

Organizações Sociais
inconstitucionalidade na lei de
privatização da saúde pública
.....Página 03

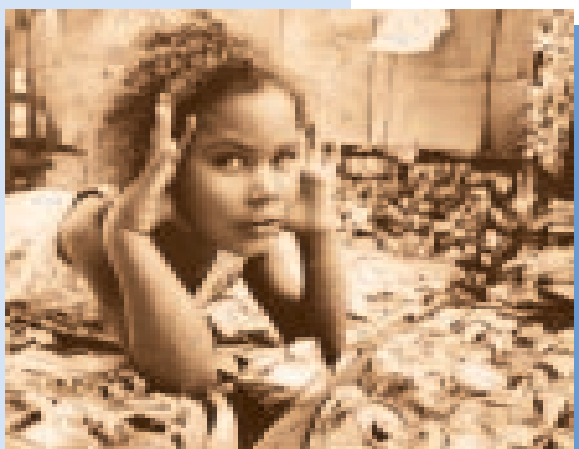
Financiamento da Saúde
por uma fonte de financiamento
estável e suficiente para a saúde
.....Página 05

Mobilização
2 mil conselheiros mobilizam a ca-
pital da República
.....Página 10

Jornal do

Conselho Nacional de Saúde

Ano I nº 1 Setembro/Outubro de 1998



Tuberculose: “O Descalabro Consentido”

Uma doença que atormentou a humanidade no começo do século, matando poetas e artistas famosos. Aparentemente vencida pela ciência, hoje renasce como um pesadelo moderno. É certo que já foi vencida a travessia para o tratamento e a cura, mas surpreendentemente a doença mata 1 brasileiro a cada 90 minutos. Essa situação foi descrita como “O Descalabro Consentido”, pelo Coordenador Nacional de Pneumologia Sanitária.....Página 08



O Mercado de planos privado de saúde não pode ser selvagem

Os 40 milhões de consumidores de planos e seguros de saúde tem sido as vítimas do atual mercado privado, que sempre funcionou livre, sem regras e leis claras. O Ministério da Saúde entra nessa arena, com a vontade de participar da definição de novas regras do jogo. O Novo Diretor do Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde, João Luis Barroca, garante a defesa dos consumidores, com uma regulamentação claras dos seus direitos e deveres.....Páginas 06 e 07



Política de Medicamentos: Novas Perspectivas

O Conselho Nacional de Saúde aponta a política dos medicamentos genéricos como instrumento seguro e eficaz para combater os problemas enfrentados nessa área. Em suas diretrizes, encontram-se armas eficazes contra a falsificação de remédios e a grave exclusão social no consumo e no acesso aos medicamentos essenciais.....Página 04

Expediente



Jornal do Conselho Nacional de Saúde é uma publicação bimestral do Conselho Nacional de Saúde.

Presidente do Conselho Nacional de Saúde
Ministro de Estado da Saúde José Serra

Conselho Editorial

Elisabeth Costa - Comissão de Comunicação e Saúde do CNS

Mário Scheffer - Plenário do Conselho Nacional de Saúde

Nélson Rodrigues dos Santos - Coordenador Geral da Secretaria Executiva/CNS

Solón Magalhães - Comissão de Coordenação Geral do CNS

Coordenação Editorial

Fernando Cartaxo - Assessoria de Comunicação Social do CNS

Reportagem e Redação

Fernando Cartaxo
Cristiana Rodrigues (colaboradora)

Jornalista Responsável

Sônia Rocha
DRT-RJ 18.782

Fotos

Nehil Hamilton
Gustavo Alexandre
Lucas Clavijo Erazo

Editoração e Projeto Gráfico



Ars ventura
Imagens & Produções
www.arsventura.com.br
(061) 328 6404

Impressão

Athalaia Gráfica e Editora Ltda.

Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco "G"
Anexo - Ala B - 1º Andar
Salas 128 a 147 - CEP 70 058-900
Brasília-DF

Fones: (061) 2256672 - 226 8803
315 2150 - 315 2151

Fax: (061) 315 2414 e 315 2472

e-mails: cns@saude.gov.br e ascomcns@saude.gov.br
http://conselho.saude.gov.br

As matérias assinadas são de responsabilidade de seus autores.

Tiragem: 8.000 exemplares

Efetivando o Controle Social

Este primeiro número de *Jornal do Conselho Nacional de Saúde* marca o início de sua comunicação pública escrita, cujos conteúdos e forma irão se ajustando às suas finalidades e características, novamente fazendo caminho ao caminhar. Não nasce pronto, mas marca seu nascimento ao destacar o lema do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde em 2,3 e 4/julho/1998: "Efetivando o Controle Social".

Nas experiências de Controle Social vividas pelos Conselhos de Saúde até o presente momento, o que deve ser controlado? Os governos municipais, estaduais e federal, certamente. As empresas privadas de Saúde? Os hospitais e ambulatorios públicos e privados? Os serviços de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica? A rede de centros de saúde? Os laboratórios e clínicas privadas?

O Controle social deve ser efetivado em duas direções apontadas pela Lei 8142/90: formulando estratégias e fiscalizando a execução das políticas. Nas experiências vividas pelos Conselhos e Conselheiros, quais as estratégias que foram bem formuladas e bem sucedidas a favor da população e do SUS? E quais as fiscalizações realizadas e bem sucedidas? Que avanços e que impedimentos vem acontecendo ao controle social através dos Conselhos de Saúde? Quais as prioridades e direções de avanços que transmitem estímulos, garra e otimismo, mas também quais as confusões e desvios que devem ser evitados?

Um outro ângulo para se encarar o papel e as experiências dos Conselhos de Saúde, é a clareza de quais são os objetos do Controle Social: a gestão e o financiamento dos serviços de saúde, no momento, talvez sejam os mais importantes. No entanto, há questões políticas como a da alimentação e nutrição, saneamento, saúde do trabalhador, saúde da mulher e várias outras. Para isso tudo, não só os Gestores do Governo, mas também as Entidades da sociedade organizada, devem ser também objeto de controle pelos Conselhos de Saúde?

Com relação à gestão dos serviços de saúde, é sempre oportuno lembrar que sob a competência gestão encontram-se as atividades de planejamento, orçamentação, normatização, programação, direção, execução, avaliação e controle.

Mesmo nas gestões mais democráticas e participativas, estas atividades são típicas de gestão. A competência controle social através dos conselhos de saúde deve exercer de alguma maneira essas atividades? Ou deve apenas conhecê-las e acompanhá-las o mais de perto possível para poder controlá-las? Cabe aos Conselhos planejar e orçar, ou conhecer, discutir e aprovar o plano, o orçamento e norma básica da gestão?

Um outro ângulo ainda para se encarar o papel dos Conselhos e Conselheiros, é a capacidade de cada conselheiro, representando entidades da sociedade, categorias e governo, de conseguir articular-se com os demais conselheiros, e construir consensos e resoluções a favor da população e do SUS, o que exige a clareza de não colocar os conflitos de interesses corporativistas acima dos interesses do conjunto da população.

Por final, cabe lembrar que a Participação da Comunidade é a terceira diretriz do SUS, consagrada na Constituição Federal, após as duas primeiras: Descentralização e Integralidade. Assim não podemos deixar de nos preocupar de como os Conselhos e Conselheiros entendem a Descentralização e a Integralidade. E como aplicam esse entendimento no seu exercício rotineiro de Controle Social da Gestão dos Serviços de Saúde?

Da mesma maneira nos preocupamos com referência aos princípios do SUS, consagrados na Lei 8080/90: Universalidade, Equidade, Municipalização com Regionalização e Hierarquização dos serviços e outros. Concluindo: como os conselhos e conselheiros entendem os artigos da Seção Saúde da Constituição Federal, das Leis 8080/90 e 8142/90, e da Norma Operacional Básica 01/96 e Portarias que a modificaram. E como aplicam esse entendimento no seu exercício rotineiro de Controle Social da Gestão dos Serviços de Saúde?

As interrogações que fizemos estão direcionadas para estimular e instigar a construção do perfil dos Conselhos e Conselheiros, construção esta que vem avançando a passos largos e inusitados, tanto através das reuniões dos Conselhos como nas Plenárias de Representações e Encontros de Conselheiros, nas regiões, nos Estados e ao Nível Nacional.

Sistema de Cadasro de Conselheiros e Conselhos de Saúde

Preencher e enviar para o Conselho Nacional de Saúde - Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Anexo - Ala B, 1º Andar, Sala 128. CEP: 70058-900. Fax.: (061) 315 2414 ou 315 2472

Nome:

Ocupação:

Conselho: Endereço:

Cidades: UF:

CEP: Telefone: Fax:

E-Mail: Segmento:

Instituição:

Endereço:

Cidade: UF:

CEP: Início de Mandato: Fim do Mandato:

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

Uma lei polêmica

Ministério Público discute legalidade e constitucionalidade da lei que dispõe sobre as organizações sociais

O parecer da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, ligada ao Ministério Público, analisa à luz da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde os critérios de funcionamento das denominadas "Organizações Sociais", entidades que passariam a operar os serviços públicos de saúde, previstos na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

O argumento Constitucional é que o direito à vida, como direito humano básico, é o fundamento primeiro de qualquer Constituição democrática e pluralista, onde prevaleçam a igualdade e a justiça, como valores supremos da sociedade. Nesse sentido, aponta que a Constituição de 1988 estabeleceu com clareza que **Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado**. Entendendo-se que é um direito básico, condição primeira para existência de qualquer outro direito. Este postulado imprime às ações de saúde um caráter imprescindível, e por isso mesmo, um serviço público típico. A natureza essencial deste serviço é que o faz um serviço público.

O texto chama atenção para a Constituição, que no caso específico de um serviço público essencial como a saúde, permite a participação de instituições privadas, sempre de forma complementar. O sentido é de que o Poder Público só faça uso de serviços de terceiros quando não tiver condições adequadas e suficientes para atender às demandas sociais. É papel do poder público regular e fiscalizar suas atividades e as do setor privado, dentro do chamado mercado da saúde. Sendo a saúde um direito universal, cabe ao Estado, prover as condições para que este serviço

indispensável à população não implique pagamento como condição de atendimento.

Alerta ainda para o fato do Sistema Único de Saúde ser de responsabilidade do Estado e da sociedade organizada. O parecer entende que a lei é precisa quando especifica que serviços privados podem ser contratados quando a capacidade instalada das unidades públicas for insuficiente. Nestas condições, a preferência deve recair nas entidades filantrópicas e sem fins lucrativos.

