

controle social

Jornal do Conselho Nacional de Saúde

IMPRESSO

Junho/Julho de 1999 - ano 2 - número 4
<http://conselho.saude.gov.br>



Ministro homologa resoluções e o Regimento Interno do CNS

A solicitação realizada pelo CNS de que fosse evitado o vácuo de recondução dos conselheiros, foi atendida com a publicação do decreto de posse aos novos conselheiros e renomeação dos outros representantes do CNS, para a gestão do governo de 1999/2002.

As nove resoluções do ano de 1998 foram homologadas, incluindo agora a que trata do Regimento Interno, e mais cinco outras devolvidas com justificativas baseadas nos critérios definidos pelo CNS, constantes no Regimento Interno e outras decisões.

Aprovada ainda a resolução de nº 290, homologada pelo Ministro José Serra, que define as diretrizes para elaboração da proposta orçamentária do Ministério da Saúde para o ano 2.000.

pág. 04

CNS debate: previsões e retrospectiva do orçamento da saúde

O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Barjas Negri, apresenta sinais de recuperação do orçamento da saúde no país, com o aumento do volume de investimento público, ampliação do atendimento e melhoria de alguns indicadores de oferta de serviços.

Enquanto que o CNS lembrou a face da saúde pública do país nestas últimas duas décadas, sem crescimento, aumento da arrecadação e do déficit público e sem investimento em políticas sociais e infra-estrutura de saúde.

pág. 06



Descentralização do DATASUS gera polêmica

Arnaldo Machado de Souza, novo diretor do DATASUS apresentou o projeto de expansão da capacidade de informatização do setor, com base em credenciamento de empresas de informática previamente capacitadas.

pág. 08

CNS aprova Política Nacional de Alimentação e Nutrição

É aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS e pela Secretaria de Políticas de Saúde uma nova política que garanta a qualidade dos alimentos e a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais.

pág. 02

O SUS e os Hospitais Universitários

Esta edição publica os resultados da Oficina de Trabalho do CNS "Inserção do Componente Assistencial dos Hospitais Universitários e de Ensino no Sistema Único de Saúde.

pág. 11

EXPEDIENTE

O Jornal **Controle Social** é uma publicação bimestral do Conselho Nacional de Saúde

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

Conselho Editorial

Representantes dos Usuários
Mário Scheffer
Carlos Martins

Representante do Governo
Sílvio Mendes de Oliveira Filho

Representante dos Prestadores de Serviços
Olympio Távora Corrêa

Representante dos Profissionais de Saúde
Temístocles Marcelos Neto

Assessoria de Comunicação Social
Fernando Cartaxo

Jornalista Responsável
Cristina Ruas - RG: L.71 - F.1190

Fotos
Gustavo Alexandre
Rubens Silva
Luiz Oliveira

Editoração e Projeto Gráfico
Fernanda M. Junqueira Ottoni
ARS VENTURA
Imagens & Produções
<http://www.arsventura.com.br>
(061)328-6404



Impressão
Gráfica do Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Saúde



Esplanada dos Ministérios
Bl. G - Anexo Ala B
1º andar - salas 128 a 147
cep: 70058-900 Brasília - DF
fones:
(061)225-6672/226-8803
315-2150/315-2151
fax:
(061)315-2414/315-2472
e-mails:
cns@saude.gov.br
<http://conselho.saude.gov.br>

As matérias são de responsabilidade de seus autores

tiragem: 8.000 exemplares

O Jornal do CNS passa por mudanças

Este número do **Jornal Controle Social** reflete um momento em que o CNS vem desenvolvendo um conjunto de práticas de comunicação social em saúde, que pretendem refletir os interesses e posicionamentos dos seus segmentos básicos (usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e governo) e entidades que os representam, incluindo suas divergências, mas também os consensos e avanços na implantação do SUS, gerados dentro do pluralismo do CNS.

A partir de tais pressupostos, o CNS criou o seu Conselho Editorial responsável pela definição dos caminhos para uma comunicação ativa, participativa e estimulante do processo do controle social, através dos meios disponíveis do CNS - Jornal, Home-Page, Boletim, Conferência On-Line e outras publicações.

Este é o início de um processo de

crescimento conjunto, que pretende estabelecer diretrizes para que as informações produzidas sejam comprometidas com a verdade, trabalhadas para despertar o prazer da leitura e da curiosidade, alimentando o sentimento e os direitos de cidadania.

É, pois, com satisfação que o Conselho Editorial do Conselho Nacional de Saúde, faz chegar às mãos de todos os conselheiros, assim como os profissionais em saúde, usuários e demais integrantes da rede SUS, mais um número do Jornal do Controle Social, avançando seu projeto editorial que, certamente, será um instrumento que refletirá o pluralismo e o destacado papel do CNS no resgate da cidadania na saúde.

O seguinte formato será experimentado a partir deste número, até que novas sugestões dos leitores ao Conselho Editorial venham alterá-lo.

CNS aprova Política Nacional de Alimentação e Nutrição

A Secretaria de Políticas de Saúde submeteu ao plenário do CNS mais uma, das doze políticas que estão sendo formuladas pelos Grupos Técnicos e aperfeiçoadas em oficinas de trabalho.

A "Política Nacional de Alimentação e Nutrição" foi encaminhada a Comissão Intergestores Tripartite e CNS.

Algumas das ações desta nova política já vem sendo implementadas, como por exemplo, a incorporação do incentivo nutricional através do PAB.

No próprio Conselho, o tema suscitou a necessidade de reinstalação da Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição para acompanhamento desta ação, em busca de garantir para a sociedade uma vida saudável, ativa, participativa e de qualidade.

O CNS constituiu uma Comissão Especial composta por Maria Leda Dantas, Zilda Arns Neumann, Mozart de Abreu Lima, Albaneide Maria Lima Peixinho e José Carlos Bezerra Passos, que introduziu um elenco de alterações na política, aprimorando-a técnica e operacionalmente.

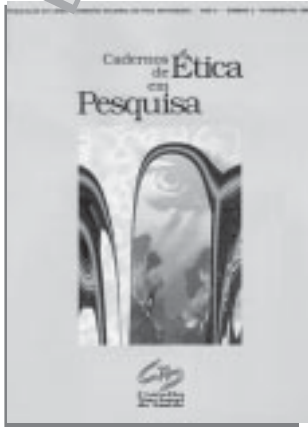
Esta política vem ao encontro da necessidade de garantir ao conjunto da sociedade o acesso e a qualidade dos alimentos, além de promover práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais.

Situação Alimentar e Nutricional

- hábitos e práticas alimentares inapropriados em todo o país e desconhecimento da população a respeito de uma alimentação saudável;
- inoperância da vigilância sanitária na efetiva fiscalização dos alimentos produzidos e comercializados no país, incluindo os alimentos importados;
- deficiência alimentar de ferro e cálcio;
- deficiência de Vitamina A é endêmica nas regiões Nordeste, Norte e em bolsões de pobreza.
- carência de iodo em áreas do Centro-Oeste e Amazônia Legal não abastecidas por sal iodado.
- baixo aleitamento materno em todo o país.
- evolução epidêmica da obesidade e das dislipidemias.



publicações



• Chegando num momento oportuno, quando o país presencia a construção de uma nova cultura de ética em pesquisa, o Conselho Nacional de Saúde, através da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e a Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva, lançam mais um número dos "Cadernos de Ética em Pesquisa", um instrumento de debate permanente, que valoriza a dignidade do ser humano através do resgate dos valores morais e éticos de nossa sociedade.

