regimentais (Art. 3º, caput, V, VI, X, XII XIII).

A continuidade da renúncia fiscal (8.2.2), decorrente de incentivos a empresas e famílias deve ser reestudada pelo MS. Ela implica, em última análise, na transferência de recursos da sociedade para os mais ricos custearem serviços médicos, inclusive os notoriamente supérfluos, como as cirurgias plásticas cosméticas. Além de iníqua tal prática é pouco eficaz para inibir a sonegação fiscal por parte de profissionais de saúde já que acabou produzindo a prática, eticamente duvidosa mas corrente, dos honorários com e sem recibo.

AUDITORIA - A primeira determinação nesta área temática é no sentido de o MS envidar esforços para estruturar o componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) (item 8.1.5) de forma a melhor definir suas atribuições como órgão de controle do SUS. Tal determinação está diretamente relacionada ao item 8.3 onde o TCU reitera ao Ministro da Saúde o cumprimento da

Decisão 138/98 no sentido de:

" 8.1.8.6. redefinir as competências do SNA nas três esferas de governo, de maneira clara, possibilitando o exercício das atividades de forma descentralizada e integrada com divisão de responsabilidades entre os níveis de gestão;

8.2.4. adote providências no sentido de dotar o SNA de recursos materiais e humanos necessários ao desempenho de suas funções;

8.2.5. adote providências com vistas à elaboração de um Plano de Cargos e Salários para os auditores da área de saúde".

Este GT entende que o problema central na questão da auditoria, ao lado da carência de quadros especializados em estados e municípios, passa pela definição clara da competência do MS nesse campo. Em um sistema de saúde descentralizado de um país federativo, essa competência deve ser necessariamente limitada diante da impossibilidade material de o Ministério auditar, salvo episodicamente, 27 estados e mais de 5.500 municipalidades.

Mas é fundamental também que o componente federal do SNA, institucionalizado no MS no Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA), vá além do exercício das funções de fiscalização que lhe sejam cometidas (auditar centros de excelência que sejam referência nacional ou macrorregional, por exemplo). Tão ou mais importante no estágio atual de desenvolvimento do SNA, é promover a capacitação de auditores estaduais não só - como determina o Tribunal (item 8.1.12) -, para a fiscalização dos "requisitos e da assunção de responsabilidades inerentes à habilitação dos municípios às condições de gestão estabelecidas na NOB/SUS/01/96" como nas demais ações próprias de um serviço de auditoria estadual. Nesse aspecto (capacitação) a expertise acumulada no DCAA é insubstituível e deve ser reconhecida e aproveitada.

Já a elaboração de plano de cargos e salários específico para seus quadros, determinada pelo TCU, embora explicável, não pode estar descolada de providência mais abrangente em relação aos recursos humanos do MS, sobretudo aqueles empenhados em funções finalísticas e em regime de dedicação exclusiva.

Entretanto a determinação do TCU (8.12.1) que, no entendimento deste GT, se configura como a de maior transcendência e que envolve além do DCAA, a Secretaria Executiva e a Secretaria de Políticas de Saúde, é a reavaliação das gestões estaduais e municipais do SUS "no que concerne a real assunção dos papéis dos gestores". A despeito da NOB-SUS/01/96, prevalece uma grande variedade de modelos organizacionais, no que se refere à divisão de competências entre níveis de governo subnacionais. Dizendo de outra forma: o

enquadramento em uma das duas modalidades de gestão criadas pela Norma Operacional, nem leva a uma divisão uniforme de funções entre estado e município, nem significa que o município em gestão plena do sistema municipal assumira todas as prerrogativas e obrigações inerentes a essa modalidade. É o que mostra estudo relativamente recente realizado pelo Ministério da Saúde¹⁰

Duas situações extremas foram constatadas em cidades sob gestão plena do sistema municipal. Em um pólo, a municipalização da rede ambulatorial é total (Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre, Palmas e Belo Horizonte). Em outro, toda a rede de ambulatorios permanece sob gestão estadual (Campo Grande, Recife, Natal, Belém e, no Ceará e Amazonas, respectivamente, Juazeiro do Norte e Presidente Figueiredo). No meio estão as cidades restantes onde o percentual de municipalização da rede varia entre mais de 90% (Teresina, Blumenau, Maceió e Cuiabá) e menos de 50% (Senador Guiomard, Porto Velho e João Pessoa). O percentual médio de municipalização da rede ambulatorial é de 65,5% entre as cidades estudadas, mas com variações extremas entre as regiões.

Dois outros indicadores confirmam os achados anteriores e revelam as limitações dos dados referentes ao número de municípios (ou estados) habilitados como indicador de descentralização. Com efeito entre as dezesseis capitais sob gestão plena do sistema municipal, em abril de 1999, apenas uma (Porto Alegre) geria a totalidade dos recursos financeiros destinados a atenção ambulatorial, uma prerrogativa inerente à modalidade de gestão em que se encontram. Com percentual acima de 90% haviam apenas cinco outras (Belém, Palmas, Goiânia, Teresina e Rio de Janeiro). Não obstante, nove capitais têm total governabilidade sobre os recursos hospitalares.

Mais revelador ainda, segundo dados de 1998 (junho) e 1999 (janeiro a abril), é a queda da governabilidade municipal sobre os recursos globais do SUS. Enquanto em 1999 somente uma capital - Porto Alegre, como já mencionado -, administrava a totalidade dos recursos ambulatoriais, em 1998 eram cinco. Ademais a governabilidade sobre esses recursos, que já não era total, diminuiu no período referido em outras seis (Goiânia, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Cuiabá e Natal). Na única cidade onde a autonomia municipal cresceu de forma significativa (Porto Velho) o percentual de recursos ambulatoriais sob controle local continuou muito baixo, passando de 11,8% para 22,1%.

No caso dos recursos hospitalares, embora tam-

bém tenha havido perda na governabilidade local, os dados, de um modo geral, são mais favoráveis. Duas (Maceió e Belo Horizonte) das dez capitais que, em 1998, geriam a totalidade dos recursos assistenciais destinados à interação, perderam esse status. Duas outras (Campo Grande e Recife) tiveram sua governabilidade também reduzida sobretudo nesta última que gere apenas 22,5% dos recursos hospitalares alocados no município.

Todos esses achados, tanto podem significar que o estado teria recentralizado serviços antes municipalizados, quanto indicariam que a alocação de recursos novos teria ocorrido mais nos serviços sob gestão estadual do que naqueles sob responsabilidade municipal (MS, s.d.).