A Privatização de Serviços Públicos de Saúde

A Procuradoria dos Direitos do Cidadão analisando as experiências da terceirização dos serviços de saúde pública, nos municípios de São Paulo e nos Estados de Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia, Roraima, observou que tem ocorrido a transferência de bens público para a iniciativa privada, como hospitais, prédios, móveis, equipamentos, recursos públicos e até servidores. Nesse processo, segundo a procuradoria, a iniciativa privada passa a condição de gestora, gerente e executora de um serviço público, inclusive efetuando compra de material sem licitação.

O Ministério Público Federal tem apresentado ações civis públicas contra esse processo de terceirização, que tem afastado o Estado da prestação de serviços públicos de saúde, transferindo-os totalmente para a iniciativa privada, sob a denominação de organizações sociais.

"Na realidade, o sentido da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, é privatizar os serviços públicos, sob a alegação de eficiência, modernidade e eficácia. Busca-se implantar, na Administração Pública, o regime de direito privado, tornando-se letra morta o princípio da legalidade, inerente à administração. Assim, violenta-se o Estado de



Direito, e quando o Poder Judiciário determina a observância do referido princípio, os tecnocratas de plantão vêm a público para afirmar que as decisões judiciais "atrapalham" a modernidade e a necessária reforma do Estado", analisa o parecer.

A Procuradoria ainda observou a posição do Conselho Nacional de Saúde e questionou a não observância do seu legítimo papel de deliberar sobre as diretrizes da política nacional de saúde. Ressaltou, que o CNS analisou criticamente a proposta de terceirização e da criação das chamadas organizações sociais, em maio de 1997 por entendê-la potencialmente lesiva ao patrimônio público e se inserir no campo da ilegalidade e inconstitucionalidade. Outro aspecto destacado, foi a qualificação e indicação das organizações sociais ser competência exclusiva do ministro da Saúde.

No final de 1997, os "Procuradores da Cidadania", durante o V Encontro Nacional dos Direitos do Cidadão decidiram atuar em defesa do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme concebido na Constituição de 1988 e na Lei 8.080/90, adotando as providências administrativas e judiciais necessárias.

O SUS é uma reforma moderna do Estado

O Conselho Nacional de Saúde deliberou por unanimidade sua posição sobre a criação das Organizações Sociais, em maio de 1997. Em seu posicionamento entende que o cerne da questão é a reforma do Estado, implicando uma nova relação Sociedade-Estado. Essa relação tendo, necessariamente, que refletir os interesses e direitos do conjunto da sociedade.

Flexibilizar - O CNS reconhece que o aparelho de Estado ainda sofre o grave peso do burocratismo, da lentidão administrativa, dos baixíssimos orçamentos, do clientelismo, que resultam em ineficácia e ineficiência. Defende uma modernização que promova a flexibilização e agilidade gerencial e administrativa do Estado. As unidades públicas de saúde têm que ser dotadas de autonomia gerencial para que possam cumprir suas metas, com produtividade e qualidade, sempre em função dos resultados para a população.

Mas observa que a proposta das organizações sociais não privilegiou o que seria natural: retirar todos os entraves que o próprio Estado colocou no funcionamento das autarquias, fundações públicas e nos seus órgãos autônomos.

Esta medida não se compatibiliza com o modelo de reforma do Estado, que fundamenta o Sistema Único de Saúde-SUS. As Organizações Sociais desconsideram as diretrizes e normas da descentralização e direção única do sistema e não reconhecem as instâncias de controle social (Conselhos de Saúde). Além de serem concebidas numa dimensão privada **substitutiva e não complementar** da rede pública de saúde.

Com isso, a saúde que é parte integrante dos direitos inalienáveis de cidadania, cuja responsabilidade é dever do Estado, mas cuja execução não é exclusiva do Estado, corre sérios riscos de não ser defendida, em suas ações e serviços, por uma legítima regulação e controle da parte das entidades da sociedade organi-

zada e por intervenções diretas do próprio Estado.

Considerando que o SUS significa um avanço no processo de reforma do aparelho do Estado, o CNS aponta como alternativa a discussão e o aperfeiçoamento da estrutura do sistema público de saúde, contemplando os mecanismos de gerenciamento e financiamento.

Grupo de trabalho

O CNS reativará, a partir de outubro, grupo de trabalho para atualizar e acompanhar a situação das Organizações Sociais.

O primeiro grupo de trabalho foi formado em dezembro de 1996. Era integrado pelos conselheiros Gilson Cantarino, Paulo César, Sérgio Piola, Mozart de Abreu, Rita Barata e Stela Pedreira. Depois de cinco meses de estudos, apresentou relatório com as implicações das organizações Sociais no SUS. Este documento subsidiou o posicionamento do plenário do CNS sobre a questão.

POLÍTICA DE MEDICAMENTOS: NOVAS PERSPECTIVAS

Conselho aprova diretrizes para uma política de medicamentos genéricos e o documento da política nacional de medicamentos

O plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou depois de debates, de estudos e de uma oficina de trabalho a "Política Nacional de Medicamentos", além de diretrizes para os medicamentos genéricos.

A Política Nacional de Medicamentos, discutida e aprovada pelo CNS, iniciativa do Ministério da Saúde, articulada com as secretarias estaduais e municipais de saúde e entidades da sociedade, estabeleceu como propósito orientador "garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais".

Esta visão já antecipava um aspecto da realidade que veio aflorar com a atual crise da falsificação de medicamentos. Situação grave e cruel para a sociedade, que exige maior rapidez na implementação das medidas de fiscalização e controle. A ação é contemplada nas diretrizes centrais do documento, que aponta a necessidade da implantação de mecanismos eficazes de controle de qualidade e segurança, na produção, distribuição e comercialização de produtos farmacêuticos.

A desarticulação da assistência farmacêutica foi identificada como a responsável pela falta de prioridade na adoção de produtos padronizados e da política dos genéricos. Estes devem ser incorporados e permanentemente atualizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Esta lista deve ser o guia da receita médica. Talvez por não cumprir este objetivo muitos profissionais médicos não prescrevem remédios assegurados e constantes na RENAME. Sabe-se que a indústria farmacêutica utiliza-se de expedientes promocionais e pouco éticos para influenciar na indicação de seus produtos nos receituários dos médicos.

O uso inadequado de medicamentos ainda se agrava pela prática, bastante difundida no país, da automedicação. O usuário é presa fácil do jogo irresponsável e ilegal do atendimento nos balcões das farmácias. É freqüente a indicação de medicamentos de riscos à saúde, sem prescrição médica adequada. A regra nas farmácias é burlar a exigência de ter um profissional farmacêutico em seus estabelecimentos.

No Brasil, o mercado de medicamentos se transformou em um grande negócio, regido por puro interesse do lucro fácil. A ética e o respeito à vida e ao direito à saúde não conseguem prevalecer diante do total descontrole de um mercado que movimenta mais de 10 bilhões de dólares anualmente. Estima-se que o setor concentre cerca de 500 empresas, entre produtores de medicamentos, indústrias farmoquímicas e importadores.

As farmácias espalhadas e mal distribuídas por todo o país são outra dificuldade no controle do sistema. Cálculos iniciais indicam a existência de cerca de 50 mil farmácias, comercializando 5.200 tipos de produtos. Caso se considere as variações de um mesmo produto o número de itens disponíveis pode se alcançar a marca dos 10 mil.

O mercado de consumo: a marca da exclusão

Deste mercado, 15% por cento da população, com renda acima de 10 salários mínimos, consome 48% dos medicamentos. O segmento dos de renda de 4 a 10 salários mínimos, correspondendo a 34% da população, consome 36% do mercado. O dado significativo é que mais da metade da população, cerca de 51%, consome somente 16% do mercado de medicamentos e tem renda entre zero e 4 salários mínimos.

Este perfil registra uma significativa desigualdade e exclusão social no consumo de medicamentos, razão de ser priorizada na proposta a necessidade de mecanismos para o acesso de medicamentos básicos a todos os segmentos da



sociedade brasileira.

Registro de medicamentos

Há necessidade de recursos humanos tecnicamente preparados e formação de Comissões Técnicas e Grupos Assessores na qualificação do processo de regulamentação dos medicamentos.

A RENAME deve ser sistematicamente atualizada, observando-se as prioridades nacionais de saúde, as questões de segurança e a eficácia terapêutica comprovada.

Assistência farmacêutica

A prioridade será descentralizar o processo de aquisição e distribuição de medicamentos. Este processo será pactuado por representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde em conjunto com o setor responsável pela implementação da assistência farmacêutica no Ministério da Saúde.

A compra centralizada de medicamentos básicos pelo



Ministério da Saúde será substituída pela transferência regular e automática, Fundo a Fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso de Atenção Básica - PAB.

Uso racional de medicamentos

Desenvolvimento de campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde, com vistas a estimular o seu uso racional.

Revitalização da vigilância sanitária

Reestruturação da área de Vigilância Sanitária na esfera federal, com o objetivo de sua revitalização e flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica. Incorpora-se, ainda, a inspeção preventiva em linhas de produção e serviços e a montagem de um sistema eficaz de informação, compreendendo o registro dos produtos, controle de qualidade e comercialização e da propaganda dos medicamentos.

O nome genérico

A política dos medicamentos genéricos é mais complexa

e ampla do que o simples uso do nome genérico. Entretanto, no mercado de medicamentos existem produtos com substâncias idênticas e mesma eficácia terapêutica, mas com marcas e preços diferentes. A norma que recomenda os laboratórios destacarem nas embalagens o nome genérico, da substância ativa do medicamento, ainda não é integralmente respeitada.

O consumidor paga os custos desta exploração econômica, que atinge diferenças de preços de até 400% entre produtos similares. A indústria farmacêutica investe fortunas na propaganda convencional e na dirigida a classe médica. Estes nomes fantasias acabam por ocultar os princípios ativos dos medicamentos e os transformam em marcas de apelo de consumo, impedindo o julgamento sensato entre preço, qualidade e eficácia terapêutica.

Os países do chamado primeiro mundo, europeus e norte-americano, adotam há muito tempo e com sucesso a política dos genéricos. Esta política é eficaz, principalmente, para garantir o melhor acesso aos medicamentos para as camadas sociais mais empobrecidas, incluindo idosos e aposentados.