- O Conselho Nacional de Saúde lança a publicação "**Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde**", fonte fundamental para todos os conselheiros que tem como atribuição legal a de atuar na formulação de estratégias de operacionalização e no controle da execução da política de saúde.
- Encaminhe suas experiências, informações, críticas e sugestões para o e-mail cns@saude.gov.br
- Já se encontra à disposição de todos os conselheiros, a edição dos textos, sistematizados, do **Relatório Final do II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde "Efetivando o Controle Social"**, que pretende contribuir para fermentar esse fenômeno crescente de implementação do SUS no país e de efetivação do controle social.



acontece

• O Conselheiro Carlos Martins lembrou em plenário as denúncias de existência de irregularidades em Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e a necessidade de concretizar decisão anterior do CNS de designar conselheiros para acompanharem estas ocorrências.

• O primeiro grupo composto pelos conselheiros Silvio Mendes de Oliveira Filho e Temístocles Marcelos Neto já está acompanhando a situação do Conselho Estadual do Espírito Santo.

• A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do CNS, responsável pela criação de 213 comitês de ética em pesquisa no país, agora recebe o apoio técnico e gerencial do Departamento de Ciência e Tecnologia recém implantado na Secretaria de Políticas do MS, resultando um importante projeto conjunto.

• O Conselheiro Artur Custódio de Sousa, Coordenador Nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase/MORHAN, informou que

recomendação aprovada pelo CNS, em dezembro do ano passado, vem mudando o modelo de atenção da hanseníase, antes vista verticalmente para uma atuação horizontal.

Segundo ele, agora "esta política é adotada no âmbito nacional e, a partir do mês de abril, foi reconhecida pela OMS.

• Já se realizam as primeiras reuniões para reinstalação da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente do Conselho Nacional de Saúde.



encontros e eventos

• **XV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde** será no Estado do Rio de Janeiro, de 26 a 30 de agosto, no Pavilhão do Riocentro, na Barra da Tijuca.

Maiores informações com o CONASEMS, através do telefone (061)315-2121/2828.

• O Plenário do Conselho Nacional de Saúde aprovou a realização de uma oficina de trabalho que envolva além do CNS, MS, CONASS e CONASEMS, outros ór-

gãos do Governo e de pesquisa aplicada.

Com a finalidade de elaborar indicadores e instrumentos de fácil entendimento e aplicação por todos os conselheiros, para acompanhar a complexa execução orçamentária, em todas as suas formas de gastos diretos, de repasses, compra de serviços e outras, até onde estão ou não se afastando das diretrizes e da construção do Sistema Único de Saúde.

O Programa deste evento encontra-se em fase de elaboração e será divulgado

em breve.

• Está sendo programado para setembro a realização da III Reunião Técnica das Secretarias Executivas dos Conselhos Estaduais e Nacional de Saúde.

• O CNS editará as primeiras seis publicações da série Efetivando o Controle Social. Os temas tratarão da Comunicação e o Controle Social e das Bases Legais dos Conselhos de Saúde.



fatos

Seguro obrigatório de veículos vai para a saúde

Em decorrência do trabalho competente desenvolvido pela Procuradoria Geral da República, o Ministério da Saúde passará em 1999, a ter um aumento de recursos da ordem aproximadamente de R\$ 500 milhões.

Com o novo Decreto do Presidente da República, desencadeado por ação da Procuradoria, os 45% dos recursos do DPVAT (Seguro Obrigatório de Veículos

Automotores), referentes a assistência à saúde dos acidentados, passaram a ser depositados diretamente no Fundo Nacional de Saúde, no prazo de dois dias após seu recolhimento.

As seguradoras que ficaram com 50% do DPVAT serão responsáveis pelo pagamento do Seguro de Vida, Invalidez e de Despesas Médicas quando o atendimento for feito por serviços de saúde

privados não contratados pelo SUS.

A prova do maior aporte de recursos é que só no mês de fevereiro já se arrecadou R\$ 80 milhões de reais. O dobro da média mensal de 1998.

Só que, o Art. 66 da proposta da LDO 2000 em tramitação no Congresso Nacional propõe a suspensão das vinculações e repasses aos Fundo, exceto as vinculações constitucionais.

Ministro homologa deliberações do CNS

Novos critérios na homologação das resoluções do CNS

O Ministro da Saúde José Serra homologou dez resoluções do CNS, além do novo Regimento Interno. Outras cinco estão sendo devolvidas com justificativas baseadas nos critérios definidos pelo CNS, constantes no Regimento Interno e outras decisões.

Foram discutidas em plenário, os parâmetros para homologação de resoluções do Conselho, na tentativa de criar mecanismos facilitadores para aprovação e publicação das mesmas pelo Ministério da Saúde.

A proposta traz como inovação a dispensa de obrigatoriedade de homologação pelo Ministro das matérias pertinentes ao campo da fiscali-

zação da execução das políticas de saúde e das relações do CNS com o Congresso, Ministério Público, outros Conselhos Estaduais e Municipais e demais instituições do controle social. E, ficariam suscetíveis de homologação, as políticas, estratégias, diretrizes e atos do sistema de gestão dos serviços e, obrigatoriamente, quanto a sua pertinência, relevância e oportunidade. As decisões suscetíveis de homologação devem passar pela concordância com os princípios do SUS, pelo significado da modernização gerencial do setor público e adequação dos instrumentos de orçamentação e execução orçamentária às diretrizes do SUS e das NOBs.

Ministro José Serra participa de Plenária do CNS

A conselheira Rita Barata fez um breve relato do encontro que a Delegação de Conselheiros do CNS manteve com o Ministro da Saúde, José Serra.

“A solicitação realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) de que fosse evitado o vácuo de recondução dos conselheiros, foi atendida em tempo, com a publicação do decreto de renomeação.

Foi atendida também o pedido da presença do MS no CNS, com a nomeação de Maria Angélica como representante.”

Rita lembrou que, na ocasião, a comissão apresentou o Regimento Interno para ciência do Ministro, chamando atenção do caráter democrático de sua construção, expressando a experiência acumulada do CNS.

O que resultou no compromisso do Ministro de homologar o Regimento Interno, tão logo fossem consideradas pequenas alterações solicitadas pela consultoria jurídica do Ministério da Saúde, adequando-o ao decreto 99.438/90, ainda vigente.

Outro assunto em questão, foi a proposta de reestruturação do CNS. Segundo Rita, o Ministro teve reação contrária.

Para José Serra, a proposta apresentada dava um caráter corporativo, com peso excessivo aos trabalhadores em geral e aos profissionais de saúde e, faltava atores como o Hospital Universitário, que reputa de grande importância, ou as filantrópicas que não deveria estar em sistema de rodízio com os outros prestadores privados, já que elas são essenciais para o Sistema Único de Saúde - SUS.