Se tudo isto ocorreu por inércia, acordo tácito, ou, como sugere o estudo do MS, em decorrência de um pacto formal entre as partes, é uma indagação que permanece sem resposta e que só poderá ser respondida caso a caso. O fato é que os indicadores apresentados são bastante eloqüentes na diversidade de situações no que se refere à divisão de competências no SUS, e que a unidade de comando com direção única registrada na Constituição, ainda está longe de ser alcançada. Em síntese, a gestão plena do sistema municipal, não é tão plena quanto prevê a Norma que a instituiu.

SANEAMENTO - Das onze determinações emanadas do TCU neste tema, sete dizem respeito exclusivamente ao MS/FUNASA. As demais se referem à SEPURB isoladamente ou em comum com a FUNASA.

Entre as medidas sugeridas tem especial importância:

- (i) adoção de critérios epidemiológicos combinados com o nível de pobreza dos municípios para identificação das áreas prioritárias para investimentos (8.15.5);
- (ii) avaliação sistemática do impacto desses investimentos na situação de saúde das populações beneficiadas (8.15.7);
- (iii) estabelecimento de "articulação entre a FUNASA e SEPURB visando criar um ponto de corte (espacial e/ou funcional) entre seus investimentos de modo a evitar superposições de ações" (8.15.2, 8.19.1).

PLANOS DE SAÚDE - Duas determinações do TCU ao Ministro da Saúde dizem respeito a interface entre o SUS e os sistemas privados de pré pagamento. A primeira (item 8.1.6) se refere a adoção de providências para a efetivação do ressarcimento pelas operadoras de planos e seguros de saúde, dos serviços prestados pelo SUS aos beneficiários desses planos e seguros de saúde. Embora justa essa medida gerou uma expectativa que dificilmente será concretizada

10 BRASIL - Análise de alguns aspectos do processo de descentralização no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência à Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde) -, s.d.

quanto ao seu potencial de gerar recursos novos. Em primeiro lugar, porque é inócua na maior parte do SUS, que é privada e na sua quase totalidade credenciada pelas operadoras. Segundo, porque na rede estatal só parece fazer sentido estabelecer um sistema de identificação de pacientes para efeito de ressarcimento em determinados serviços, em geral, os de alta tecnologia e/ou de urgências e emergências.

Com a segunda determinação (item 8.1.7) o TCU espera o estabelecimento de procedimentos que inviabilizem o recebimento em duplicidade (SUS e Plano de saúde) pela entidade prestadora de serviços. Este ilícito parece que pode ser controlado mediante cruzamento de informações pelo DATASUS desde que seja obrigatório o envio das informações pelas operadoras. Bem mais complicado será impedir, como também pretende o tribunal, o tratamento privilegiado de beneficiários dos planos privados em detrimento dos usuários do SUS. A prática da dupla porta de entrada é, de forma velada ou ostensiva, comum a praticamente toda a rede privada vinculada ao SUS, sendo meramente residual na rede operada diretamente pelo governo.

Duas medidas óbvias para eliminar a discriminação não são viáveis a curto e médio prazo: a paridade tarifária e a criação de unidades "SUS exclusiva" não estatais como as organizações sociais criadas pelo Governo do Estado de São Paulo. Em qualquer das alternativas o aumento de custos é inevitável. Em situações isoladas muito especiais o problema tem sido contornado. No caso dos transplantes, por exemplo, mediante a organização da fila única. Algumas entidades privadas, sem eliminar o problema da discriminação, tem procurado fazer com que seja menos ostensivo criando locais separados de atendimento, como na Santa Casa de Porto Alegre.

CONTROLE SOCIAL - O reconhecimento por parte do TCU da relevância do controle da sociedade sobre as políticas de saúde e, em particular, do papel deste colegiado nesse controle, fica patente nas recomendações e determinações específicas feitas ao titular da pasta da saúde. O Tribunal (item 8.2.3) não só recomenda a agilização da homologação das Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Saúde, como também determina ao Presidente do CNS que:

- (i) sistematize procedimentos de forma a cumprir o prazo regimental referente à publicação no Diário Oficial da União das Resoluções aprovadas e homologadas"(8.4.1); e
- (ii) "procure cumprir as atribuições e competências de que está incumbido de acordo com as Leis nº 8.080/90, nº 8.142/90, Decretos nº

99.438/90, nº 806/93 e nº 1.232/94"(item 8.4.2.).

Um outro instrumento importante para o controle da sociedade poderiam ser os Relatórios de Gestão previstos na Lei nº 8.142/90 (Art. 4º) e no Decreto nº 1.651/95 (Art. 6º, I, "b") cuja regulamentação é objeto de determinação do TCU ao Ministro da Saúde (item 8.1.10). Seria um procedimento meramente cartorial encaminhar esses relatórios ao MS que não teria condições materiais de apreciá-los. Nem mesmo as secretarias estaduais de saúde poderiam fazê-lo, pois em muitos estados o número de municípios é medido em centenas. Tais documentos seriam úteis se utilizados para o controle social, tendo, portanto, sua terminalidade na mesma instância do SUS em que é gerado. Dessa forma, o Relatório de Gestão seria um mecanismo pelo qual o Gestor, nacional, estadual ou local, prestaria contas ao respectivo conselho de saúde.

Para a FUNASA a Decisão (item 8.16.1) recomenda providências no sentido de possibilitar o incremento do controle social sobre projetos e atividades de saneamento, sob sua responsabilidade, e que estude (item 8.16.3) a possibilidade de manter um representante nas instâncias colegiadas estaduais na área de saneamento. Não ficou claro para este GT quais seriam essas "instâncias colegiadas estaduais" (sic). Fóruns de controle social específicos, já existentes ou a serem criados, ou os próprios conselhos de saúde? Na primeira hipótese estar-se-ia criando superposição com os conselhos de saúde. Por outro lado se as instâncias colegiadas forem os próprios Conselhos de saúde, a participação da FUNASA dependeria menos da vontade dessa Fundação do que de decisão do colegiado estadual. Ademais, com a descentralização das funções dessa Fundação a proposta do TCU parece superada.

É oportuno mencionar que nem todas as propostas do relatório técnico dos auditores foram incorporadas à decisão 955/99. É o caso da crítica generalizada à terceirização e, não menos polêmica e talvez por isso não encampada pelo Ministro Relator, a determinação ao Presidente do CNS para "buscar meios para segregar as funções de Presidente do Conselho e Ministro da Saúde". Embora os motivos para essa mudança não tenham sido explicitados é possível que decorram de três motivações:

- (i) o problema das não homologações das resoluções do Conselho, aparentemente já corrigido, mas que sensibilizou os auditores;
- (ii) o reconhecimento da necessidade de revisão de algumas competências deliberativas do CNS; e

(iii) a incoerência entre a recomendação deste colegiado para que os conselhos de saúde sub-nacionais elejam seus presidentes e a situação do CNS que adota solução diametralmente oposta.

