



# Boletim do Conselho Nacional de Saúde

Ano 2 - Número 4

Publicação Mensal

abril/1999

## Apresentação

As matérias que constam nesse número foram discutidas na 85ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 7 e 8 de abril. A reunião foi marcada pela solenidade do Dia Mundial da Saúde, que contou com a honrosa presença do representante no Brasil da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), Dr. Jacobo Filkeman.

Outro destaque, foi a apresentação do diretor do Departamento de Formação e Saúde (SPS/MS), Dr. Helvécio Bueno, sobre a Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). O CNS considerou a iniciativa de organização articulada de dados e informações em saúde imprescindível para o melhor conhecimento da realidade da saúde no Brasil, confirmando o acerto do suporte técnico da RIPSA ao CNS. O coordenador assegurou a disponibilização de todas as informações produzidas aos integrantes do Conselho.

No Boletim consta a aprovação das Diretrizes para Capacitação de Conselheiros, do novo Conselho Editorial, da dinâmica de funcionamento das comissões, da síntese das propostas da II Reunião Técnica das Secretarias Executivas dos Conselhos de Saúde, de duas moções, da criação de três grupos de trabalhos, de uma comissão de articulação e de três relatórios.

## Capacitação

### **Diretrizes para Capacitação de Conselheiros** (resumo dos trechos principais)

#### *Apresentação*

O documento reconhece que nos últimos 8 anos os conselhos de saúde vêm, gradativamente, sendo implantados nos municípios brasileiros e acumulando variadas experiências, visando ao melhor desempenho de suas atribuições legais:

- atuar na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde;
- atuar no controle da execução da política de saúde.

Ressalta que as reuniões dos conselhos e os encontros (regionais e nacionais) de conselhos e conselheiros têm contribuído para consolidação e legitimação desse processo. E reconhece, também, como uma das principais conquistas, a compreensão cada vez mais clara e objetiva das relações entre os conselhos de saúde e o gestor do SUS, em cada Município, Estado e União.

Dessa forma, e com o objetivo de atender as demandas pela formulação de diretrizes gerais para o processo de capacitação de conselheiros de saúde, o Conselho Nacional de Saúde discutiu e deliberou sobre a questão. Nesse processo, destaca-se a participação de representantes do Programa de Educação em Saúde/MS, da Secretaria de Políticas de Saúde/MS, de Universidades, das ONGs, de Trabalhadores, das Secretarias de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais, que possuem experiências em atividades de capacitação.

Apresentamos a seguir trechos-resumos das Diretrizes:

#### *Conceito*

Para efeito destas diretrizes, considera-se capacitação os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros (cursos, oficinas de trabalho etc) e/ou o uso de metodologias de educação à distância, bem como outros processos participativos, como os fóruns de debates (Conferências de Saúde, Plenária dos Conselhos de Saúde, Encontros de Conselheiros etc).

#### *Justificativa*

Em seu processo de institucionalização no âmbito das políticas públicas, os Conselhos de Saúde, como instâncias internas à estrutura do SUS, representam espaços participativos nos quais emerge uma nova cultura política, configurando-se como uma prática onde se faz presente o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania.

Essas relações que têm como pano de fundo questões como a representatividade de seus membros, a visibilidade de suas propostas, a transparência de sua atuação, a permeabilidade e a comunicação com a sociedade, é que vão definir em cada Conselho de Saúde a qualidade de sua ação.

Face à diversidade que ocorre no nível de desenvolvimento da organização dos movimentos sociais e de mobilização das forças políticas nos Estados e municípios do país, a atuação dos Conselhos no direcionamento da política de saúde deve promover a mesma facilidade de acesso de todas as representações da sociedade às informações sobre o SUS, quer sejam de ordem técnico-normativa, quer de ordem econômico-jurídica, assim como deve promover a avaliação de como as informações são entendidas e utilizadas para fundamentar as conquistas de cada segmento e, principalmente, a luta pela garantia dos princípios do SUS.

As dificuldades para que os Conselhos de Saúde exerçam suas atribuições definidas na legislação têm

sido ressaltadas e debatidas por Organizações Governamentais, Não-Governamentais e pelos próprios Conselhos, resultando no desenvolvimento de experiências de capacitação com objetivo de contribuir para o cumprimento do seu papel na formulação de estratégias e diretrizes, no controle da execução das políticas e de deliberações acatadas pelo gestor. Enfim, no controle social do SUS.

Nesse sentido, torna-se fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida.

Neste aspecto, é importante destacar que a capacitação dos Conselheiros de Saúde é de responsabilidade intranferível dos próprios Conselhos, devendo estar voltada para a socialização de informações e conhecimentos e a efetividade do controle social, reiterada nos textos da legislação vigente. Assim, as instituições, entidades e técnicos parceiros dos Conselhos que desejem desenvolver atividades de capacitação devem receber delegação específica para implementá-las.

### Objetivos

Com vistas a orientar a implantação de uma política de capacitação de Conselheiros de Saúde, permanente e comprometida com a garantia dos direitos sociais e com o fortalecimento dos Conselhos de Saúde para o exercício do controle social do SUS, recomendam-se os objetivos relacionados a seguir, como objetivos-alvo do processo de capacitação:

1. Instrumentalizar os Conselheiros de Saúde para o exercício de sua competência legal, através da disponibilização de informações e conhecimentos necessários à efetividade do controle social do SUS.

2. Discutir as diretrizes e os princípios que definem o modelo assistencial do SUS, as metas a serem alcançadas e os obstáculos reais que dificultam a sua efetivação.

3. Fortalecer a atuação dos Conselheiros de Saúde como elementos catalisadores da participação da comunidade no processo de implementação do Sistema Único de Saúde.

4. Propiciar aos Conselheiros de Saúde a compreensão do espaço dos Conselhos como locus de manifestação de interesses plurais freqüentemente conflitivos e negociáveis, tendo como horizonte as políticas públicas e de saúde congruentes com os princípios do SUS.

5. Desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências entre os Conselhos e o incremento da articulação com suas bases.

6. Contribuir para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple sua articulação intersetorial com outras áreas das políticas públicas.

## Pauta

### Pauta da Octogésima Quinta Reunião Ordinária - 1995/1999

Data: 07 e 08 de Abril de 1999.

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

Dia: 07/04/99

Início: 10:00 horas

Término: 19:00 horas.

**10:00 às 11:30h** - Abertura, aprovação das atas e informes

**ITEM 01** - Reconstituição do Conselho Editorial do CNS  
11:30 às 12:00h - Apresentação: Secretaria-Executiva do CNS

**ITEM 02** - Relato da Oficina da RIPSA  
12:00 às 13:00h - Apresentação: Dr. Helvecio Bueno- SPS/MS  
Conselheiro Mozart de Abreu e Lima

**13:00 às 14:00h** - Almoço

**ITEM 03** - Apresentação do Diretor do Escritório da OPS/OMS no Brasil. Saudação ao Dia Mundial da Saúde  
14:00 às 15:00h

**ITEM 04** - Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
15:00 às 16:00h - Apresentação: Dra. Denise Costa Coutinho - SPS/MS

**ITEM 05** - Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros  
16:00 às 16:30h - Apresentação: Conselheiro Jocélio Drummond

**ITEM 06** - Descentralização de Ações do DATASUS  
16:30 às 17:00h  
Apresentação: Dr. Amaldo Machado de Sousa - Diretor do DATASUS

**ITEM 07** - Cartão SUS: Objetivos, Mecanismos e Implementação  
17:00 às 17:30h - Apresentação: Dr. Benedito Nicotero Filho - Assessor do Gabinete do Ministro

**ITEM 08** - Participação do CNS na Tramitação dos Processos de Criação de Novos Cursos Superiores de Saúde  
17:30 às 18:00h - Apresentação: Secretaria-Executiva do CNS

Dia: 08/04/99

Início: 09:00 horas

Término: 16:00 horas.