Por fim, o Ministro reconheceu que há uma série de matérias encami-

nhadas pelo Conselho Nacional de Saúde que não seriam passíveis de homologação. Segundo ele, a despeito de ser presidente do Conselho Nacional de Saúde ele é Ministro da Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde ficou de reestudar o encaminhamento das matérias passíveis de homologação, visando regularizar este trâmite, o que passou a ser realizado a partir da reunião ordinária do mês de maio, com a homologação da resolução 290.

Em um novo encontro da Comissão do Conselho Nacional de Saúde com o Ministro José Serra, Zilda Arns fez a exposição, reforçando a importância do cumprimento do papel do Conselho de ser um espelho do controle social, “para isso é importante a homologação de suas resoluções”, disse.

Linha Direta

Ficou acertado uma aproximação mais estreita entre o coordenador do CNS e o Ministro, estabelecendo um fluxo direto no trato das resoluções, discussões como a do Regimento Interno.

O Conselheiro Carlyle Guerra de Macedo, em audiência com o Ministro, ficou surpreso ao descobrir que até aquele momento José Serra, não havia recebido as resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Para esclarecer o fato, Serra solicitou a presença do Chefe de Gabinete, ficando acordado que esta situação seria corrigida imediatamente, através da implementação rápida dos fluxos CNS - GM previstos no Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Tomam posse novos membros do CNS

O Ministro da Saúde José Serra, deu posse aos novos conselheiros e reconduziu os demais conselheiros para o período de 1999 a 2003.

Na ocasião, estavam presentes o Procurador da República dos Direitos do Cidadão, Wagner Gonçalves, o Chefe de Gabinete Otávio Mercadante e o Secretário de Políticas de Saúde João Yunes. Segundo José Serra, a publicação do decreto com a recondução dos membros do Conselho e designação dos novos, foi em resposta a solicitação apresentada pelo próprio CNS.

O Ministro acredita que “a única forma da saúde caminhar daqui para frente é com cooperação.

Ficando o Ministério cada vez mais como um agente repassador de recursos e fixador de política, e a execução direta fica nos braços

executivo dos estados e municípios.

Alertou ainda sobre a condição financeira, “não vamos ter recursos para cobrir buracos em função da crise econômica, muito governadores no primeiro ano de mandato querem socorro, mas não temos dinheiro! A nossa luta visa recompor o dinheiro do SUS. Faltam os 700 milhões, e esta é a prioridade. Neste sentido, é que tenho me empenhado na eliminação dos impostos que incidem sobre os insumos.”

Conseguimos um acordo para isenção do ICMS que tem alíquota de 17%, continua José Serra, “não foi fácil, pois queriam aprovar a isenção só para o Sistema Único de Saúde, o que levaria a ter produto com dois preços.

Agora temos que tirar o imposto de importação e o IPI, que permitirá 30% de economia.”

Conselheiro Titular

Albaneide Maria Lima Peixinho
Ana Maria Lima Barbosa
Antônio Celso Nunes Nassif
Artur Custódio M. de Sousa
Augusto Alves de Amorim
Carlos Corrêa Martins
Carlyle Guerra de Macedo
Climério da Silva Rangel Júnior
Diógenes Sandim Martins
Edenilza de Assis e Mendes
Enio Antônio Marques Pereira
Jocélio Henrique Drummond
José Carlos Bezerra Passos
Margareth Martha Arilha Silva
Maria Angélica Gomes
Maria da Graça Amorim

Maria Leda de R. Dantas
Mário César Scheffer
Neide Regina Cousin Barriguelli
Olympio Távora Corrêa
Paulo Romano
Rita de Cássia Barradas Barata
Roseli Lopes Saad
Samuel Monteiro Santos Júnior
Sérgio Francisco Piola
Sérgio Luís Magarão
Silvio Mendes de Oliveira Filho
Tancredo Castro Soares
Tânia Guimarães e Souza Monteiro
Temístocles Marcelos Neto
William Saad Hossne
Zilda Arns Neumann

CNS define prioridades para o orçamento do ano 2000

Sobre a questão orçamentária e a nova sistemática de estruturação do orçamento, a Comissão de Orçamento e Finanças do CNS apresentou diretrizes para que sejam incluídas na LDO de 2.000 e no PPA de 2.000 a 2.003. Aprimorada e aprovada em plenário do CNS como Resolução de nº 290 e homologada pelo Ministro José Serra, ela define as diretrizes para elaboração da proposta orçamentária do Ministério da Saúde para o ano 2.000, o seguinte:

A – PRIORIDADES

Continuar o processo de fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS aumentando sua eficácia social e a satisfação da população brasileira concentrando esforços em:

1 – Melhoria de gestão:

a) continuar o processo de descentralização aos municípios assegurando condições para uma progressiva regionalização, em rede hierarquizada e integrada, dos serviços de atendimento, incluindo-se a organização dos fluxos de demandas;

b) modernização de processo administrativos de programação, controle e avaliação;

c) desenvolvimento dos sistemas de informação;

d) atualização da NOB-96;

e) implementação de política de Recursos Humanos.

2 – Melhoria de qualidade do atendimento:

a) aperfeiçoamento das normas de atendimento e do processo e práticas de

regulamentação e vigilância da prestação de serviços e da qualidade de insumos e fatores;

b) organização dos serviços de urgência e emergência;

c) recomposição de valores para o pagamento de serviços e valorização dos mecanismos de pagamento em função de coberturas e resultados (prospectivos).

3 – Controle de problemas especiais e atenção a grupos mais vulneráveis, com enfoque de gêneros:

a) enfermidades preveníveis por imunização;

b) endemias principais: malária, tuberculose, dengue, cólera, chagas e hanseníase especialmente;

c) DST/AIDS;

d) saúde reprodutiva, maternidade e infância;

e) condições crônicas preveníveis: hipertensão, diabetes, formas de câncer, etc;

f) atenção específica aos portadores de deficiência e de patologias;

g) violência no trânsito, no lar, no ambiente de trabalho e na escola;

h) drogas, prevenção e tratamento, com ênfase na adolescência.

4 – Promoção e participação em saúde:

a) informação para capacitação em auto-cuidado (hábitos e comportamentos) e para a organização e participação cidadã e comunitária;

b) fortalecimento do Sistema Nacional de Controle Social com base no funcionamento dos Conselhos (Nacional, Estaduais e Municipais) de Saúde;

c) valorização dos mecanismos de cooperação e parceria dentro do Estado (entre níveis, instituições e setores) e do Estado com a Sociedade Civil.

5 – Continuidade do processo de expansão e fortalecimento da atenção básica (PAB e PSF/PACS) e outros programas anexos que devem ser articulados como estratégia reestruturadora do modelo de atenção vigente.