Resolução 280 - Medicamentos Genéricos

O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução 280, em 07 de maio de 1998, no sentido da adoção de diretrizes para uma política de medicamentos genéricos no Brasil. O argumento é que o genérico promove uma maior racionalidade na utilização, segurança e qualidade dos medicamentos. Além de estimular a concorrência, beneficiando diretamente os consumidores com preços mais baixos.

A Organização Mundial de Saúde orienta que "um produto genérico só deve ter autorizada sua comercialização, desde que sua segurança e qualidade tenham sido estabelecidas e documentadas, devendo ser usado como referência o produto inovador".

Nesse sentido, exige-se que os medicamentos genéricos, tanto quanto os medicamentos de marca, inovadores e/ou similares, tenham segurança, eficácia e qualidade, devidamente documentadas e reconhecidas pela autoridade sanitária nacional.

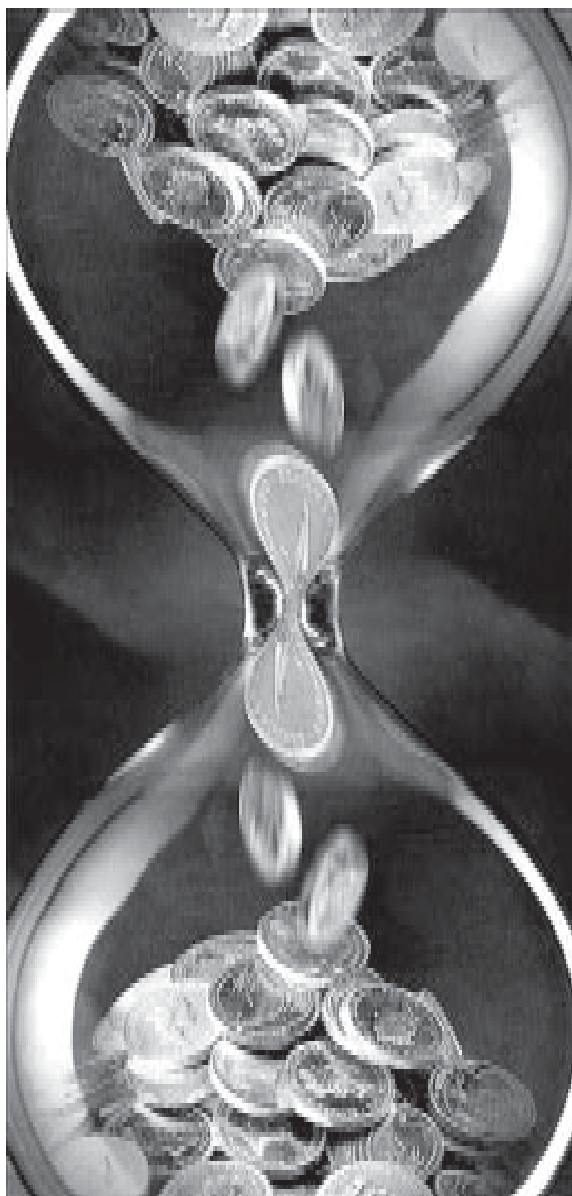
A resolução pontuou ações na supervisão e fiscalização das boas práticas de fabricação na indústria farmacêutica, nas áreas de armazenamento, de transporte e de distribuição e no controle sistemático da qualidade dos medicamentos de mercado. A Resolução agendou para 1999, a realização da Primeira Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica.

Fontes: os dados utilizados na matéria constam nos documentos: Política Nacional de Medicamentos (1998) e "Diretrizes para uma Política de Medicamentos Genéricos (1998)".

Depoimento:

"A implementação dessas diretrizes constituirá um grande apoio para a solução dos atuais problemas enfrentados na área de medicamentos. O seu enfoque de integralidade no manejo dos medicamentos genéricos garantirá: regulação e vigilância; dispensação monitorada; educação, comunicação e coordenação intersetorial"

Conselheiro Mozart de Abreu e Lima - Representante no Conselho Nacional de Saúde da Comunidade Científica e Sociedade Civil



As recentes medidas de redução de gastos adotadas pelo governo federal devem penalizar a saúde com corte de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão, valor equivalente a quase a metade do orçamento disponível do setor para o último trimestre deste ano. Na reunião ordinária de outubro, este assunto será debatido no CNS, onde serão convidadas as principais autoridades econômicas do país para discutir a questão. Com isso, o CNS alerta, mais um vez, para a gravidade de não contarmos com um financiamento estável e suficiente para a saúde.

Sabe-se que o financiamento público da saúde é um dos principais impasses para o avanço da implementação e do aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora a Constituição de 1988 dedique um capítulo específico para saúde, a conceba como um direito de todos e um dever do Estado e em suas Disposições Transitórias vincule o mínimo de 30% do orçamento da seguridade social.

Transformar uma conquista legal em um direito de fato exige um conjunto de fatores agindo simultaneamente para se atingir os objetivos sociais de forma satisfatória. A descentralização e a municipalização, os mecanismos de participação e controle social, o combate ao desperdício e corrupção e a pactuação entre os gestores públicos da saúde, nos âmbitos federal, estadual e municipal são ferramentas indispensáveis na construção e consolidação de um novo modelo de atenção e assistência à saúde.

Para se construir essa nova engenharia de um articulado sistema de promoção, proteção e recuperação da saúde, é preciso um financiamento suficiente e estável.

O Estado é financiado pela sociedade para administrar e garantir políticas públicas de interesse coletivo. É seu atributo essencial. A saúde, nesse campo, ocupa uma dimensão de relevância pública por ser a expressão maior do direito de proteção à vida. O intrínseco e inegável valor ético e social a destaca no conjunto das políticas sociais, fazendo com que seja um patrimônio tanto do indivíduo quanto da coletividade, além de fonte essencial na composição dos fatores de qualidade de vida.

Investir na saúde pública tem retorno econômico, porque ao se promover o bem-estar social se estimula a

Financiamento da Saúde é obra inacabada

capacidade criativa e produtiva da sociedade. O papel do Estado nesse setor é fundamental e intransferível, principalmente face a grave desigualdade social vivida no país. Não podemos esquecer que o Brasil apresenta uma das maiores concentrações de renda do mundo, o que torna a situação muito mais grave.

A escassez nas fontes de financiamento

A Constituição de 1988 incorporou o conceito de seguridade social, compreendendo a previdência social, a saúde e a assistência social. E definiu-a como direitos do cidadão e dever do Estado assegurá-las.

Os recursos para garantir o financiamento adequado desses direitos sociais acabaram por se demonstrar, na prática, insuficientes e escassos.

Alguns motivos explicam as razões desta incapacidade de financiamento. Entre os principais consta: as altas taxas de sonegação e isenções de impostos e contribuições; o desvio dos recursos previstos para a seguridade e o descumprimento pelo Governo Federal dos princípios constitucionais que nortearam a elaboração, aprovação e aplicação da leis de diretrizes orçamentárias - LDO.

CPMF: Uma solução parcial e transitória?

Uma Reforma Fiscal e Tributária progressiva, que aprofunde o caráter federativo do Estado, sempre foi apontada como o caminho da racionalização nos mecanismos de financiamento do Estado. A idéia era se buscar um maior equilíbrio nos impostos e na carga tributária, de forma que quem pague mais sejam aqueles que mais têm.

Esta reforma não foi priorizada e o esperado ajuste no financiamento das políticas públicas não aconteceu. A alternativa colocada foi a transformação do Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) em Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), diante do acelerado colapso no financiamento do Sistema Único de Saúde. O CNS defendeu a necessidade desse financiamento emergencial e a transformação do imposto em contribuição social.

O quadro da realidade de gastos do Ministério da Saúde requeria a obtenção de recursos adicionais para fazer frente às necessidades de manutenção e ampliação das ações e dos serviços públicos de saúde.

A Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira - CPMF, apesar do debate acirrado sobre sua adoção, entrou em vigor no ano de 97, com uma arrecadação de R\$ 6,7 bilhões. Estes recursos foram destinados à saúde, mas substituindo outras fontes tradicionais de financiamento do setor. Com isso, o impacto positivo com a arrecadação da CPMF não se registrou de fato, pois se fosse agregado integralmente aos valores dos gastos do ano anterior teríamos uma gasto global aproximado de R\$ 22,6 bilhões em 97. Entretanto, os gastos verificados foram da ordem de R\$ 18,5 bilhões, registrando uma defasagem potencial de cerca de R\$ 4 bilhões nas estimativas previstas.

Propostas de financiamento estável e seguro

O problema do financiamento público da saúde vem sendo discutido há vários anos no setor saúde e no Congresso Nacional. O ministro da Saúde, José Serra pronunciou, durante

o II Encontro Nacional de Conselheiros e em audiência pública na Câmara dos Deputados, sua defesa por um financiamento estável e vinculado para saúde. Destacamos as principais propostas :

- A Proposta de Emenda Constitucional -PEC 169/ 93 do deputado Eduardo Jorge/ PT-SP que defende 30% das Contribuições Sociais da Seguridade e 10% dos impostos da União, Estados e Municípios. O Relator da Emenda Constitucional, deputado Darcísio Perondi/ PMDB-RS modificou a proposta para 30% do Orçamento da Seguridade e 10% dos impostos de Estados e Municípios.

- O Deputado José Pinotti/ PSB-SP defende no mínimo 5% do Produto Interno Bruto do ano anterior.

- A PEC 82/95 do deputado Carlos Mosconi/ PSDB-MG defende a destinação integral da COFINS (contribuição sobre o faturamento) e da CSLL (contribuição sobre o lucro líquido) para a saúde. O Relator da Emenda, deputado Ursicino Queiroz/ PFL-BA, modificou a proposta com a inclusão de 100% da CPMF, 64% da CSLL e COFINS e 12% no mínimo dos impostos dos Estados e 15% no mínimo dos Municípios.

Posição do Conselho e a negociação no Congresso

A posição do Conselho Nacional de Saúde está consubstanciada na Resolução 281, de 01 de julho de 1998, que propõe que o financiamento público da saúde seja de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social e o mínimo de 7 a 13%, progressivamente, para Estados, Municípios e Distrito Federal. Esta proposta veio fortalecer e confluir com o parecer do Deputado Ursicino Queiroz. O CNS ressaltou a necessidade de mecanismos de segurança e de plena garantia para que esses recursos sejam exclusivamente gasto sem saúde.

Esta medida busca evitar, por exemplo, que sejam destinados recursos da saúde para pagamento de dívidas e dos inativos, que devem ser pagos com recursos de fontes própria de impostos.