**ITEM 09** - Relato da CIT  
09:00 às 10:00h - Apresentação: MS- CONASS- CONASEMS

**ITEM 10** - Relato da Comissão de Orçamento e Finanças/CNS  
10:00 às 11:00h - Apresentação: Conselheiro Carlyle G. de Macedo, Prof. Elias A. Jorge e Gilson Carvalho

**ITEM 11** - Acompanhamento do Programa de Controle do Câncer do Colo Uterino  
11:00 às 11:30h - Apresentação: Conselheira Margareth Arilha e Dr. Jacob Kligerman - Diretor do INCA

**ITEM 12** - Reorganização do Funcionamento das Comissões do CNS  
11:30 às 12:00h - Apresentação: Secretaria-Executiva do CNS

**ITEM 13** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
12:00 às 13:00h - Apresentação: Dr. Gonzalo Vecina - SVS

**13:00 às 14:00h** - Almoço

**ITEM 14** - Mesa Nacional de Negociação - Gestores e Trabalhadores de Saúde: Responsabilidades do CNS  
14:00 às 14:30h - Apresentação: Secretaria-Executiva do CNS

**ITEM 15** - Sugestões de Temas para a 86ª Reunião Ordinária e Encerramento  
14:30 às 15:00h

**ITEM 16** - Reserva para Possível Expansão  
15:00 às 16:00h

7. Contribuir para a estruturação e articulação de canais permanentes de informações sobre os instrumentos legais (leis, normas, regras, decretos e outros documentos presentes na institucionalização do SUS), alimentados pelo Conselho Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, Entidades Governamentais e Não-Governamentais.

#### *Estratégias Operacionais e Metodológicas*

Recomenda-se que o processo de capacitação se dê de forma descentralizada, respeitando as especificidades e condições locais para que possa ter maior efetividade.

A operacionalização do processo de capacitação dos Conselheiros, em cada esfera de governo, deve considerar a seleção e preparação de material, e a identificação de técnicos e parceiros que terão o papel de agentes transmissores de informações, de facilitadores e catalizadores das discussões sobre os temas. Para isso é importante:

- identificar as parcerias a serem envolvidas, como: Universidades, Núcleos de Saúde, Escolas de Saúde Pública, Técnicos e Especialistas Autônomos ou ligados a Órgãos Governamentais e Não-Governamentais, Entidades dos Segmentos Sociais Representados nos Conselhos, OPAS, UNICEF, UNESCO, IBAM, CEPAM, ABRASCO e outras Organizações Não-Governamentais que atuem na área de saúde. (Na identificação e articulações das parcerias, devem ficar claros os papéis dos Conselhos, Conselheiros e parceiros aqui definidos);

- realizar as atividades de capacitação dos Conselheiros, de acordo com a realidade local, garantindo uma carga horária que possibilite a ampla discussão dos temas, democratização das informações e exploração de dinâmicas de grupo que facilitem a construção dos conteúdos teóricos e, também, a interação do grupo.

Sugere-se que as atividades de capacitação dos Conselheiros de Saúde sejam enfocadas em dois níveis: um geral, garantindo a representação de todos os segmentos, e outro específico, que poderá ser estruturado e oferecido de acordo com o interesse ou a necessidade de cada segmento e grupos específicos (mulheres, portadores de deficiência, trabalhadores rurais, prestadores de serviços, moradores, profissionais de saúde, entre outros) que compõem o Conselho.

Recomenda-se, também, a utilização de dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde e de técnicas que favoreçam a sua participação e integração (dinâmicas de grupo, debates, discussões, plenárias, de estudos dirigidos etc)

#### **Sugestões de material de apoio para o nível geral:**

- Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas - ONU;
- Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente - UNICEF;
- Declaração de Ottawa, Declaração de Bogotá e outras;
- Constituição Federal de 1988 - Capítulo da Ordem Social;
- Leis Nacionais: 8.080/90, 8.142/90,

8.689/93, 9.656/98 e respectivas Medidas Provisórias;

- Seleção de Deliberações do Conselho Nacional de Saúde;
- NOB-96: Diretrizes, Competências da CIT, CIBs e das Condições de Gestão dos Estados e Municípios;
- Constituição do Estado e Leis Orgânicas de Saúde do Estado e Município;
- Seleção de Deliberações do CES, CMS e "Resoluções" da CIB;
- Resoluções e deliberações do Conselho quanto ao campo da Gestão em Saúde: Política, Financiamento, Planejamento (Programação, Orçamento, Acompanhamento e Avaliação), Normatização, Direção e Execução;
- Resoluções e deliberações no campo do Controle Social - formulação de estratégias e controle da execução pelos Conselhos de Saúde e pela sociedade.

A definição dos conteúdos básicos da capacitação deve ser objeto de deliberação pelos plenários dos Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas governamentais.

#### *Responsabilidades das Esferas Governamentais*

À esfera nacional caberá:

- 1 - manter disponível e atualizado o acervo de referências sobre a conjuntura em saúde e oferecer material informativo básico e/ou audiovisual que propicie a veiculação de temas de interesse geral em saúde, tais como: legislação, orçamento, direitos em saúde, modelo assistencial, modelo de gestão e outros;
- 2 - criar mecanismos de divulgação e troca de experiências sobre capacitação de Conselheiros, como:
  - a) destinar espaço na página do CNS na Internet;
  - b) destinar espaço no Jornal do Conselho;
  - c) estimular que relatos de experiências sejam apresentados em diversos eventos nacionais de saúde;
  - d) apoiar a realização de Encontros Nacionais de Conselheiros, bem como editar e distribuir os documentos, relatórios ou anais dos mesmos.

3 - incentivar as instâncias estaduais e municipais para o processo de capacitação;

(As ações explicitadas acima deverão ser coordenadas pelo Conselho Nacional de Saúde/CNS, em parceria com o Programa de Educação em Saúde da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde);

4 - promover o apoio à produção de materiais didáticos destinados às atividades de capacitação de conselheiros, ao desenvolvimento e utilização de métodos e técnicas que contribuam para esse processo, além de fomentar pesquisas sobre a temática;

5 - propor mecanismos de acompanhamento e avaliação que permitam a consolidação de resultados e/ou estudos comparativos de experiências de capacitação desenvolvidos nos Estados e Municípios.

*Aos Estados e Municípios compete:*

- 1 - desenvolver o projeto de capacitação de conselheiros adequando-o a sua realidade.
- 2 - buscar parcerias necessárias para a realização do processo.
- 3 - viabilizar recursos financeiros, materiais e humanos para a execução das atividades.
- 4 - criar mecanismos de divulgação e troca de ex-

periências sobre capacitação de conselheiros.

5 - apoiar a realização de encontros estaduais, intermunicipais e municipais de conselheiros.

Essas ações deverão ser coordenadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, cabendo a aprovação das atividades de capacitação dos Conselheiros ao Conselho que o desenvolverá. A execução das atividades deve ser acordada no plenário dos respectivos Conselhos.

Outro aspecto a ser destacado, diz respeito às entidades com representação nos Conselhos, que deverão viabilizar processos autônomos de capacitação de seus representantes, independente da capacitação genérica recomendada neste documento.

#### *Mecanismos de Acompanhamento e Avaliação*

Considerando os objetivos propostos pelo processo de capacitação de Conselheiros de Saúde, é importante garantir que atividades de acompanhamento e avaliação sejam desenvolvidas, visando oferecer subsídios às etapas de adequação e aperfeiçoamento do processo.

*O documento das diretrizes encontra-se na íntegra na Home Page do CNS (<http://conselho.saude.gov.br>) e será em breve impresso para distribuição entre os Conselhos de Saúde.*

## Conselho Editorial

### Marco Conceitual

O Conselho Editorial do Conselho Nacional de Saúde deve refletir o consenso e a pluralidade de interesses e opiniões presentes no colegiado. Os meios de comunicação disponíveis (Jornal, Boletim, Homepage, Conferência On-Line) devem ser pensados nesse contexto, buscando traduzir o consenso e a pluralidade das idéias e dos interesses. A linha editorial, a ser definida pelo Conselho Editorial e adotada pela Assessoria de Comunicação Social do CNS, tem que ser clara e de fácil aplicação.