B - FINANCIAMENTO

As orientações de prioridades indicadas serão apoiadas por:

1 – Os recursos federais alocados ao MS no Orçamento de 2.000:

a) não serão inferiores, em termos reais, aos aprovados pelo Congresso para 1999 e não serão objeto de contingenciamento em sua liberação e execução orçamentária

e financeira;

b) os recursos indicados no item anterior deverão ser aumentados em percentual equivalente ao aumento previsto da arrecadação corrente (Tributos, Contribuições, Taxas, etc.) da União, mais dois pontos percentuais;

c) os recursos adicionais, em termos nominais, excluídos os gastos com pessoal,

serão aplicados necessária e explicitamente nas prioridades indicadas.

2 – Os Estados, o DF e os Municípios devem aumentar suas alocações para a saúde em proporções a serem negociadas com o Governo Federal e nas instâncias intergestoras do SUS.

C - CONTROLE SOCIAL ESPECÍFICO

O Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, em suas respectivas esferas e solidariamente entre si, deverão acompanhar a elaboração dos orçamentos dos correspon-

dentes níveis de Governo e sua execução para fiscalizar e controlar o cumprimento dessas orientações.

Para esse efeito os Conselhos se articularão com os órgãos legislativos cor-

respondentes (Câmaras de Vereadores, Assembléias Legislativas e o Congresso Nacional) e seus órgãos de apoio e com o Ministério Público se for necessário.

Previsões e retrospectiva do orçamento da saúde



Barjas Negri, Secretário Executivo do MS, faz previsões sobre orçamento da Saúde

Mesmo longe de um cenário ideal, a saúde no Brasil começa a dar sinais de recuperação. Esta é a visão do Secretário Executivo do Ministério, Barjas Negri. Segundo ele, as alterações se refletem no aumento do volume de investimentos públicos em saúde, na ampliação do atendimento e até na melhoria de alguns indicadores. Nos últimos quatro anos, por exemplo, o orçamento do Ministério da Saúde aumentou mais de 60% e, alguns estudos sugerem que o total de recursos aplicados em saúde no país, incluindo gastos das próprias famílias e das empresas, alcançou 7% do Produto Interno Bruto, o que equivale a R\$ 70 bilhões por ano.

O Secretário Executivo do Ministério da Saúde, Barjas Negri, em sua fala no plenário do Conselho, afirmou que outra grande mudança que vem acontecendo no orçamento do Ministério da Saúde, está na forma do repasse de recursos. Com a imple-

mentação da Norma Operacional Básica/NOB-96, a tendência é diminuir a prática de convênios e aumentar a transferência automática dos recursos - do fundo nacional para os fundos estaduais e municipais.

“A cada município que se qualifica no Piso de Assistência Básica/PAB ou na gestão plena do sistema, é mais uma verba destinada automaticamente, logo comprometida para o resto da vida, diminuindo assim, o raio de manobra financeira”, explica Barjas. Hoje não se pode falar em diminuição de gastos para a saúde, pois o que existe é uma demanda crescente de recursos.

Atualmente, R\$ 4 bilhões estão comprometidos com o repasse automático e, no caso do controle de epidemias que vem sendo realizado através de convênios, Barjas adianta que futuramente será pactuado com os Estados, por algum outro mecanismo, a transferência dos recursos do orçamento do Ministério da Saúde

A tendência do orçamento nas duas últimas décadas

O CNS analisou o orçamento sob o ângulo da sua tendência no decorrer dos últimos anos e do cotejo entre o empenhado, liberado e executado. Reconheceu os avanços no Orçamento de 1999, mas lembrou que nestas duas décadas sem crescimento, aumentou a arrecadação e o déficit público e, ao mesmo tempo não se investiu em políticas sociais e em infra-estrutura.

Contingenciamento

O Orçamento (R\$ 14,918 bi) já descontados o pagamento de dívidas e a folha de pessoal do MS, está totalmente liberado para movimentação e empenho, conforme o Anexo I do decreto.

Entretanto, está previsto um montante de liberação financeira correspondente apenas ao Orçamento de 1999, em-

bora os limites incluam também R\$734 mi de restos a pagar de 98, em 1999. Existe, portanto uma limitação financeira referente a restos a pagar no montante de R\$734 mi.

É necessário conseguir esta liberação, bem como das suplementações já anunciadas como necessárias, principalmente em função das desvalorizações do real frente ao dólar.

Encargos financeiros da União- EFU e o Orçamento do Ministério da Saúde

A Dotação Geral de EFU é de R\$ 91,3 bi, o que representa mais de R\$250 milhões/dia. A parcela do EFU para juros e amortização da dívida é de R\$ 89,7 bi, o que representa R\$ 246 milhões/dia.

O dotação orçamentária total do

MS, incluindo pessoal e dívida, é de R\$ 19,5 bi, o que corresponde à 78 dias da dotação de EFU.

A questão das últimas portarias do MS

Ao final do mês de abril e início de maio, a publicação de quatro portarias do GM, SE e SAS suscitou a discussão e aprovação no plenário do CNS, da Recomendação 01/99. Um mês após, é publicada portaria nº7 de 02/06/99 da SE e SAS, que suscitou, novamente, discussão na reunião de junho do CNS, o que resultou na aprovação da Recomendação nº 002/99.

Esta questão permanece em discussão no CNS e entre o MS, CONASS e CONASEMS, e será novamente abordada no próximo número do Jornal Controle Social.



Carlyle Guerra de Macêdo, Conselheiro do CNS apresenta retrospectiva do orçamento da saúde

Recomendação nº002/99

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Octogésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 09 e 10 de junho de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

- a edição da Portaria Conjunta SE-SAS/MS nº 07 de 02/06/99;

- as informações prestadas ao Plenário do CNS durante a 87ª Reunião Ordinária, de 09 e 10/06/99, pelos Conselheiros representantes do MS, CONASS e CONASEMS.

Recomenda as três esferas: ao Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde:

- aprofundar as análises conjuntas não somente do momento mas também do processo de parceria e pactuação permanentes dos três níveis de Direção Única do Sistema Único de Saúde.

- intensificar conjuntamente o esclarecimento dos papéis das três esferas de Governo na Saúde, tendo como compromisso básico o fiel cumprimento das diretrizes legais da Uni-

versalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização e Participação, e

- retomar o mais breve a interlocução e intergestão ao nível Nacional pelas três esferas, através da Comissão Intergestores Tripartite, forma reconhecidamente moderna e avançada de gestão pública.

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

pectiva do de

e a responsabilidade pelas ações.

“Na leitura do orçamento de 1999, vê-se claramente esta diferença na forma do repasse”, constata o Secretário Executivo. Segundo ele, as ações automáticas, fundo a fundo, são empenhadas e liquidadas imediatamente, mas aquelas que estão sob forma de convênio, a exemplo de saneamento básico e infra-estrutura, muitas das vezes só vão ser executadas no final do ano, “os projetos são feitos nos primeiros três meses do ano, apresentados em maio, e avaliados em junho, conveniados em julho e na melhor das hipóteses a primeira parcela começa a ser paga em agosto”, finaliza.

Barjas, fez previsões futuras, “um dia, o orçamento do Ministério da Saúde será reduzido, haverá um projeto de lei que transformará os recursos atuais em receita dos estados e municípios, e o repasse poderá ser findado automaticamente nos próximos anos”. Mas para Barjas, ainda é cedo para esta discussão, devido a falta de estrutura tributária e de estabilidade, mas esta é uma tendência que, segundo ele, dará ao Ministério a possibilidade de cumprir melhor a sua função de coordenador, planejador, arrecadador de recursos, financiador e avaliador.