5. Conclusão e recomendações do GT ao Plenário

As determinações e recomendações emanadas do TCU são, de um modo geral, de inegável oportunidade e conveniência. Certamente o Tribunal saberá levar na devida conta as ponderações sobre a matéria expressas neste Relatório. Nesse sentido, sugere-se ao plenário o seguinte elenco de recomendações:

1. Encaminhar às Comissões Permanentes que assessoram o plenário do CNS cópia do relatório de auditoria e da Decisão 955/99 para que apreciem os pontos que lhes digam respeito mais diretamente;

2. Incluir na agenda de trabalho do Conselho, deste ano, questões que este GT considera das mais relevantes sobretudo porque referidas na Decisão nº 955/90 referentes à:

(i) Descentralização - Questões como: (a) critérios de repasse de recursos federais para estados e municípios; (b) papel da auditoria federal nas instâncias subnacionais e, (c) regulamentação do uso de recursos repassados, todas discutidas neste documento, serão determinantes do grau de descentralização do SUS. Sobre esses assuntos o CNS parece não ter ainda uma posição clara e conclusiva;

(ii) Dupla porta de acesso ao sistema de saúde - esta é uma distorção com a qual teremos que conviver e, neste caso, é preciso assumi-la sem hipocrisia ou há possibilidade de estabelecimento de mecanismos que impeçam o atendimento privilegiado a pacientes privados inclusive os de planos e seguros de saúde;

(iii) Relatório de gestão - instrumento de controle social, nos termos sugeridos, que teria como conteúdo central um rol de indicadores capazes de mensurar a eficiência, eficácia, economicidade, equidade e efetividade das ações desenvolvidas pelo SUS;

(iv) Interlocução com o TCU - comissão de conselheiros, não mais que três ou quatro, residentes ou que estejam em Brasília, acompanhada pelo Secretário Executivo, levaria à Presidência do TCU e ao Ministro-Relator a posição do Conselho em relação às principais recomendações e determinações contidas na Decisão TCU/957/99 e uma proposta para o estabelecimento de sistemática para troca de informações entre o CNS (Secretaria Executiva) e área técnica do TCU, de modo a dirimir eventuais dúvidas e interpretações divergentes.

RESOLUÇÕES

APROVA A REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO

Resolução Nº 293, de 8 de julho de 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de julho de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:** A adequação da composição da Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI), face ao novo Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde.

RESOLVE:

Aprovar a reestruturação da **Comissão Intersectorial de Saúde do Índio (CISI)**, com a seguinte composição:

- um(a) representante da Coordenação de Saúde do Índio (COSAI/Fundação Nacional de Saúde/MS);
- um(a) representante da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/Ministério da Justiça);
- um(a) representante das instituições de Pesquisa, Ensino e Extensão;
- quatro representantes indígenas;
- um(a) representante do Conselho Indigenista Missionário (CIMI/Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB);
- um(a) representante da Associação Brasileira de Antropologia (ABA).

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 293, de 8 de julho de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

APROVA A REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Resolução Nº 294, de 8 de julho de 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de julho de 1999, no uso de suas

competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

RESOLVE:

I - Recompôr a **Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia (CICT)** com a seguinte composição:

I.1 - Membros titulares para o 1º período, com mandato de 2 (dois) anos:

- um(a) representante do CONASEMS.
- um(a) representante da FIESP (setor de equipamentos médico-hospitalares ou farmacêutico).
- um(a) representante da FIOCRUZ.
- um(a) representante do CNPq.
- um(a) representante da CAPES/MEC.
- um(a) representante da ABRASCO.
- um(a) representante da ABC.
- um(a) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da SPS/MS.

I.2 - Membros suplentes, que assumirão a titularidade no 2º período, por mais 2 (dois) anos:

- um(a) representante do CONASS.
- um(a) representante da FIESP.
- um(a) representante do Instituto Butantã/SES/SP.
- um(a) representante da FINEP.
- um(a) representante do CRUB ou ANDES.
- um(a) representante da ABRASCO.
- um(a) representante da ABC.
- um(a) representante do Departamento de Ciência e Tecnologia da SPS/MS.

II - Esta rotatividade de titularidade implica numa pactuação efetiva entre o titular e o suplente, incluindo consultas recíprocas e posições consensadas sobre os temas de pauta, visando a representatividade, a consistência e a continuidade dos trabalhos da Comissão.

III - Participarão como assessores nas reuniões, sempre que necessário, um representante da OPS, área de C&T e representantes da ABNT e do IDEC.

IV - A CICT terá como finalidade articular o Sistema Único de Saúde, com as instituições responsáveis pela formação dos cientistas e pela produção do conhecimento científico, as agências governamentais responsáveis pelo financiamento da pesquisa, o setor produtivo de tecnologias e insumos para a saúde, e os representantes da sociedade civil, para a formulação das diretrizes e princípios da política nacional de ciência e tecnologia em saúde, visando a definição de prioridades e estabelecimento de mecanismos de avaliação e controle social a serem propostos ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde, órgão responsável pela formulação da política nacional de saúde e pelo controle social no SUS.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 294, de 8 de julho de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

APROVA A REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE

Resolução Nº 295, de 8 de julho de 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Octogésima Oitava Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de julho de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

1 - a adequação da composição da **Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente**, face ao novo Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde;

2 - a relevância para a saúde pública das políticas de saneamento e meio ambiente, aliada à necessidade de se enfrentar de forma articulada os diversos fatores que interferem na qualidade de vida da população;

RESOLVE:

1 - Aprovar a reestruturação da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente, com o objetivo de assessorar o plenário do Conselho Nacional de Saúde na articulação e na formulação de políticas na área de saneamento e meio ambiente, com a seguinte composição:

Membros efetivos:

- um(a) Representante da Associação Nacional de Serviços Municipais de Saúde (ASSEMAE);
- um(a) Representante da Associação das Empresas de Saneamento Básico Estaduais (AESB);
- um(a) Representante da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA);
- um(a) Representante do Conselho Nacional do Meio Ambiente Ministério do Meio Ambiente;
- um(a) Representante da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ);
- um(a) Representante da Secretaria Especial de Desenvolvimento Urbano - Presidência da República;
- um(a) Representante da Federação Nacional dos Urbanitários;
- um(a) Representante do Fórum Brasileiro de

ONGs e Movimentos Sociais para o Meio Ambiente e Desenvolvimento;

● um(a) Representante da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES).