Desta forma, é imprescindível que na composição do Conselho Editorial estejam presentes os principais segmentos de representação no CNS (Usuários, Governo, Prestadores e profissionais de Saúde), fornecendo a legitimidade e a agilidade na comunicação e divulgação do Conselho.

O Conselheiro indicado por seu segmento deve assumir a responsabilidade de participar das reuniões do Conselho Editorial e divulgar perante o seu segmento as posições assumidas no Conselho Editorial. É preciso disponibilidade para definir e acompanhar a produção das matérias. As pautas das matérias e o próprio enfoque na sua abordagem devem ser definidas nas reuniões do Conselho Editorial, que contará com a participação da Assessoria de Comunicação/CNS.

O CNS por sua natureza colegiada, que abriga a diversidade dos interesses e a pluralidade na representação dos principais segmentos da sociedade relativos às questões da saúde, deve tratar com habilidade e competência sua linha editorial. Apesar de existirem divergências, é comum no plenário do CNS a construção de consensos, sempre pela via da negociação democrática e do diálogo transparente.

Daí a relevância da indicação consciente dos membros do Conselho Editorial. A missão é de fundamental importância na definição dos melhores caminhos para uma comunicação ativa, participativa e estimulante no processo do controle social.

A competência do Conselho Editorial está em estabelecer as diretrizes para que as matérias e as informações produzidas sejam compromissadas com a verdade, trabalhadas para despertar o prazer da leitura e da curiosidade, alimentando o sentimento e os direitos de cidadania.

### Composição

Usuários - Conselheiros Mário Scheffer e Carlos Martins

Governo - Conselheiro Silvio Mendes de O. Filho

Prestadores - Conselheiro Olympio Távora

Profissionais de Saúde - Conselheiro

Temístocles Marcelos

Apoio: Secretaria Executiva do CNS

### Abrangência

Jornal do CNS (bimestral)

Boletim do CNS (mensal)

Homepage do CNS (renovação permanente)

Conferência On-Line (renovação permanente)

Publicações (eventuais)

Outras comunicações

### Atribuições

- Estabelecer a linha editorial do CNS, com especificações para cada veículo.

- Definir diretrizes na construção das pautas dos veículos de comunicação, que considere: pertinência, relevância, oportunidade, precedência, público-alvo.

- Participar das reuniões regulares bimestrais do Conselho Editorial.

- Revisar as matérias quanto à redação e os seus conteúdo, em conjunto com a Secretaria Executiva/CNS e sua Assessoria de Comunicação.

## Comissões do CNS

### Bases do funcionamento

### **Art. 12 da Lei 8.080/90: "Articular as Políticas e Programas de interesse para a Saúde"**

1. As Comissões não são deliberativas, não representam o CNS externamente, não são normatizadoras nem programadoras: o seu caráter é assessor, e deve recolher as normas, programas e projetos das várias instituições e setores, articulá-los entre si, consolidá-los e transformá-los em subsídios e propostas ao CNS. Cabe ao CNS transformar os subsídios em deliberações de formulação de estratégias, diretrizes e de controle da execução, ou tornar o subsídio como informação insuficiente para deliberação.

2. Os membros das Comissões devem ser portadores da maior **competência** e **legitimidade** para o cumprimento das atribuições de recolher, articular, consolidar e subsidiar o plenário do CNS. O pluralismo na Comissão é desejável, com membros

dos principais segmentos representados no CNS, porém o pluralismo jamais deve justificar que a Comissão venha atuar como **"fórum de entidades"**. O **"fórum de entidades"** é um acontecimento típico dos movimentos sociais e do grau de organização da sociedade, cuja finalidade tem sido a articulação e negociação dos interesses de cada entidade, buscando soluções comuns, o que é muito saudável, mas não é o papel das Comissões do CNS. No caso das Comissões, a negociação de interesses e conflitos é atribuição do plenário do CNS. Em princípio, a frequência das reuniões dos fóruns é maior do que a das Comissões, e os momentos, diferentes.

3. As Comissões não são constituídas para exercerem atividades somente no dia da sua reunião, mas também no cotidiano de cada membro, na sua instituição ou entidade, e sempre que necessário, articular-se com a coordenação da Comissão através de Fax, Correio, E-Mail, Telefone etc, além de pessoalmente nos eventos de que participa.

4. **O Plano de Trabalho de cada Comissão deve ser avaliado pelo CNS sob o ângulo de que tipo de subsídios o plenário deseja na área em questão. Além do plano de trabalho, o plenário deve permanecer atento à problemática da área de cada Comissão, visando a encomendas adicionais.**

5. As Comissões e Grupos de Trabalho do CNS serão coordenador sempre por um Conselheiro.

6. Com base no disposto no mapa das reuniões e gastos das Comissões e do Plenário, e nos itens anteriores, recomenda-se o máximo a média de 3 (três) reuniões anuais por Comissão.

7. Fazem exceção ao aqui exposto:

- a CONEP, devido ao seu componente de gestão das centenas de processos de pesquisa que envolve seres humanos, até que o Ministério da Saúde, através de um órgão gestor específico desenvolva interface com a CONEP/CNS;

- a Comissão de Orçamento e Finanças do CNS que apresenta relato mensal de acompanhamento da execução orçamentária; e

- a Comissão de Coordenação-Geral que prepara as Reuniões Ordinárias mensalmente;

- Comissão de Coordenação-Geral que mensalmente analisa e prepara as reuniões plenárias.

## Moções

### MOÇÃO Nº 001/99

#### **Manifesta preocupação quanto a política do DATASUS em terceirizar algumas de suas funções**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de abril 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, tendo sido informado pelo Diretor do DATASUS sobre a

política em execução para a organização (documento "Termo de Referência do Departamento de Informática do SUS), e CONSIDERANDO:

1 - a importância da informação para o desenvolvimento do SUS, e especialmente, para o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde;

2 - o progresso alcançado na estruturação e funcionamento do DATASUS cuja capacidade e produção técnica são propriedades públicas;

3 - que a administração dos sistemas de informação em saúde, particularmente, dos sistemas de informação sobre situação de saúde e suas tendências e para a gestão dos serviços públicos, constitui uma responsabilidade essencial do Setor Público incluindo a utilização indispensável da informática;

4 - que é necessário expandir o acesso dos serviços públicos de saúde aos produtos de informática desenvolvidos pelo DATASUS.

DECIDE:

1 - agradecer a informação recebida pela Direção do DATASUS;

2 - lamentar que essa informação tenha sido dada quando a respectiva política já estava em execução, o que prescinde de qualquer contribuição do Conselho a respeito;

3 - expressar sua preocupação pela estratégia preferencial adotada para a implantação dos produtos do DATASUS na rede do SUS, através da terceirização privada dessa função, o que implica em:

a) aumento de custos do processo com a transferência desses custos às unidades prestadoras, que já enfrentam dificuldades críticas e crescentes para financiar suas funções essenciais de atendimento à população;

b) o risco de uma mistura exagerada de interesses privados com responsabilidades públicas, de difícil controle e significativo potencial de distorções funcionais e éticas em detrimento do interesse público;

c) a negação da responsabilidade pública, e do Ministério da Saúde, em particular, de apoiar a expansão da informatização dos serviços "públicos" de saúde como instrumento essencial de gestão.