Recomendação 001/99

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 86ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 5 e 6 de maio, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1999, e pela Lei nº 8.142, de 28/12/90, tomando conhecimento da publicação das Portarias GM nº 531 e SAS nº 184 de 30/04/99, e conjuntas nº 01 de 01/05/99, que incidem marcadamente nos critérios e revisões de tetos, sub-tetos, incentivos e desincentivos assistenciais de Estados e Municípios, mais uma vez discutiu a questão a luz dos preceitos legais anexados a esta e, independentemente do mérito desses atos, constata vício de origem na forma de tramitação, ao não definir previamente com o Conselho, os critérios básicos. RECOMENDA: ao Ministério da Saúde a suspensão do efeito dos referidos atos e a apresentação da questão ao plenário do Conselho Nacional de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO
COORDENAÇÃO-GERAL DE ORÇAMENTO E FINANÇAS

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA - 1999

UNIDADE: MINISTÉRIO DA SAÚDE
PERÍODO: MAIO (ABERTO)

EM R\$ 1.00

DEMONSTRAÇÃO	EXECUTADO 1999	ORÇAMENTO APROVADO 1999				% EMP PAGO SALDO			
		LEI - CRÉDITOS	EMPENHADO	PAGO	A PAGAR	SALDO	EMP	PAGO	SALDO
1 ITENS GLOBAIS	6.328.251.459	4.626.830.229	2.805.228.176	1.670.681.023	364.547.153	2.591.682.053	43,99	36,11	56,01
2 PESSOAL (ATIVO E INATIVO)	3.994.328.879	4.329.850.312	1.953.583.467	1.601.402.254	352.181.213	2.376.266.845	45,12	36,99	54,88
3 AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA	2.333.938.580	296.979.917	81.644.703	69.278.769	12.365.940	215.335.208	27,49	23,33	72,51
4 FNS	11.891.769.093	13.297.367.404	6.248.099.562	4.895.660.998	1.352.348.564	7.049.357.842	46,99	36,82	53,01
5 COMBATE CARENCIAS NUTRICIONAIS	58.578.180	158.025.010	48.826.395	46.111.938	2.714.457	109.198.615	30,90	29,18	69,10
6 MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA	56.998.463	59.322.514	27.074.720	21.927.155	5.147.965	32.247.794	45,64	36,96	54,36
7 HOSPITAIS PRÓPRIOS	256.129.937	263.660.596	91.106.568	77.820.105	13.286.463	172.554.018	34,95	28,52	65,45
8 INCA	59.434.988	65.882.953	23.519.884	18.641.449	4.878.435	42.362.669	35,70	28,29	64,30
9 S.H.C.	192.171.000	195.711.691	85.263.947	85.000.000	1.353.947	109.357.744	44,12	43,43	55,88
10 PROMERAS SOCIAIS	165.608.080	182.143.144	54.613.950	54.613.950	0	127.529.194	29,98	29,98	70,02
11 COMUNICAÇÃO SOCIAL	41.851.097	16.500.000	9.506.164	8.849.508	696.656	6.950.035	57,87	53,63	42,39
12 SERV. PROC. DE DADOS - DATASIS	5.855.233	10.070.305	2.232.594	1.575.200	857.386	8.645.711	20,52	14,48	79,48
13 PROG. SANGUE E HEMODERIVADOS	15.824.389	42.782.593	330.000	0	330.000	42.452.593	0,77	0,00	99,23
14 ERRADICAÇÃO Aedes Aegypti	124.316.084	186.240.434	178.345.436	22.009.429	156.336.007	7.894.998	95,78	11,82	4,24
16 OUTROS PROGRAMAS	43.492.712	136.832.770	23.219.374	13.046.531	10.172.843	113.613.396	16,97	9,53	83,03
17 AÍDS / PROJETO NORDESTE II	53.109.686	48.300.000	23.980.954	11.245.618	12.735.336	24.319.046	49,85	23,28	50,35
18 ANI / SIA / SIS	7.614.424.853	8.119.415.721	4.335.442.722	3.419.517.989	915.924.733	3.793.572.999	53,40	42,12	46,60
19 PROJ. ASSISTENCIAL BÁSICO - PAB	1.722.008.080	1.779.527.345	737.634.469	667.800.663	69.833.886	1.041.692.876	41,45	37,53	58,55
20 PROG. AG. COM. SAÚDE - PACSPE	225.614.084	378.599.283	122.637.238	113.975.925	8.661.313	256.362.045	32,36	30,07	67,64
21 COORDENAÇÃO MATERNO-INFANTIL	1.864.479	3.974.985	347.018	226.618	120.400	3.627.967	8,73	5,70	91,27
22 VIGILÂNCIA SANITÁRIA	50.184.793	124.815.233	24.586.566	18.847.835	5.738.731	100.228.667	19,70	15,10	80,30
23 AGRS. DISTR. DE MEDICAMENTOS	350.765.514	375.416.520	85.478.495	69.499.687	16.018.798	289.938.025	22,77	18,50	77,23
24 AGRS. DISTR. MEDIC. DISTAIDS	218.946.594	315.677.535	219.102.496	151.276.276	67.826.188	96.575.079	69,41	47,92	30,59
25 PARTIC. OPS. INTERNACIONAIS	12.898.717	27.098.965	13.200.520	13.200.520	0	13.898.045	48,71	48,71	51,29
26 PREPAR. DE UNIDADES DO SUS / MS	132.927.457	169.362.307	14.312.021	878.155	13.433.864	155.050.286	8,45	0,52	91,55
27 PREPAR. DE UNID. DO SUS / REFORMA	159.155.387	144.931.202	20.888.991	4.522.386	24.376.605	116.002.211	19,94	3,12	80,06
28 AÍDIOS AO SERVIDOR	82.889.549	94.412.000	40.689.185	32.036.461	8.652.724	53.722.815	43,10	33,93	56,90
29 ASSIST. MÉDICA A SERVIDORES	73.268.156	80.250.000	31.636.599	31.452.293	184.296	48.613.411	39,42	39,19	60,58
30 EMENDAS PARLAMENTARES	137.868.540	270.647.000	12.582.000	4.628.000	7.964.000	258.065.000	4,85	1,71	95,35
31 FUNASA	987.662.140	1.504.382.214	374.929.183	259.663.484	115.265.699	1.129.453.831	24,92	17,26	75,08
32 MANUTENÇÃO UNIDADES OPERACIONAIS	62.173.326	87.030.210	15.044.523	9.895.582	5.178.941	71.985.687	17,29	11,34	82,71
33 MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA	67.890.883	76.969.393	25.080.258	14.015.713	11.074.545	51.879.135	32,60	18,21	67,40
34 INFRA-ESTRUTURA DE UNIDADES	1.477.726	9.312.922	37.333	37.333	0	9.274.889	0,40	0,40	99,60
35 VACINAS E VACINAÇÃO	172.818.080	192.727.288	134.374.351	95.873.291	38.501.060	98.352.937	69,72	49,75	30,28
36 ERRADICAÇÃO Aedes Aegypti	76.615.031	124.781.891	32.978.448	31.030.982	1.947.566	91.802.643	26,43	24,87	73,57
37 SISTEMA NAC. VIG. EM SAÚDE / VIGISA	0	24.000.000	500.000	0	500.000	23.499.500	2,09	0,00	97,91
38 CONTROLE DE ENDEMIAS	165.954.995	325.638.663	88.572.182	53.925.325	24.646.856	237.067.481	27,20	16,56	72,80
39 SANEAMENTO BÁSICO	142.633.573	264.550.436	11.935.710	5.400.002	6.535.788	252.614.726	4,51	2,04	95,49
40 OUTROS PROGRAMAS	79.808.246	89.598.279	12.786.012	6.809.044	5.977.768	76.771.867	14,28	7,60	85,72
41 AÍDIOS AO SERVIDOR	71.155.474	78.069.394	26.400.733	24.494.685	1.906.048	51.669.261	33,82	31,30	66,18
42 ASSISTÊNCIA MÉDICA A SERVIDORES	38.258.037	38.303.996	27.208.333	18.211.626	8.996.707	11.086.663	71,03	47,54	28,97
43 SENTENÇA JUDICIAL (COSTEIO)	0	10.474.844	0	0	0	10.474.844	0,00	0,00	100,00
44 EMENDAS PARLAMENTARES	109.684.849	182.964.998	0	0	0	182.964.998	0,00	0,00	100,00
45 FIDICRUZ	116.807.296	126.781.805	43.331.182	35.969.396	7.361.786	83.449.823	34,18	28,37	65,82
46 MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA	40.125.385	39.662.262	16.447.296	13.539.456	2.907.840	23.214.966	41,47	34,14	58,53
47 MANUT. UNIDADES OPERACIONAIS	8.896.527	9.687.780	4.546.326	3.992.116	954.210	5.141.454	46,93	37,08	53,07
48 INFRA-ESTRUTURA UNIDADES	12.797.981	22.153.300	1.647.067	986.498	650.569	20.506.233	7,43	4,50	92,57
49 PRODUÇÃO DE VACINAS	17.128.257	5.238.392	2.041.339	1.710.682	330.647	3.197.053	38,97	32,66	61,03
50 OUTROS PROGRAMAS	26.934.953	38.914.292	13.784.434	11.340.787	2.443.647	25.129.898	35,42	29,14	64,58
51 AÍDIOS AO SERVIDOR	5.241.620	6.075.923	2.371.744	2.298.400	73.344	3.704.179	39,04	37,83	60,96
52 ASSISTÊNCIA MÉDICA A SERVIDORES	4.145.080	3.949.056	2.482.976	2.491.447	1.529	1.456.080	63,13	63,09	36,87
53 EMENDAS PARLAMENTARES	1.537.653	1.100.000	0	0	0	1.100.000	0,00	0,00	100,00
MS TOTAL - EXCLUSIVE PESSOAL E DÍVIDA	12.955.438.529	14.928.538.623	6.666.269.927	5.191.293.878	1.474.975.049	8.262.260.696	44,65	34,77	55,23
MS - TOTAL GERAL	19.323.689.988	19.555.368.852	8.701.498.103	6.861.974.981	1.039.523.202	10.853.862.749	44,50	35,09	55,50