2 - No desenvolvimento do seu Plano de Trabalho, a Comissão poderá solicitar a cooperação técnica *ad hoc* de instituições ou de especialistas de forma a aperfeiçoar suas atividades de assessoramento ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 - Designar um coordenador(a) e um subcoordenador (a) para as atividades da Comissão, indicados pelo plenário do CNS.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 295, de 8 de julho de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

APROVA A REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Resolução Nº 296, de 2 de setembro de 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Nonagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 1 e 2 de setembro de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

- 1) o novo Regimento do CNS; e
- 2) a necessidade de dotar a **Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST)** de representação institucional, condizente com as competências estabelecidas para as comissões intersectoriais.

RESOLVE:

I - Aprovar a reestruturação da Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador (CIST), com a seguinte composição:

- um(a) representante do Ministério da Saúde (MS);
- um(a) representante do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS);
- um(a) representante do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE);
- um(a) representante do Conselho Nacional

de Secretários de Saúde (CONASS);

● um(a) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

● um(a) representante do Instituto Ethos;

● um(a) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO);

● um(a) representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT);

● um(a) representante da Força Sindical;

II - No desenvolvimento do seu Plano de Trabalho, a CIST poderá solicitar a cooperação técnica de instituições ou de especialistas *ad hoc* de forma a aperfeiçoar as suas atividades de assessoramento ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

III - Estabelecer como Coordenador(a) adjunto o(a) representante da ABRASCO.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 296, de 2 de setembro de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

APROVA A REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER

Resolução Nº 297, de 2 de setembro de 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Nonagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 1º e 2 de setembro de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

- 1 - o novo Regimento do CNS e
- 2 - a necessidade de dotar a Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (CISMU) de representação institucional, condizente com as competências estabelecidas para as comissões intersectoriais;

RESOLVE:

I - Aprovar a reestruturação da **Comissão Intersectorial de Saúde da Mulher (CISMU)**, com a seguinte composição:

- um(a) representante do Ministério da Saúde (MS);
- um(a) representante da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPDP/MPOG);
- um(a) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);
- um(a) representante da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos;
- um(a) representante da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO);
- um(a) representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO);
- um(a) representante da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB);
- um(a) representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e
- um(a) representante do Movimento Nacional de Mulheres Portadoras de Deficiências.

II - Para o desenvolvimento do seu plano de trabalho os(as) membros da CISMU poderão ser convidados a comporem subcomissões temáticas *ad hoc* sempre que se fizer necessário.

III - A CISMU poderá demandar a cooperação técnica de instituições ou de especialistas *ad hoc* de forma a aperfeiçoar a qualidade dos subsídios elaborados para o Conselho Nacional de Saúde.

IV - A CISMU poderá contar com a presença de convidados(as) especiais em suas reuniões, sempre que se fizer necessário.

V - A CISMU estabelece como Coordenador(a) adjunto(a) o(a) representante da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 297, de 2 de setembro de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

APROVA A INSTALAÇÃO DA COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL

Resolução Nº 298, de 2 de dezembro de 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Nonagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 1º e 2 de setembro de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro

de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando:**

1. a importância epidemiológica dos transtornos mentais, aliada à problemática social e humana que determina perda de anos de sobrevivência digna, aos que padecem com tais transtornos;
2. a necessidade de ampliar e resguardar os direitos das pessoas com transtornos, em consonância com a Carta de Princípios e Direitos de Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais da ONU (1991);
3. a necessidade de construir uma rede diversificada e ampliada de assistência socio sanitária, acessível, efetiva e eficiente para o cuidado em saúde mental;

RESOLVE:

I - Constituir a **Comissão de Saúde Mental**, com objetivo de assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de saúde mental, com a seguinte composição:

- um(a) Representante dos Usuários e/ou Familiares dos Serviços de Saúde.
- um(a) Representante do Movimento de Luta Antimanicomial.
- um(a) Representante da Associação Brasileira de Psiquiatria.
- um(a) Representante do Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores de Saúde.
- um(a) Representante dos Prestadores Contratados.
- um(a) Representante da Secretaria de Direitos Humanos do Ministério da Justiça.
- um(a) Representante do CONASEMS.
- um(a) Representante do CONASS.
- um(a) Representante do Ministério da Saúde.

II - As entidades de familiares dos usuários dos serviços de saúde mental indicarão um representante que permanecerá à disposição da comissão, na qualidade de assessor.

III - A Coordenação da Comissão será exercida por um Conselheiro(a) indicado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde.

IV - As entidades e fóruns correspondentes deverão indicar os membros titulares e suplentes da comissão.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 298, de 2 de dezembro de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

APROVA A REESTRUTURAÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Resolução Nº 299, de 6 de maio de 1999

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Octogésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de maio de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando**:

- 1 - a necessidade de controlar e avaliar a operacionalização das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Alimentação e Nutrição;
- 2 - a promoção de mecanismos para a consolidação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);

RESOLVE:

Reinstalar a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição com o objetivo de integrar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em observância aos princípios do SUS e à Política Nacional de Saúde, com a seguinte composição:

- um(a) representante do Ministério da Saúde (MS);
- um(a) representante do Ministério da Educação e Desporto;
- um(a) representante do Ministério da Agricultura;
- um(a) representante da Associação Brasileira da Indústria de Alimentos;
- um(a) representante da Entidades de Trabalhadores na Área de Saúde;
- um(a) representante do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar;
- um(a) representante da CNBB (Pastoral da Criança);
- um(a) representante da Associação Brasileira de Nutrição;
- um(a) representante do Conselho Nacional de Saúde como coordenador.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 298, de 6 de maio de 1999, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

APROVA MODELO PARA NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHO

Resolução Nº 300, de 10 de fevereiro de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de fevereiro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **considerando**:

- 1 - a apresentação e respectiva aprovação do estudo desenvolvido pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), sobre a definição de modelo e instrumentos para notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, por solicitação da COSAT/SPS/MS;
- 2 - a aprovação do modelo proposto na 6ª Oficina de Trabalho Interagencial da RIPSA, realizada em 4 e 5/11/99;
- 3 - a necessidade de adoção de módulo informatizado pelas estruturas gestoras do SUS, proporcionando dessa forma a padronização mínima para a notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho;

RESOLVE:

- 1 - aprovar a adoção, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de modelo para a notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho, nos moldes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), coordenado pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI/FNS/MS), na forma da ficha de notificação, Anexo desta Resolução;
- 2 - propor implantação/implementação do módulo informatizado para notificação de agravos relacionados ao trabalho, inicialmente, em unidades sentinelas, com áreas de abrangência determinadas, a serem definidas pelos estados e municípios, sob orientação da Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT/SPS), em articulação com a Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI/FNS) e DATASUS/SE, priorizando-se no âmbito das especificidades locais: Acidentes de Trabalho em menores de 18 anos (independente da gravidade); Acidentes de Trabalho Graves e Fatais; Intoxicação por Agrotóxicos; Intoxicação por Solventes Orgânicos, Metais e Gases Tóxicos; Perda Auditiva Induzida por Ruído; Lesões por Esforços Repetitivos; Dermatoses Ocupacionais e Pneumoconioses;
- 3 - recomendar o agendamento da matéria específica na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartites

(CIBs), com vistas à unidade de ação entre o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

4 - propor, às instituições referidas no item 2, em articulação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a elaboração do Manual Operacional do Sistema, destinado a orientar e facilitar sua implementação, disponibilizando-se: as listas de doenças relacionadas ao trabalho, os códigos da CID-10 para as causas externas, detalhando-se os acidentes e doenças do trabalho, conforme a relação de agravos prioritários desta resolução;

5 - recomendar ao DATASUS, o desenvolvimento do módulo informatizado para notificação de agravos relacionados ao trabalho, com inclusão de rotina para pesquisa da CID-10, até 4 dígitos;

6 - recomendar a articulação entre os Ministérios da Saúde (MS), do Trabalho e Emprego (TEM) e da Previdência e Assistência Social (MPAS), objetivando a intercoordenação com iniciativas assemelhadas.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 300, de 10 de fevereiro de 2000, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

DEFENDE OS PRINCÍPIOS DA DECLARAÇÃO DE HELSINQUE

Resolução Nº 301, de 16 de março de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Nonagésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 15 e 16 de março de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando**:

1 - a responsabilidade do CNS na proteção da integridade dos sujeitos de pesquisa, tendo constituído a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP);

2 - as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, Resoluções CNS 196/96, 251/87 e 292/99;

3 - a discussão de propostas de modificação da Declaração de Helsinque, pautada para a Assembléia Geral da Associação Médica Mundial, a realizar-se em outubro/2000 em Edinburgo;

4 - a representação da Associação Médica Brasileira na referida Assembléia;

RESOLVE:

1 - Que se mantenha inalterado o Item II.3 da referida Declaração de Helsinque: "Em qualquer estudo médico, a todos os pacientes, incluindo àqueles do grupo controle, se houver, deverá ser assegurado o melhor tratamento diagnóstico ou terapêutico comprovado".

2 - Manifestar-se contrariamente às alterações propostas, sobretudo à referente ao uso de placebo diante da existência de métodos diagnósticos e terapêuticos comprovados.

3 - Instar à Associação Médica Brasileira que este posicionamento seja remetido com a presteza necessária aos organizadores da Assembléia Geral da Associação Médica Mundial.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 301, de 16 de março de 2000, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

REQUER O DESBLOQUEIO DOS RECURSOS DO FGTS PARA O SANEAMENTO BÁSICO

Resolução Nº 302, de 6 de abril de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Nonagésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de abril de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando**:

1 - que investimentos em saneamento básico promovem a qualidade de vida das populações e reduzem significativamente os indicadores de morbi-mortalidade, principalmente os de mortalidade infantil;

2 - a necessidade de perseguir as metas estabelecidas pela Política Nacional de Saneamento (fixadas pelo Governo Federal em 1997), objetivando atingir a universalização dos serviços de

água e esgoto em todo o território nacional no ano de 2010;

3 - o acerto na lógica do financiamento público na construção das políticas públicas de saneamento, baseado no custeio direto por meio de sistemas tarifários e investimentos majoritariamente com recursos onerosos, oriundos do Fundo de Garantia pelo Tempo de Serviço (FGTS);

4 - a importância e imprescindibilidade dos financiamentos ao setor público com recursos do FGTS para a consecução das metas estabelecidas na Política Nacional de Saneamento;

5 - a constatação de elevada disponibilidade de recursos que o FGTS atualmente apresenta;

6 - a capacidade de pagamento demonstrada por parte significativa dos operadores públicos de abastecimento de água e esgotamento sanitário;

7 - que os empréstimos concedidos pelo FGTS para realização de obras e saneamento não contribuem com o déficit público. Esses recursos são onerosos e os empréstimos estão sendo formalmente quitados por estados e municípios, gerando hoje o superávit apresentado pelo Fundo, além de alavancarem nos níveis locais e regionais a movimentação de recursos tarifários próprios;

8 - que o FGTS foi criado com a finalidade de financiar ações de saneamento básico, infraestrutura e habitação;

9 - a suspensão dos financiamentos dos investimentos em saneamento e infraestrutura urbana com recursos do FGTS para o setor público desde julho de 1998, em razão de decisão do Conselho Monetário Nacional;

10 - o sucateamento do setor público de saneamento caso persistam as restrições financeiras, tornando mais cara e mais difícil a reabilitação do setor; e

11 - os prejuízos incalculáveis à saúde pública que a iminente desestruturação dos serviços de saneamento está provocando;

RESOLVE:

1 - Alertar as autoridades governamentais dos graves riscos para a saúde e a qualidade de vida da população brasileira advinda dessa política de contingenciamento dos recursos do FGTS para o financiamento do setor público de saneamento básico, e que desestabiliza e compromete o patrimônio público das empresas e autarquias estaduais e municipais de saneamento, obtido pelo investimento de décadas da sociedade brasileira.

2 - Solicitar ao Conselho Monetário Nacional a suspensão imediata das restrições estabelecidas pelas Resoluções 2.521, 2.653, 2.668 e 2.682

e que sejam, conseqüentemente, descontingenciados os recursos do FGTS para investimentos do setor público de saneamento básico, fazendo cumprir as reais funções do Estado na garantia dos direitos básicos de cidadania da população brasileira.

3 - Garantir a participação do Conselho Nacional de Saúde em todos os fóruns onde se formule a Política Nacional de Saneamento, conforme definido na Constituição Federal e na Lei 8.080/90.

4 - Propor que efetivamente sejam integradas as ações de saneamento, definindo-se critérios adequados à aplicação dos recursos para o setor saneamento e promovendo de forma eficiente a universalização e equidade na prestação dos serviços.

5 - Recomendar aos conselhos estaduais e municipais de saúde o acompanhamento, a fiscalização e o controle social das políticas de saneamento, nos respectivos âmbitos de atuação.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 302, de 6 de abril de 2000, nos termos do Decreto de Delegação de Competência, de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde

ACOMPANHAMENTO DO SUS

INFORMAÇÕES E MECANISMOS PARA O ACOMPANHAMENTO DO SUS PELO CNS

(Discutido e Aprovado na Reunião Plenária do CNS de 15 e 16/3/00)

Introdução:

A Comissão de Coordenação-Geral (CCG), respondendo a preocupações expressadas no Plenário do Conselho, iniciou a discussão das condições e mecanismos para um acompanhamento mais integral do SUS. Entre as questões básicas do processo a administração de informação aparece como crucial.