4 - defender a tese de que a estratégia nesse campo deveria ser, em primeiro lugar, prioridade para o fortalecimento das organizações públicas, envolvendo apoio à capacitação de seus recursos humanos, sua mobilização e gerenciamento, ficando a utilização de empresas privadas para ações complementares, que cobririam as deficiências temporárias e insuficientes do Sistema Público;

5 - Chamar a atenção para que a possibilidade de "abrir mercado" no setor especializado podem obscurecer o objetivo essencial nesse campo, que é a melhoria da gestão dos serviços para atender sempre melhor à população.

**Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Quinta Reunião Ordinária.**

## MOÇÃO Nº 002/99

### Repúdio à abertura do curso de medicina pela Faculdade de Ciências de Saúde Barão de Mauá, em Ribeirão Preto-SP

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Quinta Reunião Ordinária, realizada nos dias 7 e 8 de abril 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, e considerando:

- o art. 16 do Decreto 2.306/97.

- o parecer do CNS no Processo nº 23000.006397/96-37 atestando inexistência de necessidade social para um novo Curso de Medicina (o terceiro) na cidade de Ribeirão Preto/SP, pela Faculdade de Ciências de Saúde "Barão de Mauá", vem:

a) manifestar seu repúdio devido à abertura do referido curso.

b) divulgar esta moção e encaminhá-la expressamente à Ordem dos Advogados do Brasil, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Educação, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Desporto, Conselhos Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina de São Paulo e a quem possa interessar.

Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Quinta Reunião Ordinária.

## Relatórios

### Relatório de Acompanhamento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino

(Apresentado pela Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher/CNS)

A Coordenação de Saúde da Mulher e equipe da Secretaria de Políticas de Saúde, apresentaram na 11ª Reunião da CISMU alguns resultados do Programa Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino (PNCCU), contemplando informações recentes sobre seu desdobramento em ações rotineiras do SUS.

De acordo com o relato feito à Comissão, os recursos para o desenvolvimento do Programa (está previsto a execução de 9 milhões de exames anuais) no ano de 1999 estão assegurados em um montante de R\$27.000.000,00\* dos quais R\$22.000.000,00 serão transferidos aos Estados (extra-teto) para o pagamento de procedimentos de coleta, diagnóstico e controle de qualidade, agora dirigidos à população de mulheres de 25 a 60 anos, com recomendação de exames trienais. A garantia da existência de recursos financeiros para o Programa em um contexto de crise foi viabilizada pela inclusão da Saúde da Mulher entre os Programas considerados pelo Governo Federal participantes da Rede de Proteção Social, tais como o PACS, o PSF, a Farmácia Básica, a Imunização. Segundo a coordenadora, Tânia Lago, procedimentos de maior complexidade poderão ser realizados sem acarretar problemas orçamentários para os Estados, com os recursos já existentes.

Entretanto, embora os recursos para o PNCCU estejam alocados como subitem da rubrica Saúde da Mulher, sua coordenação foi transferida para o INCA, através da Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância ao Câncer, cuja titular é a Dr.ª Vera Luiza Costa e Silva. Cabe a essa coordenação: a proposição do uso de recursos, o monitoramento de resultados e a assessoria a Estados e Municípios. Questionada pela CISMU sobre as razões que teriam motivado tal decisão, a coordenação de Saúde da Mulher reafirma que o INCA é o órgão responsável pela elaboração e implementação de uma Política Nacional de Câncer e que a coordenação foi convidada a integrar uma Câmara Técnica para assessorar o INCA no desenvolvimento do Programa.

Integrantes da CISMU manifestaram sua preocupação quanto aos destinos do programa, enfatizando como um retrocesso a retirada deste do âmbito da Coordenação de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, uma vez que isto pode representar dificuldades na operacionalização do programa pela rede, dificultando o monitoramento das ações desenvolvidas pelos Estados e comprometendo o princípio da integralidade no SUS.

A apresentação dos resultados do Programa desenvolvido no segundo semestre de 1998 (de 18 de agosto a 30 de setembro) revelou que em termos quantitativos globais, o número de exames realizados (3.105.644) aproximou-se da meta definida inicialmente pelo Ministério da Saúde (cerca de 4 milhões de exames, representando 70% da população de mulheres entre 35 e 49 anos e que não tinham realizado nenhum exame). Contudo, ao serem desagregadas as informações ficou evidente que:

- apenas 64% dos exames realizados corresponderam à faixa etária de 35 a 49 anos definida como alvo da Campanha;

- a coordenação só dispõe de informações de diagnóstico para 1.919.438 exames (62% do total), atribuído a falha de comunicação com as coordenações estaduais e municipais sobre quais informações deveriam ser enviadas ao Ministério da Saúde. Supõe-se que estariam sub-representados os exames realizados na população em faixas etárias não estabelecidas como população-alvo pelo Programa. A CISMU manifestou apreensão com a possibilidade de que estes exames tenham deixado de ser realizados.

- quanto à realização de exame citológico prévio à Campanha, 40% não dispunham de informações e entre as demais apenas 42% nunca tinham feito o preventivo. Admitindo-se que a ausência de informação, provavelmente refere-se às mulheres com exame prévio, que não constituíam o alvo da campanha, este percentual reduz-se significativamente, correspondendo a apenas 25% dos exames com informação diagnóstica ou ainda, 16% do total realizado.

- até o momento da reunião, embora a coordenação do programa tenha sido remetida para o INCA em janeiro, não havia in-

\* R\$ 5 milhões serão destinados a investimentos em centros de tratamento de câncer nas regiões Norte e Nordeste

**formações disponíveis sobre a situação das mulheres que apresentaram alterações em seus exames e que necessitariam atendimento imediato, ou sobre aquelas que teriam que repetir seus exames.**

A CISMU concorda com a área técnica de saúde da mulher que ressaltou como pontos positivos do Programa a oportunidade que representou para a organização das ações de prevenção no sistema:

- **a descentralização das ações com estruturação e ampliação das unidades de coleta (de aproximadamente 8.250 unidades existentes antes do Programa para 13.996 unidades);**
- **ampliação da rede laboratorial SUS;**
- **fortalecimento dos serviços assistenciais, pela doação de material, de equipamentos e capacitação de recursos humanos;**
- **extensão da cobertura para zonas rurais e de difícil acesso;**
- **padronização dos procedimentos de coleta, exame e recomendações com relação ao tratamento secundário e terciário; a incorporação da cirurgia de alta frequência (CAF);**
- **introdução do controle de qualidade do exame citopatológico;**
- **maior conscientização de gestores e da população sobre a importância do problema e sobre a existência de tecnologia para enfrentá-lo;**
- **conhecimento do custo da prevenção de câncer de colo uterino.**
- **criação de um banco de dados disponibilizado através do SISCOLO pelo DATASUS, podendo ser acessado através do TABWIN.**

No entanto a CISMU considera urgente:

**1. que a equipe técnica do MS e INCA e gestores estaduais e municipais estejam empenhados na busca ativa das mulheres que necessitam de acompanhamento e tratamento.**

**2. a continuidade do monitoramento do programa, com a presença da assessoria de saúde da mulher do Ministério da Saúde e do INCA nas próximas reuniões da CISMU, bem como o empenho do CONASS e CONASEMS para que seja realizado o acompanhamento do atendimento às mulheres. O CNS deve mobilizar os Conselhos estaduais e municipais de saúde para que estimulem e acompanhem os gestores na continuidade do programa.**

**3. Realizar uma avaliação externa, que possa contemplar informações quantitativas e qualitativas sobre todo o processo de desenvolvimento do Programa, visando ao aprimoramento de atividades futuras similares, objetivando inclusive dar elementos para que sejam feitas reflexões sobre os tipos de benefícios que a proposição de políticas focalizadas oferece, discutindo seu real alcance.**

## **1. Orçamento de 1999**

### **1.1. Contingenciamento**

O Decreto nº 2984, de 5 março de 1999, fixa, em caráter excepcional e temporário, limites para despesas incluindo Pessoal e Encargos Sociais. Este decreto veio regularizar questões referentes às despesas em geral e ao pagamento de pessoal que já havia ocorrido nos primeiros meses do ano.