OBS: Nas colunas EMPENHADO e PAGO incluímos Destaques Concedidos.
Atualizado até 04/06/99.

Descentralização do DATASUS gera polêmica



Arnaldo Machado de Souza é o novo diretor do DATASUS, departamento vinculado a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, não mais pertencendo a Fundação Nacional de Saúde.

Convidado pelo CNS, Arnaldo discorreu sobre a proposta de descentralização do Datasus, que objetiva expandir a sua capacidade de informatização.

Arnaldo colocou alguns dos motivos que levaram a redefinição do papel do DATASUS, como a falta de expansão dos serviços prestados, “até a presente data, apenas 55 hospitais da rede pública foram efetivamente informatizados, além, da falta de integração e a diversidade dos sistemas de informação.”

A nova proposta é torná-lo um provedor de serviços de informação, respondendo a necessidades dos estados e municípios, ao invés de fornecedor federal de sistemas de informação. Apesar disso, irá manter a sua função de fornecer de estatísticas de saúde para o governo federal.

Segundo Arnaldo, este projeto de descentralização tornou-se público, quando o Secretário Executivo Barjas Negri, publicou a portaria que normatiza o credenciamento de empresas privadas para implantar os pro-

duto Datasus, habilitando-as a prestar serviços de administração hospitalar. Os produtos, SIGAB/Sistema de Gerenciamento da Unidade Ambulatorial Básica, HOSPUB/Sistema de Administração de Hospitais Públicos, CMC/Sistema Central de Marcação de Consulta e HEMOVIDA/Sistema de Hemocentro serão disseminados nas entidades públicas, federais, estaduais, municipais, entidades filantrópicas, e conveniadas ao SUS e nos hospitais, laboratórios e hemocentros.

Para empresas estatais e estaduais, credenciadas pelo SUS, estamos buscando incentivar parcerias e realizar convênios, explica Arnaldo. A política do governo é de transferir as suas ações ao setor privado, através do Datasus, que antes o ofertava, acarretando graves prejuízos. “A decisão de disponibilizar os produtos para qualquer um que queira utilizá-los, foi do Ministério. Após a descentralização, o Datasus voltará a atuar em sua função específica que é desenvolver sistemas”, finaliza.

Buscou-se seguir os parâmetros da Lei 8666 para a habilitação destas empresas, com publicação de edital que é voltado para empresa privada sem exclusão para as públicas, que consta de inscrição com apresentação de documentos necessários.

A análise será feita num prazo de quinze dias, por uma comissão designada pela Secretaria Executiva. O Datasus promoverá o treinamento destas empresas que, só serão habilitadas após comprovação de capacidade para exercer a função, quando lhe será conferido certificado, com validade de 24 meses. A operacionalização financeira será através de recursos próprios dos interessados ou de programas já existentes no MS como o Reforsus, como é o caso do Sistema HOSPUB. Os contratantes das empresas habilitadas deverão ser as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Responsabilidades do DATASUS – treinamento, dirimir as dúvidas, suporte ao contratante, fornecer documentação do software, fornecer o produto em meio magnético personalizado, definir os pontos de avaliação da empresa, definir os indicadores de empenho e desempenho da empresa.

Obrigações da Credenciada: arcar com a despesa do treinamento, desenvolver projetos para implantação, capacitar profissionais e usuários, submeter serviço ao Datasus, garantir suporte técnico por 12 meses, apresentar relatório de avaliação.

Moção do Conselho Nacional de Saúde

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, 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 técnicas são propriedades públicas;

3 – que a administração dos sistemas de informação em saúde, particularmente, dos sistemas de informação sobre situação de saúde 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 privatizante 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.