Outro item destacado é quanto ao repasse de recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados às despesas de custeio e investimento das ações e dos serviços de saúde. Esses deverão ser transferidos de forma automática, Fundo a Fundo, sendo utilizados segundo os planos de saúde aprovados pelos Conselhos de Saúde e assegurem a prestação de contas à sociedade, ao legislativo e aos tribunais de contas dos estados e municípios.

O parecer foi aprovado, no dia 01 de julho, por 21 votos a favor e 5 votos contrários, com a incorporação de algumas sugestões formuladas pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde.

No momento, se articulam novos avanços na proposta parlamentar e esforços para sua votação em plenário ainda este ano, para que se assegure no orçamento de 1999 recursos mais próximos das necessidades da sociedade brasileira.

“O Mercado de planos privados de saúde”

O DESAFIO É GARANTIR OS DIREITOS DO CONSUMIDOR

A proposta do Conselho Nacional de Saúde foi referência fundamental não só para as discussões dos parlamentares mas também para a mobilização da sociedade civil organizada, durante toda a tramitação da regulamentação dos planos e seguros privados de saúde no Congresso Nacional. As diversas entidades de defesa dos usuários e consumidores defenderam os principais pontos deliberados pelo CNS: cobertura de todas as doenças, incluindo as preexistentes, as crônicas e as de alta complexidade; atendimento de emergência e urgência; proibição das carências e reajustes de mensalidades em razão da faixa etária; livre escolha dos médicos pelos usuários; fiscalização das atividades do setor pelo Ministério da Saúde e ressarcimento ao SUS quando o beneficiário de planos forem atendidos na rede pública de saúde.

Na Câmara Federal, mesmo com a atuação do CNS e a pressão das entidades da sociedade, o texto final ficou muito aquém do reivindicado pelos consumidores. O texto aprovado foi bastante semelhante ao defendido pela ABRAMGE, entidade privada da Medicina de Grupo. A proposta do CNS, embora vencida, foi apresentada na íntegra à votação no Plenário da Câmara, em forma de substitutivo.

No Senado, as propostas do CNS e a mobilização em sua defesa tiveram maior visibilidade. Após várias audiências públicas com a participação de representantes do CNS, operadoras, entidades médicas e de consumidores o relator da matéria na Comissão de Assuntos Sociais, senador Sebastião Rocha (PDT-AP) propôs, em seu parecer, mudanças a favor dos usuários, como, por exemplo, a suspensão da exclusão nos atendimentos das

doenças preexistentes e de alta complexidade.

As limitações regimentais - uma vez que o Senado nesta fase da tramitação pode apenas suprimir e não alterar o texto aprovado pela Câmara - juntamente com as pressões dos interesses em conflito das operadoras de planos e seguros privados, do governo e das entidades de defesa do consumidor, fez com que os senadores aprovassem uma lei que avançou em relação ao texto aprovado na Câmara, mas que manteve restrições aos interesses dos consumidores.

O curioso é que a proposta inicial da regulamentação dos planos e seguros privados de saúde foi do Senado Federal, em 1993. Iniciativa do então senador Iram Saraiva que propunha, em três parágrafos, a cobertura universal de todas as patologias pelos planos, seguros e convênios privados de saúde. Após longa tramitação de cinco anos na Câmara do Deputados, retorna ao Senado, completamente alterada e confrontando com os princípios originais.

Mobilização

O CNS, assim como o movimento pela regulamentação dos planos de saúde, continuam firmes em seus princípios e irão acompanhar de perto os trabalhos do Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e da Câmara de Saúde Suplementar (CSS), instâncias criadas para atuar na regulamentação da Lei.

Os atos públicos em diversas capitais do país, as caravanas à Brasília em momentos estratégicos precedentes às votações, a criação em São Paulo do Fórum Permanente pela Regulamentação dos Planos de Saúde foram exemplos de manifestações organizadas que proporcionaram alguns avanços - poucos - até agora obtidos.

O manifesto “Saúde não é mercadoria”, na ocasião da votação da lei no Senado, assinado por mais de 300 entidades representativas e reproduzido por veículos de comunicação nacional, foi considerado um

dos atos mais articulados e significativos. O manifesto era um repúdio ao Projeto de Regulamentação dos planos de saúde aprovado pela Câmara Federal e um alerta à sociedade brasileira do desrespeito com os princípios básicos de proteção ao usuário e consumidor, por excluir do atendimento diversas doenças, por não garantir o exercício ético da medicina e transformar a saúde em mercadoria, estimulando e não coibindo o lucro fácil. E nesse sentido, conclama a todos para a promoção de um ampla discussão nacional, como instrumento legítimo para se corrigir as distorções na regulamentação do mercado privado de saúde no país.

A posição do Ministério Público também merece destaque por manifestar, através dos Procuradores Gerais de Justiça de 20 estados, em um parecer que criticava o texto, aprovado pela Câmara e enviado ao Senado Federal. Alegavam, em novembro de 1997, que o projeto permitiria a continuidade e até o aumento dos abusos praticados pelas empresas e operadoras dos planos privados de saúde.

Novo cenário

Hoje o clima é mais favorável às negociações a favor dos consumidores e usuários. Com a edição das Medidas Provisórias foi corrigido um dos maiores absurdos da lei. Antes a regulamentação se atrelava apenas à SUSEP e ao Ministério da Fazenda, hoje também está a cargo do Ministério da Saúde (MS). Dentro da estrutura organizacional do MS foi criado o Departamento de Saúde Suplementar, que aponta para a existência de um novo espaço de discussões e ações anteriormente inexistente.

PONTOS POLÊMICOS

Preexistência- As operadoras poderão adotar preços diferenciados para a cobertura de doenças preexistentes. Exames clínicos e laboratoriais prévios as identificarão. Esta regra é questionada por exigir a quebra da ética e do sigilo profissional do médico em relação às informações sobre a saúde do paciente. Outra dúvida é sobre o uso inadequado da preexistência, como instrumento de exclusão e aumento das mensalidades, inclusive com o repasse dos custos dos possíveis exames prévios.

Ressarcimento- Clientes de planos de saúde custam, segundo estimativas iniciais, 2 bilhões ao SUS. Estes custos deverão ser reembolsados pelas operadoras, diretamente ao gestor local do SUS. As operadoras resistem ao ressarcimento e devem criar dificuldades para sua operacionalização.

Cadastro- As operadoras terão que fornecer informações dos seus consumidores e dependentes e as de natureza assistencial e gerencial de sua rede de atendimen-

to. Estas informações permitirão avaliar e controlar o funcionamento e desempenho do mercado privado de saúde no país, além de operacionalizar o sistema de ressarcimento.

Preço e Faixa Etária- O reajuste das mensalidades será feito por faixas etárias: até 17 anos; de 18 a 44 anos; de 45 a 59 anos e 60 anos ou mais. A variação máxima entre a primeira (até 17 anos) e a última (60 anos ou mais) não poderão ultrapassar seis vezes o seu valor inicial. O mercado tem adotado um sistema de aumento progressivo, pressionando com valores elevados as pessoas acima de 60 anos que mais usam e precisam de assistência.

Transplantes- Os planos referência e hospitalar são obrigados a cobrir transplantes de córnea e rim. Estes transplantes sendo regulados pela Central de Notificação, Captação e Distribuição dos órgãos, sujeitos a fila de espera e seleção.

Alta Complexidade- Cobertura ampla, conforme a natureza dos planos ambulatoriais e hospitalares, para o diag-

nóstico e tratamento da alta complexidade: procedimentos de custos mais elevados, como o câncer e hemodiálise. Parte das operadoras transferiam estes tratamentos para o SUS e resistirão a ampliação de cobertura, com ameaça de aumento nas mensalidades.

Saúde Mental- Os transtornos mentais serão cobertos pelo plano hospitalar e de forma mais restrita pelo plano ambulatorial.

(Mais informações na página 11).

Roteiro das Decisões :

8 a 11 de Setembro: A Câmara de Saúde Suplementar definiu sua proposta final a ser apreciada pelo Conselho de Saúde Suplementar.

4 de Novembro: Data prevista para que a nova regulamentação entre em vigor, depois de definida pelo Conselho de Saúde Suplementar. As operadoras pressionam o governo para que as novas regras só entrem em vigor no próximo ano.

de não pode ser selvagem”

Ministério da Saúde busca civilizar um mercado que envolve 40 milhões de consumidores e movimenta cerca de 18 bilhões por ano.

Por Fernando Cartaxo

O médico João Luis Barroca assumiu em junho, há pouco mais de dois meses, a direção do novo Departamento de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde. A missão será participar, pelo lado da saúde, da regulamentação do mercado privado de saúde, que cresceu vertiginosamente na última década. Com a mesma intensidade cresceu a pressão e permanentes conflitos de interesses entre consumidores e operadoras de serviços. Este mercado não regulado pela saúde, é um campo de guerra. Não existem regras claras dos direitos e deveres de cada um. Reina uma lei selvagem onde o que vale é levar vantagem. O consumidor tem pago o preço da desordem e liderado o índice de reclamação nos Procons de todo o país.

A tarefa não é fácil. O psiquiatra João Luis Barroca, 41 anos e funcionário de carreira do Ministério da Saúde, tem plena consciência da epopéia a ser enfrentada. A sua experiência profissional foi talhada na Caixa de Assistência do Banco do Brasil, uma entidade de autogestão que atende cerca de 600 mil usuários, entre funcionários e dependentes da instituição. Foi nela gerente estadual, regional e nacional, tendo sido um dos principais responsáveis pela atual modernização do seu modelo de assistência à saúde.

Em meio a intensas negociações e faltando 12 dias para a apresentação da proposta de regulamentação, Barroca recebeu o Jornal do CNS para esta entrevista, em sua sala de trabalho, no sétimo andar do Ministério da Saúde.

O Sr. poderia apontar a importância da criação do Departamento de Saúde Suplementar?

- O Ministério da Saúde nunca tinha tido um entendimento expresso de que deveria participar da regulação do mercado privado de assistência à saúde. Predominava uma visão limitada da saúde no Brasil. Hoje, o entendimento não é mais o de que nós temos um sistema público de saúde e desconhecemos o sistema privado. Este tem uma importância muito grande para 40 milhões de brasileiros. O Ministério da Saúde não pode desconhecer esta realidade, inclusive porque a Constituição Federal conferiu, desde 1988, aos serviços de saúde, públicos e privados, o caráter de Relevância Pública, portanto sujeito à regulação pelo Poder Público, a favor dos usuários e consumidores.