A limitação da despesa do MS no primeiro trimestre a R\$3,177 bilhões para Custeio e Investimento, produz, na prática um contingenciamento orçamentário.

A Dotação anual é de R\$15 bilhões, logo no primeiro trimestre deveria ser disponibilizado o montante de R\$3,75 bilhões (25% da dotação de 15 bilhões).

Ocorre que no limite de R\$3,77 bilhões, de programação financeira trimestral, estão incluídos R\$ 440 mi de Restos a Pagar de 1998, em 1999.

Isto reduz a disponibilidade financeira do orçamento de 1999 a R\$2,737 bilhões, logo o contingenciamento financeiro é superior a um bilhão.

Ao limitar o gasto do MS no primeiro trimestre em R\$ 3,177 bilhões, abaixo de 25% do orçamento global do ano, automaticamente, está havendo um contingenciamento dos recursos do Ministério da Saúde.

É imperioso que o Plenário do Conselho note que este decreto tem significado de contingenciamento. A dúvida é se este recurso permanecerá contingenciado ou não, e se haverá ou não outros contingenciamentos. Considerando que haverá um novo decreto para execução do Orçamento, teme-se que permaneça o contingenciamento para os próximos meses.

Sugere-se ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde que se manifeste propondo que o novo decreto no Parágrafo Único do art.1º inclua nas exceções previstas um inciso: "excluem-se do disposto no Caput do art. 1º (limites de empenhos) as dotações do Ministério da Saúde".

**Como fundamentos deste pleito do CNS/MS, podem ser utilizados pelo menos os seguintes:**

- Receita Arrecadada Federal até 28.2.99 superior em 1 bilhão e 500 milhões àquela arrecadada em 1998, no mesmo período; apesar da suspensão da CPMF desde 24.1.99;
- Garantia de cobertura com Título do Tesouro Nacional da Receita Prevista com a CPMF que não seja arrecadada em 1999 (Emenda Constitucional da CPMF/1999);
- Pagamento de Encargos Financeiros da União - EFU (Amortização - 1,5 bilhão, e, juros - 7,5 bilhões) 9,0 bilhões até 28.2.99;
- Cortes na saúde agravam os problemas da área sem resolver o problema de Encargos Financeiros da União - EFU - cuja previsão (dotação anual aprovada - 91 bilhões) é de **gastar R\$ 250 milhões por dia.**

**1.2. Execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde até 31.3.99 (aberto)**

Dos 53 itens da planilha de Execução Orçamentária e Financeira – 1999, apenas 8 apresentam Saldo Orçamentário menor que 75%. Ou seja, a maioria esmagadora dos itens está com Execução Orçamentária reprimida (menos de 25%) decorridos 3 meses do ano.

Por exemplo, Saneamento Básico (linha 39) em 1999 apresenta 98,04% de saldo orçamentário, quer dizer, empenhou (comprometeu de sua dotação) apenas 1,96%. Desta parcela ínfima de 1,96% só pagou (executou financeiramente) menos de um terço do empenhado, pouco mais de 0,5% de sua Dotação Orçamentária.

Escolhemos o item saneamento básico a título de exemplo porque tem sido sistemática, nos últimos anos, a seguinte situação: **dotação insuficiente e execução orçamentária e financeira precária**. A tendência para o exercício de 99 é a perpetuação de tal situação.

O mesmo quadro é observado em relação à: Prevenção Câncer Cérvico Uterino, onde foi gasto em relação ao orçado apenas 0,3%; Coordenação Materno-Infantil (0%); Programa de Sangue e Hemoderivados (0%), (correspondentes à ampliação da Hemorede); Reaparelhamento de Unidades (0,01%) e Reaparelhamento das Unidades Reforsus (0,67%).

Aparentemente, dos itens que classicamente são penalizados no processo de execução orçamentária e financeira, apenas Vigilância Sanitária deverá apresentar comportamento positivo em 99. Sua execução neste primeiro trimestre (orçamentária e financeira) é superior à execução de anos anteriores. A explicação seria a implantação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

**Destaque-se:** por motivos desconhecidos por esta Comissão, a sistemática de apresentação da Planilha “Execução Orçamentária e Financeira - 1999” (janeiro a março - aberto) foi alterada. Desta forma, ao invés da apresentação usual nos últimos anos, a relação percentual entre o Orçamento Aprovado (coluna A) e o Valor Liquidado - pago (coluna D), foi substituída pela relação percentual entre Valor Liquidado (coluna C) e o Valor Empenhado (coluna B).

Entendemos que para efeito de análise, é imprescindível que seja efetuada a relação entre o orçado e o liquidado (efetivamente pago), pois grande parte das ações de saúde só são efetivadas com o pagamento e não com o Empenho. Recursos empenhados podem ser sumariamente cancelados. Por exemplo, não adianta assinar Convênios e empenhar recursos para a Campanha de Prevenção e Controle da Dengue sem a entrada efetiva dos recursos.

Tal alteração, portanto, na apresentação da planilha pode levar a erro de análise, dificultando a interpretação do quadro recorrente de dotação orçamentária insuficiente e execução orçamentária e financeira precária. É fundamental, portanto, retornar a mesma sistemática de análise.

Na análise efetuada pela Comissão foi utilizada a metodologia anterior, utilizando o percentual do Liquidado (Pago) em relação ao Orçado (Dotação).

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

A Reforma Tributária, em tramitação 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 no âmbito da reforma tributária. As variáveis são outras e os cenários diferentes.

A Comissão reconhece que a Resolução 281 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.

Note-se que a Emenda Constitucional 20 destinou integralmente para a Previdência a Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a folha de pagamento (Fonte 154). Assim se legalizou de vez o precedente aberto pelo Ex-Ministro da Previdência Social, Antônio Britto, que em 1993 expropriou da saúde, descumprindo a Lei do PPA, cerca de 250 milhões de dólares mês referente à Contribuição sobre a Folha, de empregados e empregadores. Repetimos este informe para que os que desconheciam esta triste página para a saúde tenham consciência das dificuldades que já foram enfrentadas para se garantir o direito universal à saúde.

### GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (GHC)

Na 81ª Reunião Ordinária do CNS foi pautado um relato conjunto acerca da situação do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, pelo Diretor-Superintendente, pela Presidente do Conselho Estadual de Saúde do RS e pela Presidente do Sind-Saúde/RS, levando o plenário do CNS a formar uma comissão, assessorada pela Secretaria Executiva com a finalidade específica de apresentar na próxima sessão, parecer que subsidie a tomada de posição do colegiado diante dos problemas apresentados.

Resumidamente foram dois os problemas apresentados:

1 - O cumprimento de determinação do Tribunal de Contas da União – TCU de tornar sem efeito as admissões de pessoal que ingressaram no GHC, sem concurso público, a partir de junho de 1990. Isto significa a anulação dos contratos de trabalho desde 1990, isto é, cerca de 25% da força de trabalho do GHC, sem o pagamento de direitos trabalhistas, o que propiciaria insuportáveis demandas trabalhistas posteriores com riscos de causar impacto na saúde da população.

2 - As dificuldades na gestão do GHC decorrem da sua natureza jurídica. O Grupo é uma S.A. e, portanto, sujeito ao pagamento de impostos e outros encargos. Em 1998 cerca de R\$ 45 milhões foram des-

tinados ao pagamento de encargos sociais patronais.

As empresas Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., Hospital Cristo Redentor S.A. e Hospital Fêmeina S.A., integrantes do chamado Grupo Hospitalar Conceição – GHC, vinculadas ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.244/90), estão constituídas sob a forma de Sociedades por Ações, tendo como acionista majoritário a União Federal.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. (902 leitos) atua como hospital geral, possuindo em anexo, o Hospital Criança Conceição (237 leitos), especializado em atendimento pediátrico; o Hospital Cristo Redentor S.A. (308 leitos) é referência nas especialidades de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia geral, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia plástica e queimados; e, o Hospital Fêmeina S.A. (140 leitos), por sua vez, presta atendimentos nas especialidades de obstetrícia, ginecologia, cirurgia geral e neonatologia.