Os itens a seguir têm por finalidade aclarar e organizar os objetos, fontes de informação e mecanismos do acompanhamento, assim como as responsabilidades das estruturas do CNS frente a este enfoque, mantido sempre como

prioritário pelo Plenário do CNS, inclusive na Agenda Básica do Conselho para o ano 2000.

1. Objetos gerais do acompanhamento

1.1 - Objetivos e princípios do SUS, em particular políticas e processos relevantes;

1.2 - Programas, objetivos e metas face a recursos (alocação) e execução (formas de utilização e prioridades);

1.3 - Níveis de ação: nacional (Ministério da Saúde) estados e municípios;

1.4 - Contexto e conjuntura: características, impactos e evolução (tendências).

1.5 - Indicadores para 1.1 a 1.4 (seleção)

2. Origens (fontes) da informação necessária.

2.1 - Institucional: Ministério da Saúde (1.1 a 1.3).

2.2 - Institucional: estados e municípios (1.1 a 1.3).

2.3 - Não-institucional/oficial: sociedade, através dos Conselhos e das organizações neles representadas, da imprensa, de outras organizações sociais, etc.

2.4 - O acompanhamento de 1.4 - "contexto e conjuntura" requer informações de múltiplas fontes: oficiais (Ministério da Fazenda, Banco Central, IPEA, IBGE, etc.) e outras (imprensa, organizações acadêmicas ou sociais diversas, etc.). O essencial é a natureza e capacidade das análises em função da saúde.

3. Mecanismos e Responsabilidades

3.1 - Para 2.1 (Ministério Saúde)

A Secretaria Executiva do CNS e a "Comissão de Orçamento" articulando-se com os órgãos do MS, em função da natureza específica da informação requerida. Essa especificação, também necessária para 2.2, deve ser feita urgentemente, comprometendo-se junto à SE/CNS, as demais comissões do CNS.

3.2 - Para 2.2 (Estados e Municípios)

A Secretaria Executiva do CNS para a obtenção de informação via MS ou diretamente dos gestores descentralizados (estados e municípios), dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde via sistema de informação para o controle social, em parceria com o CONASS e o CONASEMS. Esse mecanismo será complementado pela ação dos conselheiros e de suas organizações representadas.

A informação dessa fontes, além de sua significação em relação aos objetos em pauta (1.1 e 1.2) são essenciais também para checar/validar as informações do item anterior (3.1).

3.3 - Para 2.3 (Não oficial)

Essa é área de responsabilidade dos conselheiros e das Organizações que representam no CNS.

A informação, nessa área, estará orientada fun-

damentalmente ao acompanhamento da realização dos objetivos e princípios do Sistema (objeto 1.1) e do nível de satisfação social com o atendimento, que inclui a identificação de necessidades sentidas e insatisfeitas.

A informação básica, via conselheiros, será complementada com informação de outras fontes através da Secretaria Executiva, das Comissões e de outros mecanismos à disposição do Conselho.

3.4 - Para 2.4 (Contexto e Conjuntura)

A Comissão de Orçamento e Finanças do CNS, com o apoio da SE/CNS, será o mecanismo principal para cobrir esta área. Eventualmente se considerará mecanismos específicos *ad hoc*.

3.5 - Para 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4 (Origens/ fontes das Informações necessárias).

Caberá à Secretaria Executiva do CNS:

- viabilizar maior objetivação e eficácia na obtenção de dados e informações necessários, perante os órgãos competentes do Ministério da Saúde e outras instituições e entidades, e

- viabilizar com o IPEA, Acordo ou Protocolo de Cooperação, visando, além do disposto no item anterior, apoio permanente para análise e acompanhamento da orçamentação, execução orçamentária e estrutura de gastos na área social, no setor saúde e particularmente no Ministério da Saúde.

3.6 - Caberá à Comissão de Coordenação-Geral do CNS (CCG) a coordenação e supervisão das atividades anteriormente expostas, assim como informar o seu andamento, regularmente em todas as reuniões ordinárias do Plenário do CNS e pautar, neste fórum, a discussão para deliberação, sempre que houver pendências.

RECOMENDAÇÕES

REALIZAÇÃO DE OFICINA DE DEBATES SOBRE O MODELO DE SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Recomendação Nº 001, de 10 de fevereiro de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Nonagésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de fevereiro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.0808, de 19/9/90 e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **considerando**:

- as diversas iniciativas do Ministério da Previdência e Assistência Social e o Projeto de Lei Nº 325/99, de autoria do Deputado Cunha

Bueno, ora em tramitação no Congresso Nacional, que não compreendem o papel do Estado, mais especificamente o do Sistema Único de Saúde, no que se refere, tanto à assistência médica ao acidentado do trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho, como a vigilância e controle dos ambientes e condições de trabalho;

- que parcela significativa dos trabalhadores do mercado formal de trabalho estão inseridos em pequenas e médias empresas, além do contingente, cada vez maior, daqueles inseridos no mercado informal;

- o previsível ônus para o Sistema Único de Saúde, derivado dessas iniciativas, tendo em vista, que o Sistema continuará desenvolvendo ações de Atenção à Saúde dos Trabalhadores, sem o repasse de receitas oriundas da contribuição previdenciária derivada do recolhimento específico de responsabilidade das empresas;

- que os modelos adotados em países europeus, que parecem constituir as bases das propostas em discussão, não têm demonstrado impacto na redução dos acidentes do trabalho e doenças profissionais ou do trabalho, bem como têm contribuído para a exclusão de parcelas significativas de trabalhadores, especialmente aqueles vinculados às pequenas e médias empresas;

- a necessidade de assegurar, em qualquer projeto de reforma do Seguro de Acidente do Trabalho, a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, sem mecanismos de exclusão, norteado pelos princípios constitucionais da saúde de integralidade e universalidade.

Recomenda:

A realização de oficina de debates, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em articulação com o Ministério da Saúde, com a participação de diferentes atores envolvidos, trabalhadores, empresários e Poderes Públicos, na temática relacionada ao modelo de Seguro de Acidente de Trabalho desejável para o país.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Nonagésima Quarta Reunião Ordinária.