Qual a função deste órgão no processo de regulação?

- O Departamento foi criado em fevereiro deste ano e só veio efetivamente funcionar com a minha nomeação a cerca de dois meses. Com a entrada do ministro José Serra, foi reformulado o entendimento inicial de sua competência, deixando de ser um órgão secundário para ter um papel central na regulação. A constituição do Conselho de Saúde Suplementar simboliza o novo enfoque de atuação, ao incorporar atribuições não só normativas mas de fiscalização dos interesses da saúde do consumidor. O que antes era feito com exclusividade pelo Conselho Nacional de Seguros Privados e SUSEP – órgãos do Ministério da Fazenda, passa a ter um contraponto na área da saúde.

Como fica o consumidor, já que vive num permanente conflito com as operadoras privadas de saúde?

- Entendemos que o Ministério da Saúde tem que funcionar numa rede de defesa do consumidor. Os conflitos existentes são gerados por um mercado que opera num regime de desconfiança mútua: todos desconfiam de todos. O contrato com letras pequenas não vai mais existir. O consumidor tem que ter absoluta clareza daquilo que ele está comprando.

O que deve fazer o consumidor para se defender?

- Quando uma operadora determina ou exclui alguma cobertura, o consumidor hoje procura o Procon. Nós queremos que continuem procurando. Estamos realizando parcerias com os Procons, no sentido de dar sustentação técnica na melhoria

e no aumento do nível de defesa do consumidor junto às operadoras.

No primeiro momento foi questionada a possibilidade de se acentuar, o que já existe hoje no mercados, planos que só atendem situações específicas de doenças, consultas ou lesões. Qual o risco de se manter planos restritos, com amplas exclusões no atendimento?

- Entendemos que se criou um profundo avanço em relação as possíveis exclusões. O que vinha acontecendo antes era que o consumidor comprava um produto sem saber o que estava verdadeiramente comprando. Ele era parcialmente satisfeito, até o momento que precisava de atendimento. Daí surge a grande maioria dos conflitos e reclamações. Acreditamos ser fundamental ao consumidor que ele possa comparar um produto com outro, um plano com outro. E que tenha exata clareza daquilo que ele está comprando. O consumidor não pode escolher que doença vai ter no futuro, mas o que ele está comprando sim.

Quais serão as opções de cobertura disponíveis para o consumidor?

- O consumidor terá a opção de comprar uma cobertura apenas ambulatorial, apenas hospitalar ou as duas juntas. Então, ele vai ser atendido em toda e qualquer patologia dentro destes níveis de cobertura.

Quando será fixada a definição precisa dos produtos e planos de cobertura pelo Departamento?

- É equivocado se alegar que o governo teria adiado a entrada da obrigação de novos produtos no mercado, porque estaria querendo retirar o debate da época eleitoral. Apresentamos as nossas propostas à Câmara de Saúde Suplementar, que reúne representantes das entidades de consumidores, médicas, operadoras e prestadores de serviço. Estaremos colocando a público, para críticas, toda a nossa proposta de regulamentação. Uma regulamentação romântica, dizendo aos consumidores que os preços estão tabelados ou congelados e que a cobertura será integral, seria de apelo eleitoral. A nossa posição é não colocar a discussão em tom eleitoral, mas fazê-la de forma séria e aberta.

Como está sendo construída a proposta de regulamentação?

- Contamos com uma equipe bastante grande de colaboradores e nos aproximamos das autogestões, que são entidades sem fins lucrativos. O parceiro natural do governo são as autogestões, que têm nos fornecidos preciosos e importantes subsídios. Mas outras entidades empresariais e as de defesa do consumidor também têm contribuído muito. Acreditamos poder apresentar propostas que sejam adequadas e possam garantir a maior cobertura possível com o menor impacto de custo. Sabemos que muitas empresas trabalham com uma margem elevada de lucro e ineficiência. Não contam com um sistema de informação e gerenciamento de custos. Tudo aparentemente é feito no papel de padaria: recebo tanto, gasto tanto. Lógico que assim a composição de custos é absurda.

Como está sendo pensado o controle de gastos?

- É uma tarefa de todos, do governo e da sociedade. O sistema de saúde americano, que não é um exemplo, encontra-se em crise a vários anos. O gasto médio em saúde é de 4 mil dólares/ano per capita, mas tem 40 milhões de pessoas completamente excluídas. Isto demonstra que só ter muito dinheiro não garante e nem significa eficiência.



Quais serão os mecanismos para se coibir o abuso nos preços das mensalidades?

- O aspecto econômico e financeiro está vinculado ao Ministério da Fazenda e a SUSEP. O Ministério da Saúde não tem competência legal nesta área. É preciso ter bastante sensatez para entender que os planos são um produto comercializado, uma relação de consumo e não uma cobertura do Estado. No entanto, o mercado não pode ser selvagem, não pode vender qualquer coisa quando se trata de saúde. Nós precisamos é balizar o mercado com uma regulamentação clara e que os produtos sejam oferecidos à uma competição ética em relação ao consumidor.

O Sr. acredita que o mercado funcione, muitas vezes, movido pela exploração?

- No caso da saúde, tem que ter balizadores. Por exemplo, acreditamos não fazer sentido uma prática de mercado em que acima dos 60 ou 70 anos, as pessoas, além do reajuste anual, o chamado componente de custo, tenham reajuste de 5% por faixa etária a cada ano. Não existe nenhum argumento que dê sustentação a isso.

Como serão incorporados os custos na mensalidade no caso de ampliação das coberturas?

- Na medida em que se ampliam as coberturas as operadoras começam a ter um entendimento que podem exercer a sua prática de mercado. A nossa intenção é que este compromisso seja mais com a saúde e menos centrado no gasto com a saúde. É preciso se construir uma lógica de investimento na prevenção. Muita gente opera no mercado repassando para o SUS a alta complexidade, os tratamentos mais caros. Nisso nós temos competência para interferir.

Como será o ressarcimento para os cofres públicos de pessoas cobertas por planos ou seguros de saúde atendidas no sistema público?

- Nós entendemos que se foi vendida uma cobertura e o serviço público é quem realiza o serviço, este deve receber de volta os custos. Vamos fazer a negociação de qual tabela será adotada. A lei aponta que não pode ser menor que a tabela do SUS e nem maior que a tabela das operadoras.

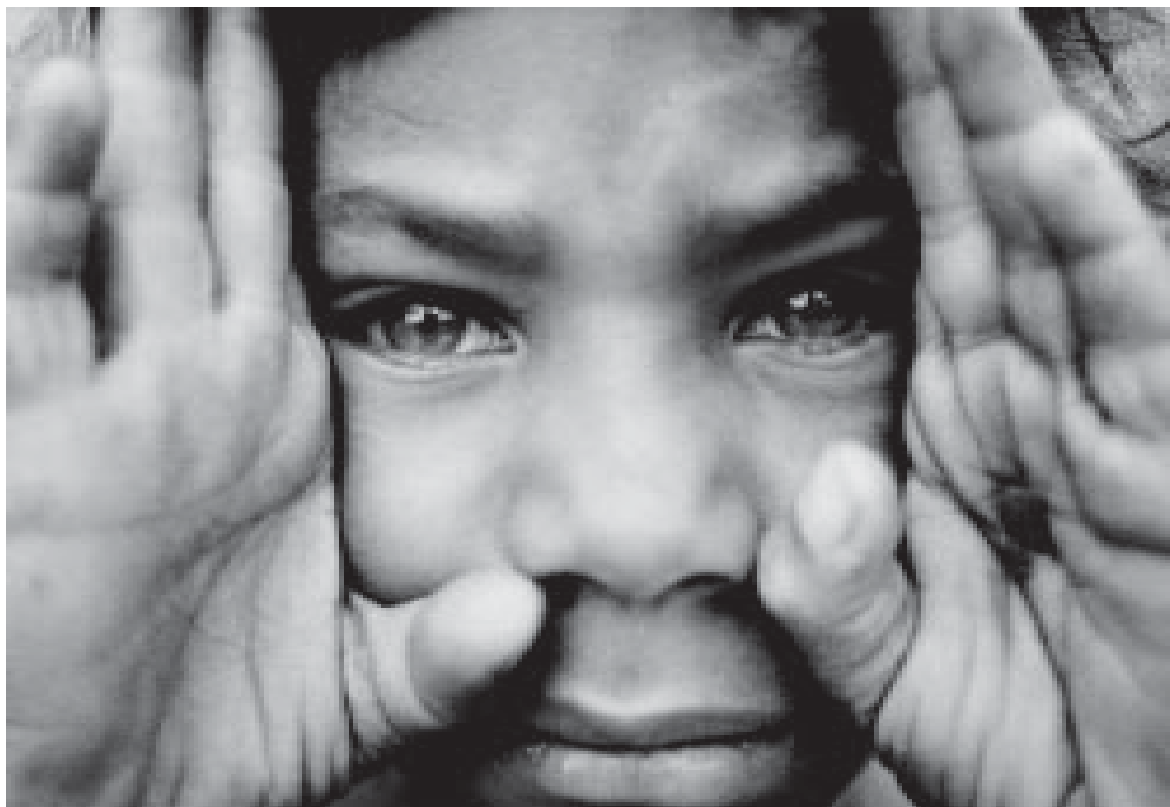
Por que a sociedade não participa do processo de deliberação no Conselho de Saúde Suplementar (CONSU)?

- O CONSU é um conselho de governo. A sociedade participa no momento em que escolhe o governo. Existem outros conselhos de governo similares, como os de seguros privados e o da previdência. Esses são conselhos executivos. No entanto, a Câmara de Saúde Suplementar é uma câmara técnica, consultiva e de representação pluralista, incluindo usuários e consumidores, e que pode ser acionada para subsidiar as decisões. Além disso, não podemos esquecer a precedência do Controle Social exercido pelos Conselhos de Saúde vinculados às três esferas de governo, por possuírem atribuições legais de formulação de estratégias e fiscalização da execução das políticas de saúde.

“Sabemos que muitas empresas trabalham com uma margem elevada de lucro e ineficiência.”

TUBERCULOSE:

O descalabro consentido



Há tratamento e cura, mas mata 1 brasileiro a cada 90 minutos

A situação da tuberculose no Brasil foi descrita como “o descalabro consentido”, pelo Coordenador Nacional de Pneumologia Sanitária, Antônio Ruffino Netto, em sua exposição durante a 78ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, em julho de 1998.