Esses hospitais, além de executar serviços de assistência à saúde, oferecem campo de estágio curricular para a formação e treinamento de profissionais, proporcionando também a realização de pesquisas científicas e tecnológicas, contando com 243 médicos residentes nas mais diversas especialidades. Cerca de 99% dessa capacidade instalada é destinada aos usuários do SUS.

O GHC desenvolve também um dos mais antigos e conceituados programas de medicina comunitária, beneficiando cerca de 120 mil pessoas na zona norte de Porto Alegre com serviços providos por 13 postos de atendimentos.

Por tudo isto é inquestionável a importância estratégica do GHC, para o SUS, no Rio Grande do Sul, como mostra o quadro seguinte:

GHC: % de atendimentos realizados em relação ao total de atendimentos do SUS no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre - 1997/1998

SERVIÇOS	RS		PORTO ALEGRE	
	1997	1998	1997	1998
Atendimento Ambulatoriais*	8,7	15,8	19,1	47,7
Internações	7,6	7,0	33,7	32,6
Atendimentos SADT**	-	9,7	-	23,0

Fonte: GHC, Relatório Anual de Atividades, 1997 - 1998

\* Consultas e procedimentos médicos (não inclui odontologia)

\*\* Radiodiagnóstico, medicina nuclear, ultra-sonografia, patologia clínica e fisioterapia.

Cabe ressaltar a importância das articulações envolvendo a direção do GHC, do CES-RS, da representação dos trabalhadores do GHC, do Ministério Público Federal no RS e da Procuradoria do Ministério do Trabalho no RS, visando encontrar alternativas e equacionar, de forma adequada os problemas, com o objetivo de não haver prejuízos ao atendimento à saúde da população, considerando que a construção e implementação do SUS dependem de negociações e pactuações permanentes, sobretudo no nível local.

O Conselho Nacional de Saúde deve apoiar os esforços que vêm sendo desenvolvidos no sentido de encontrar solução adequada aos problemas mencionados. Nesse sentido é importante que se

jam esgotadas as possibilidades de pactuação e negociação entre gestores do SUS dos três níveis de gestão envolvidos no caso envolvendo os respectivos Conselhos. Não é demais lembrar, que o equacionamento a ser dado deve ser baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como na legislação trabalhista, ou apontar para uma nova legislação que o caso requeira.

Qualquer que seja a solução a ser proposta esta Comissão entende que deva ser apoiada pelo CNS na medida em que não acarrete prejuízo na provisão de serviços e atenda os seguintes princípios:

- **Incorpore o controle social na gestão da instituição;**
- **Preserve o atendimento aos usuários do SUS;**
- **Assegure autonomia de gestão;**
- **Mantenha o concurso público como instrumento de recrutamento de novos recursos humanos;**
- **Manutenção do caráter público.**

Com aprovação do Plenário, será dado conhecimento deste relatório à Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e aos gestores do SUS: municipal (Porto Alegre) e estadual (Rio Grande do Sul).

## Grupos de Trabalho

O Plenário do CNS aprovou a instalação de três (3) grupos de trabalho e uma (1) comissão de articulação, assim constituídos:

**GT - Abertura de Cursos:** com o objetivo de rever a atual sistematização e formular propostas para deliberação do plenário do CNS sobre critérios e análises para autorização de abertura e funcionamento de cursos de nível superior na área da saúde (medicina, odontologia e psicologia), segundo às necessidades sociais. Os Conselheiros designados: Sérgio Magarão (coordenador), Antônio Celso Nassif, Rosângela Camapum, Maria Angélica e Paulo Romano.

**GT - Alimentação e Nutrição:** com o objetivo de formular parecer que subsidie deliberação do plenário do CNS sobre a proposta de "Política Nacional de Alimentação e Nutrição", apresentada pelo Ministério da Saúde. Os Conselheiros designados: Zilda Arns (coordenadora), Maria Leda Dantas, Mozart de Abreu e Lima, José Bezerra Passos, Albaneide Peixinho e Francisco Bezerra da Silva.

**GT - Cartão SUS:** com o objetivo de realizar uma análise e avaliação mais completa para o plenário do CNS sobre o projeto de implantação do "Cartão SUS", sob os ângulos das opções tecnológicas, dos custos e das diretrizes da Lei Orgânica da Saúde e NOB/96. O GT deverá sistematizar informações a serem fornecidas pelo Coordenador do Projeto (Dr. Benedito Nicotero) e de sua

equipe técnica. No segundo momento, esclarecer as informações junto ao corpo técnico da ABRASCO e da Sociedade Brasileira de Informação em Saúde. O GT contará com o apoio técnico da secretaria executiva da RIPSA. Os conselheiros designados: Mozart de Abreu e Lima (coordenador), Silvío Mendes, Maria Leda Dantas e Artur Custódio.

**Comissão de Articulação - Mesa Nacional de Negociação:** com o objetivo de formular uma proposta para implantação de uma melhor dinâmica de funcionamento e articulação da Mesa Nacional de Negociação que subsidie o plenário do CNS em sua deliberação. Os conselheiros designados: Temístocles Marcelos (coordenador), Gilson Cantarino, Silvío Mendes e Climério Rangel Junior.

### Questões de Funcionamento

Conselho Estadual de Saúde

O Plenário do CNS indicou os conselheiros Temístocles Marcelos (representante dos Profissionais de saúde) e Lúcio Barcelos (CONASEMS) para apurar e esclarecer as questões acerca da modificação da lei que institui o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, através de decreto que altera a composição e as atribuições do colegiado. Os conselheiros se reunirão com o gestor estadual e entidades do Conselho e apresentarão ao plenário o relato da situação. O posicionamento do CNS referente aos conselhos de saúde e suas relações com os gestores será sempre balizado pelos princípios constitucionais e pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, bem como pelas decisões constantes na regulamentação do Regimento Interno referente aos critérios de homologação das deliberações e nas referências das "Competências do CNS, CIT e MS: Delimitações e Interfaces", matérias aprovadas na 84ª Reunião Ordinária do CNS, realizada nos dias 3 e 4 de março de 99 e publicadas no Boletim do CNS de março de 99.



### Extrato do Resumo Executivo Apresentado ao CNS

Referente a 2ª Reunião Ordinária - 18/03/99

#### 1. Suspensão da Transferência Fundo a Fundo ao Município de Cuiabá

O presidente do CONASS solicitou incluir na pauta o assunto da suspensão da transferência de recursos financeiros do Município de Cuiabá, habilitado na condição de gestão Plena de Sistema Municipal, em decorrência de denúncia da imprensa sobre a autorização de cobrança de marcapasso de pacientes do SUS pela Secretaria Municipal de Saúde; o presidente explicou que o que ocorreu foi um incidente, um fato isolado com uma funcionária que autorizou a cobrança de marcapasso de um usuário do SUS. O Ministério se baseou na denúncia e no resultado de uma auditoria realizada no ano de 98 no Município, cujo relatório não havia sido respondido pelo Município. A Secretaria Municipal de Saúde organizou toda

a documentação sobre a denúncia e a resposta à auditoria, com solução de vários itens apontados e cópias dos documentos foram entregues aos Secretários de Políticas de Saúde e de Assistência à Saúde, solicitando análise e avaliação técnica para que o Município possa retomar plenamente a gestão dos recursos financeiros e os efeitos da portaria sejam suspensos. Propôs que, se o Ministério da Saúde verificar, pela análise da documentação apresentada, que as providências foram adotadas e as normas do SUS foram cumpridas, a CIT aprove que o Município volte a receber a transferência fundo a fundo dos recursos. Proposta aprovada.