Impasse na implantação do cartão SUS

O Ministério da Saúde, desde meados de 98, vem desenvolvendo o projeto do "Cartão SUS" como é mais conhecido, um instrumento individual que trará informações básicas do usuário e servirá de ferramenta de gestão. Segundo o coordenador Benedito Nicotério Filho, "o projeto visa superar as dificuldades encontradas hoje no fluxo de informações, como o levantamento de informações gerenciais, a estrutura não informatizada, o padrão tecnológico superado e a fragilidade da individualização da informação."

Todavia, não se pode pensar que o cartão, verdadeira alavanca operacional para demonstrar as iniquidade do sistema de saúde, fará seu papel automaticamente. O conteúdo das informações de saúde a serem integradas pelo Cartão SUS é uma questão da maior importância para o futuro do sistema de saúde. Sem mudança

no conceito poderia servir apenas para discutir finanças e não saúde.

DENÚNCIA

Jocélio Drumond, representante da CUT no Conselho, lembrou que a proposta do Cartão Nacional da Saúde foi aprovada e referendada na 10ª Conferência Nacional de Saúde. Mas, colocou em plenário da sua preocupação quanto a denúncia que chegava às suas mãos, da Sociedade Brasileira de Informação e Saúde, presidida por Beatriz de Faria Leão.

O seu teor, tratava da mudança de tecnologia do Cartão, antes simples e barata, com base no código de barra, levando em conta a rica e variada experiência acumulada de informação de saúde nos municípios, estados e no Ministério da Saúde (DATASUS), com participação efetiva na sua formulação e implementação.

Agora, a implantação é de um modelo mais centralizador e de custo mais alto. Para tanto, revogou-se a portaria de fevereiro de 98, publicando em novembro do mesmo ano, nova portaria seguida de licitação internacional marcada para março de 1999 que, segundo a denúncia, desmancha a estrutura que já existe de informação em saúde no País; privilegia a compra de equipamentos de *point of sale* para a leitura do cartão; estabelece

um sistema de informações nos modelos de seguros privados para autorizar o atendimento e estabelece uma infra-estrutura baseada em rede discada, concentradores, etc, conversando em protocolos não abertos.

O CNS deliberou a recomendação nº 003/99 e a composição de Grupo de Trabalho, composto pelos conselheiros Olympio Távora, Artur Custódio, Mozart de Abreu e Gilson Cantarino, para investigação da denúncia.

RECOMENDAÇÃO Nº 003/99 considerando:

- a existência das conclusões contidas no Relatório do Grupo de Trabalho do Cartão SUS, constituído pela PT 1.509/GM de 09 de outubro de 1997, que contou com a participação do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS;
- a Declaração Conjunta do Ministério da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde, de 02 de março de 1999, em seu item 22, letra "o"; e
- o Ministério da Saúde ter divulgado edital de Concorrência Internacional nº 001/99 – Projeto Cartão Nacional de Saúde, que não atende ao proposto no referido Relatório do GT (PT 1.509/GM).

RECOMENDA AO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

1. A adoção do constante no Relatório do GT do Cartão SUS (PT 1.509/GM/97) que recomenda:
 - a) cartão simples com utilização de código de barras que identifique o cidadão junto aos serviços de saúde;
 - b) cadastramento pelos serviços locais de saúde, realizado com a aplicação de Ficha Cadastral Mínima comum em todo território nacional, constituindo o Cadastro de toda a popula-

ção do município, a partir de censo populacional municipal;

c) utilização de computadores nas unidades de saúde; e

d) interligação via INTERNET dos 5.507 municípios, as unidades federais e o Ministério da Saúde.

2. A utilização do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) apenas como a chave de acesso ao banco de dados de usuários SUS e às bases dos demais Sistemas de Informações em Saúde existentes, compatibilizando-os e fortalecendo-os, garantindo sua completa preservação, constituindo assim a base do Sistema Nacional de Informações em Saúde. Nenhuma variável dos SIS existentes deverá ser processada em paralelo pelo aplicativo de processamento do Cartão Nacional de Saúde, evitando-se gasto desnecessário.

3. A abertura de processo de discussão conjunta (MS, CONASS e CONASEMS) sobre os critérios e as especificações que orientem a operacionalização do Projeto do Cartão, o que inclui a revisão do edital de Concorrência Internacional nº 001/99 e da PT 219/99.

4. A articulação de todo o Projeto do Cartão com os processos em andamento da RIPSA e da RNIS.

5. A consideração do posicionamento final do CNS após os resultados do seu Grupo de Trabalho do Cartão SUS do CNS.

VANTAGENS

Para o paciente:

- Cadastramento do usuário no sistema;
- identificação imediata e acesso a uma base de cadastro integrada pelas unidades de saúde;
- facilidade no atendimento e encaminhamento;

Para a gestão:

- desenvolvimento da câmara de compensação financeira entre os municípios;
- integração entre os diferentes sistemas nacionais de informações de saúde;
- criação de filtros de crítica, inibindo ou impedindo procedimentos incompatíveis.

Para a Vigilância Epidemiológica:

- automação das notificações

compulsórias de doenças;

- criação de uma base consolidada de dados;
- alimentação descentralizada dos dados pelas unidades de saúde e individualizados pelo Cartão;
- agilidade na disponibilidade da informação gerencial;
- facilidade da identificação das necessidades das ações preventivas em saúde coletiva;

RECURSOS

Grande parte do projeto é financiada pelo Reforsus. A primeira etapa, voltada para 13 milhões de habitantes, já está com o dinheiro comprometido e aprovado.

Caberá ao Ministério da Saúde a compra do equipamento, dos cartões, e treinamento de pessoal.

520 Conselheiros debatem em Brasília

A VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, realizada em Brasília, nos dias 18 e 19 de maio, contou com a participação de quase 520 representantes de 24 Estados e do Distrito Federal, 166 municípios. Somente não se fizeram representar os Estados do Amapá e de Roraima. Essa participação expressiva de conselheiros, superando as expectativas iniciais, fez com que o Auditorio Emílio Ribas, onde estava previsto o encontro, fosse insuficiente para abrigar os participantes, tornando necessária a transferência da Plenária para o Teatro dos Bancários.

Na programação do encontro, cuja abertura contou com a participação do Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde, Aloisio Mercadante, foram

discutidos: a conjuntura nacional em função da saúde; o orçamento da saúde; a capacitação de conselheiros; a comunicação e o controle social; e as competências dos Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores e as Secretarias de Saúde. Além disso, foram eleitos e empossados os novos representantes regionais na coordenação das Plenárias Nacionais de Conselhos.

O relatório final da VII Plenária apresenta diversas recomendações e moções sobre as questões aprofundadas nas discussões, bem como outras de extrema atualidade na organização do SUS e no controle social.