MOÇÕES

ASSEGURAR RECURSOS PARA MANUTENÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO SUS

Recomendação nº 001, de 6 de abril de 2000

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, reunido em 5 e 6 de abril de 2000, analisando as dificuldades de ordem orçamentária e financeira do Ministério da Saúde e **considerando:**

1 - que em 1999 foram gastos com Encargos Financeiros da União 72,5 bilhões de reais (45,3 com juros e 27,2 com Amortizações da Dívida Interna e Externa), conforme demonstrativo da Secretaria do Tesouro Nacional;

2 - que este montante corresponde a 3,5 vezes o valor orçamentário empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999 (20,3 bilhões de reais); e quase o quádruplo do valor pago por este Ministério, de 18,3 bilhões (2,0 bilhões ficaram como restos a pagar, dos quais, 1,4 a receber do Tesouro Nacional), conforme demonstrativo da Secretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde;

3 - para este ano o Orçamento Geral da União - OGU/2000, a ser aprovado pelo Congresso Nacional reserva para Encargos Financeiros, 152 bilhões de reais, (78 bilhões de para juros e 74 bilhões para Amortização da Dívida Interna e Externa), conforme demonstrativo da Secretaria do Tesouro Nacional;

4 - que a suplementação mínima que se pleiteia para a saúde é de 2,2 bilhões, ou seja, 1,3% dos Encargos Financeiros, isto é, o correspondente a menos de cinco dias de pagamento desses encargos, e cujo objetivo é somente manter o gasto mensal de 1999 em valores reais.

5 - que a aprovação da PEC 86-A pelo Senado objetiva garantir um patamar mínimo de financiamento estável para a saúde na União, DF, estados e municípios; e

6 - que a forma da equalização das dotações em andamento no âmbito do Congresso Nacional, dentro da proposta orçamentária a ser aprovada, pode provocar maiores dificuldades ainda à efetivação da equalização da oferta de serviços para as necessidades da população, nas diferentes regiões e camadas sociais.

Vem manifestar-se publicamente:

1 - a favor da inclusão de dispositivos na Lei Orçamentária que assegurem a suplementação de recursos que possibilitem a manutenção e desenvolvimento do SUS para que sejam atendidos os milhões de brasileiros que dele dependem exclusivamente.

2 - pela reanálise das equalizações relativas aos repasses para os estados, particularmente no que diz respeito aos tetos financeiros para a prestação de serviços de média e alta complexidade, e

3 - a favor da retomada imediata da tramitação e conseqüente aprovação pelo Senado da PEC 86-A, já aprovada pela Câmara dos Deputados, estabelecendo vinculação Constitucional de recursos para saúde.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Nonagésima Sexta Reunião Ordinária.

GRUPOS DE TRABALHO

GRUPO DE TRABALHO PARA ACOMPANHAR A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Componentes: Conselheiros Gilson Cantarino, Neide Barrigueli, Ricardo Menezes, Mozart de Abreu e Lima

COMITÊ DE ACOMPANHAMENTO DO PROJETO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS

Componentes: Conselheiros Gilson Cantarino, Neide Barrigueli, Ricardo Menezes, Mozart de Abreu e Lima

PAUTA

Pauta da Nonagésima Quarta Reunião Ordinária - 1995/1999

Data: 9 e 10 de fevereiro de 2000
Local: Plenário do Conselho Nacional de Saúde
Conselheiro Omilton Visconde - Ministério da Saúde, Anexo, Ala B, 1º andar, Sala 128 - Brasília - DF.

Dia : 9/2/2000
Início: 10 horas
Término: 19 horas.

10 às 11h30 - Aprovação de atas e informes

ITEM 01 - REESTRUTURAÇÃO DA FUNASA NA CONSTRUÇÃO DO SUS: AVALIAÇÃO DA PORTARIA GM 1.399, DE 14/12/99

11h30 às 13h - Apresentação: Dr. Mauro Ricardo Machado Costa - Presidente da FUNASA

13h às 14h - ALMOÇO

ITEM 02 - PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS E MEMBROS DO MINISTÉRIO PÚBLICO: IMPLEMENTAÇÃO E CRIAÇÃO DE GT DE CONSELHEIROS PARA ACOMPANHAMENTO

14 às 15h - Apresentação: Coordenação-Geral do CNS - Dra. Rosane Evangelista da Cunha - Gerente de Projetos da Secretaria de Investimentos/MS

ITEM 03 - "DISQUE-SAÚDE" - SISTEMA DE TROCA DIRETA DE INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS - MS: TELEMARKETING RECEPTIVO E ATIVO, A CARTA - SUS, O BANCO DE DADOS, O VOLUME DAS COMUNICAÇÕES, O PERFIL DOS OPERADORES, E POSSÍVEIS INTERAÇÕES COM O CNS.

15 às 16h - Apresentação: Dra. Ellen Zitta Ayer - Coordenadora do Disque-Saúde.

ITEM 04 - PROPOSTAS DA CIST PARA APRECIÇÃO NO PLENÁRIO DO CNS

16 às 17h - Apresentação: Conselheiro Mozart de Abreu e Lima - Coordenador da CIST

ITEM 05 - PROFAE: AVALIAÇÃO DA SUA IMPLEMENTAÇÃO E IMPACTO NO SUS

17 às 18h - Apresentação: Dr. Geraldo Biasoto - Secretário de Investimentos/MS

ITEM 06 - ANÁLISE DO RELATÓRIO DO TCU SOBRE O SUS E CNS: RECOMENDAÇÕES.

16 às 17h - Apresentação: Conselheiros Ivaneck Perez, Maria Angélica Gomes, Maria Rita B. Barata e Solon V. Magalhães

Dia : 10/2/2000

Início: 9 horas

Término: 16 horas.

ITEM 07 - RELATO DA REUNIÃO DA CIT DE DEZEMBRO/99

9 às 10h - Apresentação: MS, CONASS e CONASEMS

ITEM 08 - AVALIAÇÃO DA EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO/99, PERSPECTIVAS DO ORÇAMENTO/2000, CONSIDERANDO: RESOLUÇÃO CNS 290/99, A LDO 2000 E O PPA. TRAMITAÇÃO DA PEC NO SENADO FEDERAL

10 às 13h - Apresentação: Dr. Barjas Negri - Secretário Executivo/MS - Conselheiro Carlyle Guerra de Macedo

13h às 14h - ALMOÇO

ITEM 09 - PROPOSTA DE AGENDA BÁSICA DO CNS PARA 2000.

Apresentação: Conselheiro Gilson Cantarino O'Dwyer - Coordenador do GT

ITEM 10 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DOAÇÃO DE SANGUE

15 às 16h - Apresentação: Conselheira Zilda Arns Neumann

ITEM 11 - SUGESTÕES PARA PAUTA DA 95ª RO E ENCERRAMENTO

16 às 16h30

Pauta da Nonagésima Quinta Reunião Ordinária - 1995/1999

Data: 15 e 16 de março de 2000

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

Dia : 15/3/2000

Início: 10 horas

Término: 18h30

10 às 12h - Abertura, aprovação de atas e informes

ITEM 01 - AGENDA BÁSICA - 2000 DO CNS

12 às 13h - Apresentação: Coordenação-Geral do CNS e Conselheiro Gilson Cantarino

13h às 14h - ALMOÇO**ITEM 02 - SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE: MISSÃO, METAS E RELAÇÕES COM O CNS**

14 às 15h - Apresentação: Dr. Cláudio Duarte da Fonseca, Secretário da SPS e Conselheiro Representante do MS.