#### 2. CAMPANHA NACIONAL DE MUTIRÕES DE CIRURGIAS ELETIVAS

O Secretário da SAS explicou que o MS tem uma proposta de realizar os seguintes mutirões no ano de 99: catarata, nos meses de maio a julho, hérnia em julho, varizes de membros inferiores em setembro e próstata em novembro; o MS está mantendo contato com as entidades de especialistas para um trabalho conjunto e com os hospitais universitários; estão sendo alocados recursos financeiros para que o MS possa garantir o pagamento do excedente da média mensal de 98 nesse período, que será acrescentado ao teto do Estado ou do Município em gestão plena de sistema municipal. Foi aprovada a proposta de que a Campanha seja lançada a partir de maio e que cada cirurgia tenha um prazo de cerca de três meses de realização para que o MS possa controlar e garantir o excedente do teto e os Municípios e o Estado possam se organizar. Foi proposto que o MS discuta, também, com os Estados e Municípios, necessidades regionais para a realização de cirurgias eletivas em outras ocasiões.

#### 3. SISTEMA ESTADUAL DE REFERÊNCIA HOSPITALAR PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A SAS fez algumas correções na portaria baseada nos estudos do Grupo Técnico Tripartite e a portaria foi analisada na Câmara Técnica. O CONASS e o CONASEMS querem saber sobre o financiamento da urgência e emergência para a programação dos gestores. O Secretário da SAS sugeriu que os estados proponham a organização da rede e que seja implantada aos poucos conforme a priorização que o estado estabelecer, garantindo uma folga de recursos para as mudanças necessárias visando o melhor funcionamento do sistema. O MS deverá informar aos estados a estimativa de recursos para remuneração adicional de custeio possibilitando a programação e elaboração de propostas. O Grupo Técnico continuará se reunindo para estudar o assunto. A Portaria deverá ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde.

#### 4. CARTA AOS USUÁRIOS DO SUS

O MS planeja enviar uma carta aos usuários do SUS informando o que foi gasto no atendimento e abrindo a possibilidade para sugestões por meio do Disque-Saúde. O CONASS e o CONASEMS sugeriram que seja divulgada a possibilidade de o usuário procurar as SES e SMS e os Conselhos de Saúde. O CONASS sugeriu que seja feito um grande esforço de capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde para que os Conselhos possam ajudar no acompanhamento e na avaliação da atenção básica. A proposta do CONASS deverá ser encaminhada à área de Educação em Saúde da SPS para informação na próxima reunião da CIT.

#### 5. ANEXO 07 DA INSTRUÇÃO NORMATIVA 01/98

A Secretaria de Gestão Investimentos do MS propôs uma revisão na planilha existente, para melhorar a qualidade da informação e facilitar o preenchimento do documento; propôs, também, a unificação de esforços para o

levantamento de dados de Estados e Municípios. Já está organizado um Grupo composto de representantes do Ministério da Saúde e do Ministério Público que está trabalhando numa planilha para uso comum, que será preenchida pelos Estados e Municípios e encaminhada por meio eletrônico. Está sendo elaborado um projeto com recursos do REFORCUS para uma pesquisa sobre aferição dos gastos identificando o que está sendo imputado como gasto da saúde nos Estados e Municípios. O Grupo que está estudando o Anexo 07 da IN 01/98 vai disponibilizar uma cópia do modelo proposto para sugestões.

#### **6. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

O MS organizou uma reunião com os técnicos dos Estados que trabalham na área da atenção básica para discutir o acompanhamento e a avaliação dos resultados conforme está previsto no Manual de Organização da Atenção Básica. O MS está propondo que além da avaliação, do ponto de vista dos resultados, seja feita uma avaliação da oferta de serviços. O MS está propondo a edição de uma portaria que agregue essa proposta; foi distribuída cópia da portaria e o assunto foi remetido para a Câmara Técnica estudar. O CONASEMS solicitou que a representação dos Municípios seja convidada para os eventos que estão sendo realizados sobre acompanhamento e avaliação da atenção básica.

#### **7. POSIÇÃO DO MS SOBRE A ALTERAÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE PARA ALGUNS ESTADOS**

A emenda que foi feita pelo Congresso Nacional na proposta orçamentária, tem como objetivo reduzir as desigualdades regionais, aproximando cada vez mais os valores per capita dos Estados à média nacional. Foi aprovada a proposta de discutir o assunto na próxima reunião ordinária da CIT, com o objetivo de estabelecer critérios de alocação dos recursos e definição de prioridades, ampliando a reunião para os dias 15 e 16 de abril, reservando um dia inteiro para discussão do tema.

#### **8. DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS**

Foi discutida a proposta da Câmara Técnica: *Os Municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96 estão sujeitos a desabilitação quando, mediante auditoria do Sistema Nacional de Auditoria, forem constatadas irregularidades no cumprimento das responsabilidades assumidas e dos critérios para habilitação, ou na gestão do sistema de saúde. Serão observados os seguintes trâmites para a desabilitação dos Municípios: 1. o Ministério da Saúde encaminhará o Relatório da Auditoria à Comissão Intergestores Bipartite concedendo um prazo de 30 dias para manifestação, concedendo oportunidade ao Município de apresentar justificativas. 2. o Ministério da Saúde tomará a decisão se a Comissão Intergestores Bipartite não se manifestar no prazo determinado; 3. o Ministério da Saúde desabilitará o Município quando a Comissão Intergestores Bipartite aprovar a desabilitação; 4. o Ministério da Saúde encaminhará o assunto para análise e decisão na Comissão Intergestores Tripartite se a Comissão Intergestores Bipartite não aprovar a desabilitação.* A proposta foi aprovada e a Câmara Técnica da CIT vai elaborar uma Portaria baseada nessa proposta. Foi aprovada, ainda, sobre o assunto, a seguinte proposta: que a equipe que realizou a auditoria envie, sempre, ao gestor municipal, uma cópia do Relatório Final da auditoria realizada no Município, para que se pronuncie; que o Relatório de Auditoria com o pronunciamento do Município seja enviado à CIB para análise e parecer e só então seja enviado ao Ministério da Saúde, acompanhado da defesa do

Município e do parecer da CIB.

#### **9. AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS NOS MUNICÍPIOS QUE ASSUMIRAM A REDE FEDERAL E ESTADUAL**

Foi aprovada a composição de um Grupo Tripartite coordenado pela Coordenação de Recursos Humanos para o SUS, para estudar o assunto e sistematizar idéias e propostas que têm sido discutidas sobre o mecanismo de financiamento e a viabilidade política de implantação, e apresentar relatório na próxima reunião da CIT.

#### **10. GRUPO DE TRABALHO PARA ELABORAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS**

O Coordenador da CIT explicou que o Grupo de Trabalho nomeado tem especialistas da área de recursos humanos e é eminentemente técnico; a proposta apresentada por esse Grupo será debatida num fórum nacional com representantes da OPAS, CONASS, CONASEMS, Universidades; a proposta final será analisada na CIT e no Conselho Nacional de Saúde para homologação final pelo Ministro da Saúde.

#### **11. REIVINDICAÇÃO DO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA**

O Município implantou várias mudanças na organização dos serviços de saúde e está aguardando o cumprimento do que foi pactuado na reunião extraordinária da CIT realizada no dia 30/07/98, quando foi acordado " *que a CIB/MG enviaria ao MS um pedido de aumento temporário do teto financeiro do Estado, a ser repassado ao Município especificamente para atualizar o pagamento dos prestadores de serviço de Juiz de Fora, cujo montante seria descontado em 10 parcelas do teto mensal do Município, para decisão do MS*"; a SMS recebeu no final do ano de 98 uma comunicação do MS informando que não é possível fazer adiantamento do teto financeiro solicitado pela CIB/MG ao Ministério, devido a parecer do Tribunal de Contas da União que desaconselha este procedimento. O Município consultou a SES/MG no final do ano de 98, que informou a impossibilidade de recompor o teto do Município. O Município informa que não tem condições de acertar o pagamento dos atrasados aos prestadores, sem parcelamento dos pagamentos. Foi aprovada a proposta de que o Município encaminhe novamente o assunto à CIB reivindicando um aumento provisório do teto para solucionar o assunto.