O bacilo da tuberculose já foi desvendado pelo conhecimento científico. O seu agente que aterrorizava os habitantes do começo do século é hoje dominado pela ciência, com tratamento e controle eficaz. Mas não é suficiente a humanidade erguer o seu saber sobre as doenças que a intranquila. É preciso mais, que as políticas de saúde sejam consistentes.

Esta distância entre o poder da ciência e o descaso das políticas de saúde é que explica a permanência da tuberculose, segundo Ruffino Netto. Por esta razão, não se pode dizer ou pensar que a tuberculose foi “erradicada”, principalmente, em países em desenvolvimento como o Brasil, explica.

A Organização Mundial de Saúde - OMS - estima que um terço da população mundial estaria infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Dados de 1995 apontam cerca de 9 milhões de doentes com 3 milhões de óbitos anuais. Isto faz com que a tuberculose seja a doença que mata mais pessoas que qualquer outro agente infeccioso sozinho. Ou seja: 25% do total de óbitos evitáveis nos países em desenvolvimento.

O Brasil ocupa o décimo lugar em números estimados de casos, correspondendo a cerca de 50 milhões de brasileiros infectados pelo bacilo (doentes ou não), segundo a OMS. A cada ano são estimados que pelo menos 129.000 brasileiros adoecem da tuberculose, mas hoje só temos a capacidade de notificar cerca de 85.000 casos novos.

Estas notificações não representam o quadro de realidade da doença no país e se mostram bastante concentradas nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Somadas respondem por cerca de 40% dos casos oficiais notificados, segundo dados de 1996 apresentados pelo Coordenador.

Ruffino adianta que a situação da tuberculose no país tem piorado, segundo revelam os dados do ano passado que estão sendo consolidados. “Estamos

trabalhando aproximadamente com 75% dos casos e a distribuição desses registros não é uniforme”, admite.

Miséria e morte

A Organização Mundial de Saúde aponta como as principais causas para o aumento da incidência da tuberculose a pobreza e a desigualdade social, assim como a negligência, inadequação da detecção, diagnóstico e tratamento.

Nesse sentido, conjugamos os dois principais fatores, os de natureza social com a acentuada desigualdade e pobreza e os de contágio pelo inadequado desempenho das políticas de saúde, do escasso financiamento das ações e do nível precário na organização dos serviços de saúde.

Esta realidade se retrata no nível de mortalidade de cerca de 6 mil óbitos/ano, segundo dados de 1995. O que representa mais de 16 mortes por dia ou um falecimento a cada 90 minutos. Ruffino acentua que estas mortes atingem uma faixa da população economicamente ativa, entre os 15 e 50 anos, agravando, assim, o seu impacto social.

Para o Coordenador Nacional de Pneumologia Sanitária, apesar da enorme concentração da riqueza no país, que agrava a evolução da doença, é possível obter bons resultados no tratamento da tuberculose mesmo num ambiente de extrema pobreza. Ele citou como exemplo o Programa de Controle da Tuberculose do Peru, reconhecido como modelo eficaz. “A situação epidemiológica é quatro vezes pior a do Brasil. É igualmente um país de terceiro mundo, com alto índice de pobreza”. O Peru investe US\$ 0,22 per capita enquanto o Brasil aplica US\$ 0,06. A OMS recomenda para o controle da tuberculose a destinação de US\$ 0,10 por habitante.

Razão e sensibilidade

Segundo Ruffino Netto, a doença é fácil de ser detectada. Algumas horas são suficientes para capacitar uma pessoa para fazer o exame de baciloscopia.

O Brasil realiza cerca de 270 mil exames para o diagnóstico do bacilo em um população próxima a 160 milhões. O Peru, para uma população de apenas 23

CNS APONTA DIRETRIZES PARA O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

O CNS reconhece ser a tuberculose um problema prioritário de saúde no Brasil. Nesse sentido, aprovou na 79 Reunião Ordinária, em Agosto, resolução apontando metas e diretrizes estratégicas para o setor.

A meta é que em três anos se alcance a capacidade de diagnosticar e tratar pelo menos 92% dos casos esperados e que até o ano 2007 a incidência seja reduzida em pelo menos 50%, e a mortalidade em dois terços.

Nas diretrizes gerais, é identificado o papel do Ministério da Saúde como o responsável por estabelecer as normas básicas de diagnóstico, tratamento, registro e informação, controle de qualidade e treinamento. Ainda no âmbito de suas responsabilidades consta: aquisição e abastecimento dos medicamentos; os serviços de referência laboratorial e de tratamento; pesquisas, comunicação social e apoio aos estados e municípios.

Recomenda ainda que as atividades do programa sejam executadas pelas unidades regulares de saúde, no nível primário incluindo o PAB e de forma descentralizada, com apoio dos Estados e a condução geral do Ministério da Saúde. As articulações apontam no sentido de se incluir as organizações não governamentais de serviço social na ampliação do combate à tuberculose.

Ressalta a necessidade de que em um prazo de seis meses seja preparado um Plano de Ação de Cobertura Nacional, conforme as diretrizes e estratégias traçadas, priorizando inicialmente os 230 municípios que concentram 80% dos casos notificados. Este plano será apreciado pelo CNS, que acompanhará a sua execução, em parceria com os conselhos estaduais e municipais de saúde.

milhões realiza cerca de 1 milhão e 400 mil exames.

É grave a nossa incapacidade de operacionalizar um sistema de detecção e diagnóstico da tuberculose. Falta vontade política, acredita o Coordenador Nacional de Pneumologia, para que se faça uma ação mais consequente diante do problema.

Ele chamou atenção para os riscos de infecção que as pessoas estão sujeitas. Quando um tuberculoso tosse espalha no ambiente cerca de 3 mil e 500 partículas infectantes. Com o espirro estas partículas chegam a 1 milhão.

A descoberta e o tratamento dos casos de tuberculose reduz a cada ano cerca de 8% o risco de infecção. A melhoria da qualidade de vida reduz em 5% o risco e a vacinação com a BCG reduz em 1%. Com medidas deste porte, Ruffino calcula que se poderia reduzir o risco de infecção em torno de 12 a 13% no prazo de um ano.

O Programa Nacional de Combate da Tuberculose vive uma crise insensata: os recursos financeiros se esvaziaram, sendo a falta de medicamentos um dos seus problemas mais sérios. “No ano passado, 22 estados ficaram com carência de remédios. O Ministério da Saúde não realiza há mais de dois anos a distribuição da pirazinamida”. Ruffino acrescentou ainda que a OMS recomenda como solução um estoque estratégico de medicamentos para 18 meses, evitando-se a suspensão do tratamento por falta de tuberculostáticos. A reserva do medicamento está a zero, revelou.

O resultado da falta de medicamentos provoca a suspensão e o abandono do tratamento. Com isso, o bacilo torna-se resistente e o tratamento vai demandar drogas mais fortes e um custo extremamente elevado. “O tratamento adequado de um caso de tuberculose custa R\$ 70,00. Quando o caso é de multidroga resistência o tratamento chega a ser de R\$ 3 mil a R\$ 4mil, sem levar em consideração o custo com a internação do paciente”, frisou o Coordenador Nacional de Pneumologia Sanitária.

CNS e tripartite serão prioridades da atual gestão

Otávio Mercadante, Chefe de Gabinete do Ministério da Saúde, destaca importância dos órgãos colegiados do SUS

Ao anunciar as prioridades do Ministério da Saúde para 1998, durante encontro do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), na Pousada do Rio Quente (Goiás), em julho, o representante do ministro da Saúde, Otávio Mercadante, apontou como meta da nova equipe o fortalecimento das instâncias colegiadas do SUS. Considerou que se deve vencer os eventuais desgastes e incompreensões existentes nos colegiados, especialmente, na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. “Devemos recuperar a credibilidade, o diálogo e o reconhecimento destas instâncias como fundamentais para a construção do SUS”, esclareceu.

O grande compromisso do ministro da Saúde, José Serra, é garantir o direito de todos à saúde. Com isso, advertiu que o Sistema Único de Saúde (SUS) não vai ser concebido como um sistema para pobres e excluídos ou da cesta básica para quem não pode pagar.

Para fazer valer os novos horizontes para o SUS, afirmou o empenho em duas frentes prioritárias de mudança legislativa. A primeira, se refere ao sistema de financiamento do SUS, que deve ser estável, vinculado e em maior quantia. A preocupação é ter uma fonte segura e adequada para financiar a saúde e que sejam vinculados os recursos da União, dos Estados e Municípios. Com isso, acredita que “cada real que a União aumentar no seu orçamento não representará diminuição de recursos por parte dos estados e municípios”.

Quanto à regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Saúde, garantiu que a batalha da aprovação da lei no Congresso Nacional e a edição da medida provisória, foram no sentido da defesa dos seus usuários. A idéia é de que se o SUS assegura o direito de todos à saúde, a iniciativa privada não pode simplesmente atuar de acordo com as leis do mercado. Neste ponto, se promove o resgate do espírito da Constituição, que considera a Saúde como de relevância pública. Mercadante sentencia sobre a iniciativa privada no setor saúde: “Ela tem que atuar sob supervisão, fiscalização e controle do governo”.

Municipalização

Hoje, já temos 4.123 municípios que se habilitaram a alguma forma de gestão (gestão plena do sistema ou gestão plena da atenção básica). Isso

representa cerca de 75% dos municípios brasileiros e a 70% da população coberta.

Esse processo será estimulado e, segundo sua avaliação, já “representa uma verdadeira revolução, se pensarmos que isso significa que 3/4 do SUS se rege sob um sistema de repasse de recursos automático, antecipado, fundo a fundo e com base no valor per capita”.

Novo modelo assistencial

Os programas Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde representam uma mudança radical de enfoque da relação serviço-usuário. Até o final do ano, assegurou que se pretende chegar a 100.000 agentes comunitários e a 3.500 novas equipes de saúde da família.

Saúde da mulher

Está em curso um programa de investimento para a melhoria da maternidade, com a alteração da tabela de procedimentos com relação ao parto normal e à cesária. Sendo maior o aumento nos procedimentos do parto normal. Foi definido que uma vez que se ultrapasse o nível de 40% de partos cesarianos, o hospital deixa de receber por novos partos cesarianos que realizar.