ITEM 03 - SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA: REORGANIZAÇÃO E MÉTODOS

15 às 16h - Apresentação: Dra. Maria Aparecida Orsine - Diretora do Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria.

ITEM 04 - POLÍTICA NACIONAL DE REDUÇÃO DA MORBI-MORTALIDADE POR ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

16 às 17h - Apresentação: Dra. Cláudia Araújo dos Santos - Área Técnica da SPS e Conselheiro Relator.

ITEM 05 - CONTROLE DA DENGUE E DA FEBRE AMARELA E A BAIXA EXECUÇÃO ORÇAMEN-**MENTÁRIA EM 1999**

17 às 18h - Apresentação: Dr. Jarbas Barbosa da S. Júnior - Coordenador do CENEPI/FUNASA e Dr. Nilson V. de Melo - Assessor Especial do Gabinete do Ministro.

ITEM 06 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE: PLANO DE TRABALHO E QUESTÕES DO FINANCIAMENTO DO SEGMENTO SANEAMENTO

18 às 18h30 - Apresentação: Conselheiro Carlos Martins, Coordenação-Geral do CNS

Dia : 16/3/2000

Início: 9 horas

Término: 16h30

ITEM 07 - COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

9 às 10h - Apresentação: MS, CONASS e CONASEMS

ITEM 08 - AÇÕES PRIORITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA E EM SAÚDE

10 às 11h - Apresentação: Dr. Barjas Negri - Secretário Executivo do MS.

ITEM 09 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DO MS EM 1999 E PERSPECTIVAS DO ORÇAMENTO 2000

11 às 12h - Apresentação: Dr. Barjas Negri - Secretário Executivo do MS

ITEM 10 - RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DO CNS: PLANO DE TRABALHO, MÉTODOS DE TRABALHO E RELATÓRIO PROPRIAMENTE DITO

12 às 13h - Apresentação: Conselheiro Carlyle Guerra de Macedo - Coordenador da Comissão e Dr. Nelson Rodrigues - Coordenador-Geral do CNS

13h às 14h - ALMOÇO**ITEM 11 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DA MULHER - CISMU**

14 às 15h - Apresentação: Conselheira Margareth Arilha (Coordenadora) e Dra. Tânia D. G. Lago - Assessora Especial do Gabinete do Ministro

ITEM 12 - CELEBRAÇÃO DO DIA INTERNACIONAL DA MULHER

15 às 16h - Apresentação: Deputada Federal Maria Elvira - Coordenadora da Bancada Feminina e três Conselheiras.

ITEM 13 - SUGESTÕES DE PAUTA PARA A 96ª RO

16 às 16h30 - Encerramento

Pauta da Nonagésima Sexta Reunião Ordinária - 1995/1999

Data: 5 e 6 de abril de 2000

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

Dia : 5/4/2000

Início: 10 horas

Término: 18h30

10 às 11h30 - Abertura, aprovação de atas e informes

ITEM 01 - AGENDA BÁSICA - 2000 DO CNS

11h30 às 12h30 - Apresentação: CG/CNS e
Conselheiro Gilson Cantarino

ITEM 02 - PLANO DE TRABALHO E PROPOSTAS DA CIRH/CNS

12h30 às 13h - Apresentação: Conselheiros Gilson
Cantarino e Temístocles Marcelos

13h às 14h - ALMOÇO

ITEM 03 - AÇÕES PRIORITÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE - PUBLICAÇÃO DO DR. BARJAS NEGRI, RELATÓRIO DA MESA-REDONDA DO CNS SOBRE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, E OBJETIVOS E METAS DA SPS/MS PARA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

14 às 15h - Apresentação: Dr. Barjas Negri e
Conselheiro Cláudio Duarte
Debatedor: Conselheiro Gilson Cantarino

ITEM 04 - POLÍTICA DE REDUÇÃO DA MORBI- MORTALIDADE POR ACIDENTE E VIOLÊNCIA

15 às 16h - Apresentação: Conselheiro Cláudio
Duarte e Dra. Cecília Minayo - ENSP
Debatedor: Conselheiro Sergio Magarão

ITEM 05 - 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ENCAMINHAMENTOS INICIAIS

16 às 16h30 - Apresentação: Conselheiro Cláudio
Duarte

ITEM 06 - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMEN- TAR: CRIAÇÃO, OBJETIVOS, MÉTODOS E METAS

16h30 às 18h - Apresentação: Dr. Januário Mon-
tone - Presidente
Relator: Conselheiro Mário Scheffer

ITEM 07 - PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SANEAMENTO E MEIO AMBIENTE - CISMA

18 às 18h30 - Apresentação: Coordenação -Geral
do Conselho Nacional de Saúde

Dia : 6/4/2000

Início: 9 horas

Término: 16 horas

ITEM 08 - DISCUSSÃO DO RELATÓRIO DA CISMU - CONTINUAÇÃO DA 95ª RO

9 às 10h30 - Apresentação: Conselheria
Margareth Arilha

Relator: Conselheiro Jocélio Drummond

ITEM 09 - RELATO DA REUNIÃO DA CIT

10h30 às 11h30 - Apresentação: MS - CONAM
- CONASEMS

ITEM 10 - CONTROLE DA FEBRE AMARELA E DENGUE, EVOLUÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS, CON- TROLE DO AEDES E A VACINAÇÃO

11h30 às 13h - Apresentação: Dr. Mauro Ricar-
do Machado Costa - P residente da FUNASA
Debatedora: Conselheira Rita B. Barata

13h às 14h - ALMOÇO

ITEM 11 - RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ORÇAMEN- TO E FINANCIAMENTO DO CNS - COFIN

14 às 15h - Apresentação: Conselheiro Carlyle
Guerra de Macedo

ITEM 12 - RELATÓRIO DO GT/CNS SOBRE O RELATÓ- RIO DO TCU

15 às 15h30 - Apresentação: Conselheiros Rita
B. Barata e Solon Viana

ITEM 13 - PAUTA DA 97ª REUNIÃO ORDINÁRIA

16 às 16h30 - Encerramento

TEMA DA 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

EFETIVANDO O SUS:

*Acesso, qualidade e
humanização na
atenção à saúde com*

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: (61) 225-6672 266-8803

315-2150 315-2151

Fax: (61) 315-2414 315-2472

e-mail: cns@saude.gov.br

<http://conselho.saude.gov.br>

Revisão, editoração, impressão e acabamento

Coordenação de Processo Editorial/MS