#### **12. MODELO DE CONTRATO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

O Presidente do CONASEMS recebeu uma intimação da Procuradoria Regional do Trabalho sobre um Inquérito Civil Público a respeito da ilegalidade da contratação dos agentes comunitários de saúde por intermédio de associação sem idoneidade econômica para satisfazer os direitos trabalhistas mínimos dos referidos agentes. Já está funcionando um Grupo com representantes de vários órgãos do governo federal que está discutindo formas de contratação de Agentes Comunitários de Saúde. A Procuradoria propôs uma Minuta de Termo de Ajuste de Conduta a ser assinada pelo gestor municipal. A Secretaria de Assistência à Saúde já está encaminhando o assunto internamente no MS e há consenso de que a partir do momento que não é mais obrigatória a contratação pelo Regime Jurídico Único, é necessário que se garanta, no entanto, um processo de seleção público e aberto. O assunto é extremamente importante e deverá ser conduzido pela equipe dirigente do Ministério da Saúde, incluindo parecer da Consultoria Jurídica, pois extrapola qualquer decisão que possa ser tomada pela Comissão Intergestores Tripartite. O Ministério da Saúde se comprometeu a tentar agilizar uma solu-

ção, para impedir que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde sofra solução de continuidade nos diversos Municípios onde está implantado.

### 13. HABILITAÇÃO DE ESTADOS E MUNICÍPIOS

**a)** A Secretaria Técnica da CIT apresentou os pleitos de habilitação de 28 Municípios à condição de Gestão Plena da Atenção Básica, e de 04 Municípios que pleitearam a habilitação à condição de Gestão Plena de Sistema Municipal, totalizando 5201 Municípios habilitados; os pleitos foram aprovados como apresentados e os Municípios habilitados deverão receber os recursos a partir da competência abril de 1999; **b)** foi informado que o Ministério da Saúde já realizou visita em dois Estados pleiteantes à condição de gestão plena de sistema estadual; **c)** Foi aprovada a proposta de que o MS só realizará visitas aos Estados pleiteantes à habilitação de gestão plena de sistema que efetivamente comprovarem ter instrumentos para transferência fundo a fundo a Municípios, requisito básico para viabilizar a gestão; **d)** habilitação de Estados cujos pleitos já foram aprovados na comissão Intergestores Tripartite – foi aprovada a proposta de que o Estado que tiver cumprido todos os itens para assumir a gestão pleiteada, após a visita do Grupo Técnico do MS, terá prioridade para homologação pelo MS.

### 14. DESVALORIZAÇÃO DO REAL E REPERCUSSÃO NOS CUSTOS DE ÓRTESES E PRÓTESES E MEDICAMENTOS IMPORTADOS

O Secretário de Gestão de Investimentos, Dr. Geraldo Biasoto Júnior, informou que deve ser publicado um Decreto para a isenção de Imposto de Importação sobre os insumos importados na área da saúde. Pode ser que haja um ajuste na Tabela de Procedimentos para a recomposição do preço do marcapasso. A SAS fez um estudo sobre os medicamento importados e poderá haver um impacto de R\$ 11 milhões/ano que o MS está estudando como resolver. O CONASS demonstrou preocupação com o pagamento do CAPD pois os fornecedores não estão querendo aceitar o preço da Tabela de Procedimentos e com a extinção da Guia de Autorização de Pagamento - GAP há necessidade de pagamento do Imposto Sobre Serviços - ISS. O MS está estudando a possibilidade de isenção do ISS e deverá listar os Municípios onde será realizada a compra. Há consenso de que é necessária uma solução de âmbito nacional para não inviabilizar o atendimento.

### 15. MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

O CONASS comentou que o MS não definiu a responsabilidade da compra dos medicamentos essenciais para saúde mental, pois os psicotrópicos não são medicamentos básicos e não deverão entrar na lista de medicamentos básicos adquiridos por Estados e Municípios a partir de agora, com recursos do incentivo de assistência farmacêutica básica; há o risco de se comprometer um trabalho sério de desospitalização que está sendo realizado nos últimos dez anos. O CONASS informou que levou o assunto ao Ministério da Saúde que solicitou o estudo do assunto pela área técnica da Secretaria de Políticas de Saúde. O Coordenador da reunião informou que a Secretaria de Políticas de Saúde vai coordenar a discussão com o Grupo Técnico.

### II Reunião Técnica das Secretarias Executivas dos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde

Síntese de Propostas - Brasília, 23 de março de 1999

Com objetivo de contribuir com o aperfeiçoamento do apoio técnico e administrativo dos Conselhos de Saúde e com a eficácia do controle social na saúde, foi realizada a **II Reunião Técnica das Secretarias Executivas** dos Conselhos Naci-

onal e Estaduais de Saúde, no dia 23 de março de 1999, em Brasília. Participaram representantes de 18 Estados e do Conselho Nacional de Saúde. O evento oportunizou a constatação de alguns avanços na organização das Secretarias Executivas, ao mesmo tempo em que foram identificadas e analisadas as dificuldades e entraves para a plena realização de suas atividades de apoio. Por isso, apresentaram propostas e alternativas, que sejam capazes de otimizar as suas ações, tais como:

**a)** incentivar a capacitação continuada de Conselheiros e das Secretarias Executivas, levando em conta que os Conselhos, no exercício das atividades de formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde, evitem ingerências nas competências exclusivas dos Gestores;

**b)** promover, junto aos representantes de instituições e entidades nos Conselhos de Saúde, ações que facilitem a atuação perante **a comunidade, a sua instituição e entidade**, visando mobilizá-las em função das deliberações do Conselho de Saúde, e desta maneira, completar as funções da sua representatividade;

**c)** encaminhar às instituições e entidades, a cada trimestre, o mapa de participação dos Conselheiros nas reuniões;

**d)** promover divulgação das decisões do Conselho nos meios de comunicação para as entidades e população, proporcionando transparência nas atividades do Conselho/Conselheiros;

**e)** promover, junto ao Gestores Municipais, formas de debates para implantação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, no sentido de legitimar os repasses do Fundo a Fundo;

**f)** garantir que a criação de todos os Conselhos de Saúde seja por meio de Lei e a sua composição, plural e paritária;

**g)** garantir com o Gestor a viabilização da participação das Secretarias Executivas nas reuniões técnicas e administrativas convocadas pelo CNS;

**h)** garantir estrutura física e recursos humanos às Secretarias Executivas para o bom andamento do Conselho de Saúde;

**i)** comprometer os Estados na realização das Conferências Estaduais/Municipais previamente à 11ª Conferência Nacional de Saúde, que deverá realizar-se no segundo semestre do ano 2000;

**j)** sensibilizar e comprometer o Gestor na informatização das Secretarias Executivas, inclusive, viabilizando o acesso e a divulgação de informações via internet;

**l)** **garantir dotação orçamentária para o Conselho de Saúde e sua Secretaria Executiva.**

### Esclarecimento

No Boletim nº 3 de março de 1999, esclarecemos que o item "Regimento Interno", na verdade refere-se à regulamentação do regimento interno quanto aos critérios de homologação das deliberações. A íntegra do regimento interno foi publicada no boletim nº 2, de dezembro de 1998.

#### Edição

Assessoria de Comunicação Social do CNS

#### Revisão, editoração, impressão e acabamento

Coordenação de Processo Gráfico-Editorial/MS

#### Conselho Nacional de Saúde

Eplanada 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>



MINISTÉRIO  
DA SAÚDE

GOVERNO  
FEDERAL