A prevenção do câncer do colo do útero deverá ser intensificada por uma grande campanha para o exame Papanicolau. O SUS paga mais de 6 milhões em exames de Papanicolau/ano, mas não se tem obtido os resultados esperados. Nos últimos dez anos, não se decresceu um

milímetro a taxa de mortalidade. As estimativas apontam em cerca de 20 mil novos casos/ano e uma mortalidade próxima a 6 mil/ano.

Foi observado que não se dirige com competência os exames para grupos populacionais prioritários e de maior risco. A meta é privilegiar os exames de Papanicolau entre mulheres na faixa de 35 a 49 anos e naquelas que este exame for realizado a primeira vez. Esta mudança na ação assistencial se acompanha de aumento da tabela destes procedimentos.

Vigilância sanitária

A vigilância sanitária é considerada uma questão problemática. No entanto, o ministro Serra está com o firme propósito de implementar uma Agência Nacional de Saúde. O objetivo é priorizar uma ação eficaz de vigilância na área de medicamentos e alimentos.

A falsificação de medicamentos revelou a importância de ações combinadas e em absoluta sintonia, da vigilância sanitária do Ministério da Saúde e as dos Estados. “Não fosse esta articulação nós não teríamos caminhado no sentido de realmente estar prendendo os responsáveis pela falsificação de medicamentos”, esclareceu.

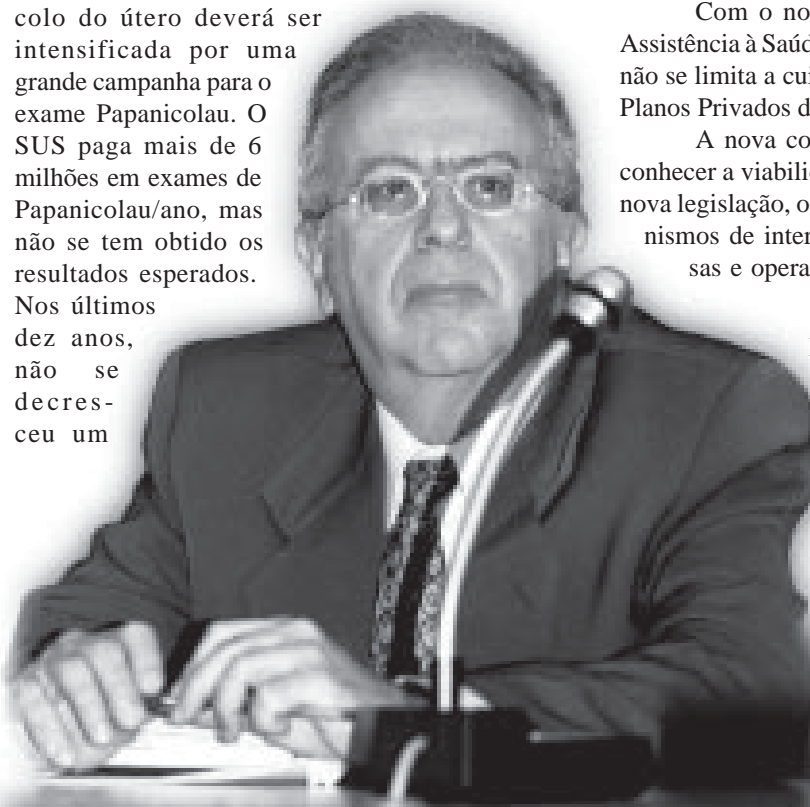
Departamento de saúde suplementar

Com o novo departamento, a Secretária de Assistência à Saúde amplia o seu raio de ação. Ou seja, não se limita a cuidar do SUS, mas trata também dos Planos Privados de Saúde.

A nova competência criada para o SUS será conhecer a viabilidade dessas empresas, os termos da nova legislação, os direitos do consumidor e os mecanismos de intervenção governamental nas empresas e operadoras.

FUNASA

A Fundação Nacional de Saúde tem a necessidade de que seja garantida a sua força e a sua permanência no contexto da descentralização como preconiza o SUS. A FUNASA não pode ficar numa situação de quadro em extinção, alimentando o sentimento que irá desaparecer. O Ministério da Saúde trabalha junto aos estados para se valorizar e tornar visível as ações desenvolvidas pelo órgão.



Estado, conselhos, sindicatos e ONGs: defendendo usuários dos serviços públicos?

O Conselho Nacional de Saúde sediou, nos dias 17 e 18 de agosto, a realização do **Seminário Internacional Estado, conselhos, sindicatos e ONGs: defendendo usuários dos serviços públicos**, promovido pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Segurança Social, vinculada à Central Única dos Trabalhadores e com o apoio da Internacional de Serviços Públicos (ISP), THHY/SASK da Finlândia e do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

O seminário foi pioneiro em reunir em um debate público representantes dos três conselhos de seguridade do Brasil (Saúde, Assistência

Social e Previdência) e de um representante do Conselho Nacional de Saúde do Chile. A discussão foi enriquecida pela presença de lideranças sindicais dos Estados Unidos, da Itália, de Portugal e da Romênia.

A conselheira Ana Maria Barbosa, representante das entidades de deficientes físicos ressaltou a importância da troca de experiências, como a do Tribunal dos Direitos dos Doentes, relatado pelo italiano Antônio Gaudioso. Acredita que a iniciativa “foi um marco importante da articulação das centrais sindicais com outros segmentos organizados da sociedade, tendo como objeto central a problemática da saúde.”

Conselheiros de Saúde mobilizam a capital federal

Um marco na história do movimento de participação e controle social na área da saúde. Esta foi a sensação unânime dos cerca de 2.000 conselheiros estaduais e municipais participantes do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, realizado entre os dias 2 e 4 junho, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, em Brasília.

Prestigiaram a abertura do evento parlamentares, o ministro da Saúde, José Serra, o presidente do CONASS, Júlio Muller, o presidente do CONASEMS, Gilson Cantarino, entre outras autoridades.

Os pontos centrais foram as discussões temáticas e a mobilização dos conselheiros no Congresso Nacional, em defesa da aprovação de emenda constitucional que defina recursos suficientes, estáveis e vinculados para o financiamento da saúde pública.

A mobilização dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde surpreendeu a Comissão Organizadora do evento, tanto pelo número de participantes, que ultrapassou em muito as expectativas previstas, como pela maturidade como foram enfocados as temáticas nos grupos de trabalhos.

As nove temáticas centrais – *Fluxos de Comunicação entre os Conselhos e Conselheiros e seus Representantes; Capacitação de Conselheiros: Formação, Acesso e Divulgação das Informações; Orçamento, Transparência e Fidelidade nos Gastos do Setor de Saúde; Avaliação das Resoluções da 10ª Conferência Nacional de Saúde: implementação e como viabilizá-las; Monitoramento e Avaliação dos Resultados dos Conselhos: infra-estrutura, atuação de conselheiros, composição dos conselhos e escolha de conselheiros; Agenda Básica de Assuntos Prioritários para discussão nos Plenários dos Conselhos; Ampliação do Controle Social: articulação com o Ministério Público, Ouvidorias, Procuradorias de Defesa do Consumidor e Rede de Defesa da Cidadania; Operacionalização da NOB 96: Participação dos Conselhos de Saúde e Modelos de Gestão*, foram amplamente debatidas nos Conselhos Estaduais e Municipais e nos encontros estaduais de conselheiros. Vindos dos mais diversos pontos do país, os conselheiros, numa representação real de um espaço democrático, enriqueceram as discussões com idéias e propostas concretas, possibilitando avanços significativos na dinâmica do controle social.

O entusiasmo em trazer contribuições foi marcante, fazendo com que as discussões de cada temática abrangessem e congregassem aspectos referentes aos outros temas. Mais de 50% das inscrições concentraram-se nos três primeiros temas (Fluxo de comunicação, Capacitação de conselheiros e Orçamento). Devido ao número expressivo de participantes, os grupos de trabalhos foram divididos em subgrupos. Os debates contaram com coordenadores de grupos, relatores, especialistas de cada tema abordado e comunicadores sociais.

Os resultados das discussões foram registrados nos respectivos relatórios consolidados, aprovados pela plenária final do evento. A exemplo da 10ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão Organizadora indicou uma Comissão Relatora, que está elaborando o relatório final.

Os números do evento

Participantes inscritos nos segmentos

Usuários – 972

Profissionais de saúde – 442

Prestadores de serviço – 200

Governo – 279

Grupos de trabalho: 28, que envolveram 28 relatores, 18 especialistas para elaboração dos textos de apoio e 9 comunicadores sociais.

Equipe de apoio: 85 pessoas, vinculadas às instituições que colaboraram na organização do evento: Ministério da Saúde, Governo do Distrito Federal, Banco do Brasil, Pastoral da Criança, CONASEMS, Aplauso Eventos e Corpo de Bombeiros do Distrito Federal.

Relatório sai em fins de setembro

Até o dia 30 de setembro, a versão preliminar do **Relatório Final do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde** será encaminhada pela Comissão Relatora à Comissão Organizadora do evento.

Coordenada por Maria Luiza Jaeger, assessora do Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Relatora reúne Áurea Pitta, Flávio Magajewski, Júlio César Marchi, Suely Carvalho, Alcindo Ferla e Temístocles Neto.

Uma das primeiras constatações do grupo foi a riqueza das discussões: “cada grupo acabou discutindo sobre todos os outros temas e até sobre assuntos mais amplos”, revela Maria Luiza. Diante dessa constatação, o grupo escolheu uma formatação que abrangesse todos os itens, inclusive uma parte das quase 30 moções apresentadas à Comissão Organizadora durante o Encontro. “Aqueles muito específicas serão colocadas num item específico”, esclarece Jaeger. A primeira versão do consolidado geral, elaborada pela reunião da Comissão Relatora, no último dia 26 de agosto, apresenta quase que a mesma formatação do Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. São seis capítulos: *Saúde, Cidadania e Políticas Públicas, Efetivando o Controle Social*, onde estão inseridas todas as questões relativas ao funcionamento e organização dos conselhos de saúde, comunicação entre conselhos e sociedade e sobre conferências de saúde, *Gestão e Organização dos Serviços de Saúde, Financiamento da Saúde, Recursos Humanos para a Saúde e Atenção Integral à Saúde*.

No dia 6 de outubro, data da próxima reunião da Comissão Organizadora, o texto final será aprovado por essa Comissão e preparado para apresentação durante a V Plenária Nacional de Saúde, prevista para novembro deste ano, quando então será submetido à aprovação final dos conselheiros. Tão logo seja aprovado pela Comissão Organizadora, o Relatório Final do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde estará disponível na homepage do Conselho Nacional de Saúde - <http://conselho.saude.gov.br> - para apreciação de todos os participantes do evento. Até lá, você pode ter acesso aos relatórios consolidados referentes aos nove grupos temáticos.

Como surgiram os Encontros Nacionais de Conselheiros

O I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde aconteceu em 1994, em Recife, e contou com a presença de 300 conselheiros na condição de delegados de diversos conselhos do país. Na ocasião, foi formado um grupo de conselheiros com a responsabilidade de organizar o **I Congresso Nacional de Conselhos**, ocorrido no ano seguinte, em Salvador. Uma das decisões deste evento foi a constituição de Plenária Nacional de Conselhos, formada por representantes indicados por Plenárias Estaduais, que deveriam se reunir periodicamente, como forma de manter a articulação sistemática entre conselhos e conselheiros.

O II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde foi convocado durante em dezembro de 1997, durante a III Plenária Nacional de Conselhos, e sua programação foi aprovada na IV Plenária, em março de 1998. Os 1.835 inscritos foram escolhidos durante Encontros Estaduais e Municipais realizados com este objetivo nos meses de abril e maio, como resultado de um grande esforço de mobilização, em especial dos conselheiros estaduais representantes das cinco regiões brasileiras. Os nove temas selecionados, foram indicados pelos conselheiros participantes das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde.



Avaliando o processo de regulamentação dos planos privados de saúde

“O nosso objetivo é deixar transparente a relação entre os consumidores e operadoras privadas de saúde. Para isso foi muito positivo os debates, as críticas e as propostas apresentadas na câmara de saúde suplementar. Esse processo democrático vai enriquecer o texto final da regulamentação.”

Renilson Rehem (Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde)



XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Com a temática **Descentralização: Gestão Local Construindo Municípios Saudáveis**, os secretários municipais realizam seu encontro nacional nos dias 14 a 18 de novembro no Centro de Convenções e Cultura de Goiânia.

Estarão sendo debatidos temáticas centrais como: A construção do sistema de saúde na lógica da descentralização, com a participação do secretário de políticas do Ministério da Saúde João Yunes, os presidentes do CONASS e CONASEMS, Júlio Müller e Gilson Cantarino. O mediador desta mesa será o coordenador do Conselho Nacional de Saúde, Nelson Rodrigues dos Santos.

1 milhão de crianças desnutridas no Brasil

A coordenadora do Programa de assistência Integral à Saúde da Criança, Ana Goreti, admitiu durante exposição na reunião Ordinária do CNS, em setembro, que as estimativas apontam 1 milhão de crianças desnutridas no país. A população pobre e rural e os bolsões de miséria urbana são os mais atingidos. O CNS prepara através dos conselheiros Carlyle G. de Macedo, Gilson Cantarino, Rita B. Barata e Zilda Arns, uma agenda de compromissos e metas conjuntas dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, em defesa da criança brasileira.

Oficina de recursos humanos

O objetivo é definir o campo de recursos humanos no âmbito do SUS, na perspectiva de trabalhar diretrizes para elaboração de uma Norma Operacional para o setor. O CNS está organizando a oficina de trabalho, que ocorrerá nos dias 16 e 17 de novembro, durante a realização do XIV Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, no Centro de Convenções de Goiânia. A oficina envolverá os setores com responsabilidades na área. A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos/CNS apresentará em outubro “Documento-Base”, com o roteiro dos principais pontos para as discussões.

Diretrizes para capacitação de conselheiros

O II Encontro Nacional de Conselheiros, que contou a participação de cerca de 2 mil conselheiros, consagrou uma reivindicação justa e histórica: uma política nacional de capacitação. Nesta perspectiva, o CNS formará grupo de trabalho para formular, a partir de Outubro, as diretrizes desta política. O Conselheiro Jocélio Drummond, adiantou que o desafio imediato será “sistematizar as experiências existentes e socializar o que já foi feito com qualidade”.

Reativação da Comissão de Alimentação e Nutrição

O CNS articula a reativação e nova composição para a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição. Essa comissão foi desarticulada e esvaziata com a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN.

TV Futura – vídeo sobre conselhos

O Ministério da Saúde tem projeto de produção de uma série de vídeos, que serão veiculados na TV Futura. O Programa Educação em Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde, coordena a produção destes vídeos, com duração de 15 segundos. O CNS tem colaborado na concepção e roteiro do vídeo que abordará o controle social no SUS.

Conselho Nacional de Saúde homenageia Omilton Visconde

A Sala de Reuniões do Conselho Nacional de Saúde passa a se chamar Sala Omilton Visconde. Esta decisão unânime do plenário do Conselho Nacional de Saúde ocorreu ao fim do ato em homenagem à memória de Visconde, representante da Confederação Nacional da Indústria no CNS, morto em 7 de junho último, vítima de ataque cardíaco. A cerimônia, realizada durante a Reunião Ordinária do CNS de julho, contou com a participação do mais velho dos três filhos do ex-conselheiro e seu sucessor à frente do laboratório Biosintética que fundara, Omilton Visconde Júnior

Membro atuante do CNS, onde estava desde 1993, Visconde foi lembrado pela sua luta em defesa de uma política de medicamentos no Brasil, seu senso de justiça, pela ajuda que proporcionara a diversas pessoas e instituições, na condição de industrial mas também como pessoa humana. No CNS, seu trabalho mais recente foi a organização, ao lado do conselheiro Mozart Abreu, da OMS/OPAS, de oficina de trabalho para definição de uma política de medicamentos genéricos, realizada em março deste ano, que reuniu representantes de setores da indústria e comércio farmacêuticos, vigilância sanitária, direito econômico, defesa do consumidor, profissionais de saúde, usuários e consumidores. A oficina resultou na discussão e aprovação da Resolução 280 do CNS.

Durante o ato em homenagem a Visconde, todos os 28 conselheiros presentes pediram a palavra. Destacamos a seguir, trechos de dois destes depoimentos:

Neide Barriguelli, presidente do Fórum dos Renais Crônicos – “Meu convívio com Senhor Omilton vem de muitos anos. Ele fez em prol do renal crônico um bem enorme. Trouxe medicamentos do exterior, na época em que não havia facilidade para sua importação. Eles não doavam nem as amostras grátis e, um companheiro nosso, Leilton, foi mantido pelo senhor Omilton, recebendo medicamento contra anemia du-

rante cerca de três anos até ser transplantado. Naquela época a Secretaria não pagava, e o senhor Omilton fornecia o medicamento sem ganhar nada. Hoje este medicamento é vendido super barato. Foi uma luta vitoriosa. No caso da ciclosporina, ele não conseguiu a aprovação do produto fabricado no Brasil, mas a multinacional foi obrigada a baixar o preço pela metade para continuar no mercado. Isso para o renal reverteu em qualidade de vida. Sua ajuda foi fundamental para nossas associações: ele editou material educativo e ajudou de diversas formas. Temos nele um exemplo de um empresário que não é fixado no seu lucro, um humanista”.

Mozart Abreu, consultor da OPAS/OMS – “Omilton misturava uma coisa difícil de se encontrar hoje dentro do meio social: ética e solidariedade. Como empresário, eu o conheci há 25 anos atrás. Na época, ele, um jovem industrial, estava lutando, com mais uma dúzia de industriais de São Paulo e do Rio de Janeiro, ao lado da então recém-criada Central de Medicamentos, para criação e implementação de uma política de medicamentos para o Brasil voltada para os interesses de nossa cidadania. Ele representava aqui um conjunto dos empresários brasileiros, a CNI, mas trazia exatamente para cá a tentativa de fazer uma interpretação diferente, capaz de articular os direitos da cidadania com as responsabilidades sociais que o empresário deve exercer na sociedade. Recentemente, na discussão da política de medicamentos essenciais, teve uma participação forte e ativa, tanto neste Conselho como também junto aos segmentos que representava. Ele estava sempre procurando eliminar os conflitos que pudessem existir na interpretação dos conceitos, de regras, até chegar ao documento consensual, aprova-



do por este Conselho. Eu o conheci em 1973, depois nos reencontramos aqui no Conselho, com a mesma lógica de trabalho, com a mesma lógica de colocar a sua instituição e os interesses do grupo que ele representava, mas tentando também interpretar as necessidades e interesses dos outros grupos que este Conselho repercute e representa. Ele tinha essa dupla visão: buscava entender aqui para levar para seu segmento e também trazia aqui os interesses de seu segmento para interfacear na construção das políticas e das deliberações deste Conselho. Ele vai fazer falta neste Conselho pela forma dele atuar: um conselheiro ímpar. Nunca o vi aqui defendendo uma posição corporativa típica, nem ausente sem querer escutar as outras partes envolvidas. Por outro lado, a participação ativa, inteligente, em todos os trabalhos em que ele esteve envolvido. Todos chegaram a um consenso: trabalhava formas alternativas que pudessem somar o conjunto das pessoas e dos interesses das relações destes conselheiros. Difícil encontrar isso numa figura humana, sobretudo que, pela sua condição social, de líder industrial, ele poderia estar perfeitamente aqui desempenhando outro tipo de papel”.

Conheça a homepage do Conselho Nacional de Saúde

A página eletrônica (homepage) do Conselho Nacional de Saúde está de cara nova. Disponível para acesso na Internet desde novembro de 1997, a homepage do Conselho ganhou também endereço novo :

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

O objetivo da página é divulgar o trabalho do CNS: atas, pautas das reuniões e eventos do Conselho Nacional de Saúde; relatórios e documentos de todas as suas comissões técnicas e intersetoriais; resoluções, recomendações e moções aprovadas pelo Plenário, assim como os nomes e endereços dos 32 conselheiros podem ser acessados, de forma rápida e prática. A versão eletrônica do **JORNAL DO CNS** também se encontra disponível na homepage do Conselho, que possui conexão direta com as páginas do Ministério da Saúde e da *Conferência de Saúde On Line*.

A *Conferência On Line* foi criada para dar continuidade aos debates da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Lançada à mesma época da homepage do Conselho Nacional de Saúde, apresenta documentos e discussões atuais na área da saúde, legislação sobre o SUS; informes técnicos sobre consórcios de saúde, controle social, fundos de saúde; experiências inovadoras na implementação do SUS; leis, decretos e portarias, e também o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde.

Se sua entidade estiver conectada na rede, faça um link dessas páginas. Participe sugerindo debates e enviando contribuições. Cadastre-se no livro de registros.