Denúncias sobre irregularidades e insuficiências no funcionamento dos Conselhos de Saúde, incluindo

o Conselho Estadual de Saúde do Espírito Santo, dão amostras da vigilância das entidades da sociedade civil sobre o processo de implantação do SUS. Quanto ao controle social, os conselheiros participantes da Plenária elaboraram recomendações sobre a criação de conselhos gestores nas unidades de saúde, e conselhos regionais, bem como propuseram fluxos e ações para o fortalecimento da participação da sociedade nas definições sobre as políticas e no acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Em relação ao tema da organização e funcionamento dos serviços públicos de saúde, as moções e recomendações da Plenária reforçam as diretrizes de gestão descentrali-

zada e integralidade da atenção definidas legalmente, denunciando e acompanhando os municípios e estados em que a orientação programática dos gestores não aponta nessa direção.

De outra parte, diversos gestores municipais e estaduais tiveram suas ações de fortalecimento do SUS apontadas e reconhecidas pelos conselheiros participantes.

E, finalmente, considerando a determinação legal de realizar Conferências de Saúde a cada quatro anos, os Conselheiros participantes da VII Plenária recomendaram ao Conselho Nacional de Saúde o desencadeamento do processo da 11ª Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada no segundo semestre do próximo ano.

CNS revê processos de abertura de novos cursos na área da saúde

Em 98, num acordo entre a Sesu/MEC e o CNS, foi com posto um grupo bilateral para elaborar parecer sobre os novos cursos de saúde (medicina, psicologia e odontologia) a serem instalados no país. Os integrantes do Comissão do CNS analisariam sob a ótica das necessidades sociais dos novos cursos de medicina, psicologia e odontologia, segundo critérios definidos pelo CNS no início de 1997. Os do MEC veriam o preenchimento de qualidade técnica, além de dar parecer nos mais de 500 processos acumulados. Por problemas operacionais, este grupo não obteve o funcionamento desejável durante o ano, apesar de haver conseguido reduzir o número de processos acumulados.

Para o conselheiro Antônio Celso Nunes Nassif, Presidente da Associação

Médica Brasileira/AMB, o que liquidou a atuação deste grupo, foi a lei 2306, que regulamenta as disposições apenas para o sistema federal de ensino, deixando descoberto estados e municípios. Assim, "apesar do Conselho Nacional de Educação negar a abertura de novas escolas, como é o caso do estado de Santa Catarina que no momento bate o recorde, elas entram em funcionamento pois não há lei estadual que as proíba de abrir as portas, mesmo sem necessidade e sem garantia de qualidade" indigna-se Nassif.

Como presidente da AMB, Nassif oficiou ao Ministério da Educação solicitando correção em tempo hábil, estendendo a regulamentação para todo o sistema nacional de ensino. Mais indignado ficou com a resposta obtida, admitindo impotência de ação

já que segundo a lei de diretrizes e bases da educação nacional, a competência da União está expressamente limitada ao sistema federal de ensino superior.

Cabe à União promover a avaliação do ensino em toda a área federal, sem ingerência nos estados e municípios. Enquanto isto mais de 9000 médicos saem por ano das mais de 94 escolas médicas no país, a busca de mercado de trabalho.

O Conselheiro William Saad Hossne, lembra que duas escolas médicas tiveram sua abertura negada no CNS e mesmo assim foram criadas.

A lei 1999, obriga a fazer reconhecimento periódicos destes cursos. Iniciativa da comissão do Conselho, diz Saad, que visitou as 75 escolas, e entregou relatório a SESU. Apesar de conclusões preocupantes,

como, a inversão na distribuição dos profissionais de saúde, o preconizado pela OMS é de 8 enfermeiras para cada médico, hoje temos 32 médicos para cada enfermeira, até o momento não se obteve nenhum retorno por parte do SESU.

O Conselho dispôs em plenário, que a totalidade dos novos processos sejam encaminhados a Secretaria Executiva, que a partir de uma Comissão composta por representantes do MEC, MS, AMB, CNC e entidades nacionais de outros profissionais da área de saúde atualizará os dados existentes para deliberação do Plenário do CNS. Em paralelo, será realizado por um conjunto de conselheiros a atualização do documento básico e revisão da portaria pelo MEC e, por fim, a realização de uma oficina de trabalho.

Senador alerta riscos contra a consolidação do SUS

O senador Lúcio Alcântara (PSDB-CE), parlamentar com 28 anos de combate em defesa da saúde pública e um dos mais compromissados com a Reforma Sanitária no Brasil, acaba de declarar no trabalho "O SUS na Agenda Política Brasileira", apresentado no III Encontro de Secretários Municipais de Saúde da Região Nordeste, realizado em Fortaleza na última semana de maio, que se vive, como poucas vezes, um momento delicado na sobrevivência dos ideais e das esperanças da Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo que identifica os riscos no percurso da consolidação do SUS, acredita que é preciso mobilizar forças para resistir e avançar sob o lema emblemático de que "É preciso ter a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei".

Segundo as conclusões do parlamentar:

AS DIFICULDADES

"A crise do Estado e o ajuste fiscal tiram recursos já insuficientes e sufocam os serviços de saúde. A Reforma da Previdência jogou a pá de cal que faltava no conceito de Seguridade Social e no sistema tecido na Constituição de 88 para o seu fi-

nanciamento. As organizações populares estão desmobilizadas. Os trabalhadores de saúde cansados e desestimulados.

As instâncias de controle social manipuladas e os novos profissionais de saúde que a academia põe no mercado estão, a cada ano, menos preparados."

O DESFINANCIAMENTO

"Outro objetivo essencial é a reversão do quadro de desfinanciamento do setor. As despesas com saúde cresceram, nos últimos quatro anos, apenas 1,2%, não podendo os gastos do setor serem responsabilizados pelo déficit público. Isso, no entanto, não evitou que, mais uma vez, as dotações orçamentárias do Ministério da Saúde sofressem drásticos cortes, conforme palavras dos próprios técnicos do Ministério da Saúde."

O REPASSE

"É preciso encontrar e testar soluções que permitam contornar os inconvenientes das chamadas transferências negociadas, dependentes da celebração de convênios, historicamente feitas sem critérios transparentes, favorecedoras de práticas



A DEFESA

casuistas e clientelistas e, principalmente, mantenedoras da situação de dependência de Estados e Municípios do Governo Federal, transformando assim, em verdadeiro tutor das políticas e da atuação em saúde dos estados e Municípios."

"A defesa intransigente dos princípios que fundamentam o SUS se faz necessária em todas as instâncias, mas em especial junto aos legislativos, contrapondo-se às propostas que visam a reduzir os avanços sociais conquistados."

O SUS e os hospitais universitários

Sérgio Magarão, Representante do MEC no Conselho Nacional de Saúde

É fácil constatar que no Brasil os hospitais se tornaram o pólo principal do sistema de saúde. Isso é o resultado do desenvolvimento desordenado, não planejado, do sistema de saúde ao longo de muitas décadas, em que não foram levados em conta valores nacionais e regionais dos pontos de vista econômico, cultural e social, e muito menos indicadores epidemiológicos quanto aos nossos principais problemas de saúde. Esta é a situação dos Hospitais Universitários de Ensino, que ainda enfrentam circunstância agravantes neste quadro.

A noção e a prática do hospital como centro de gravidade para o atendimento de qualquer demanda da população ainda persistem na maior parte do país, mesmo quando o próprio Sistema Único de Saúde – implantado em 1990 – preconiza que:

1. Municípios e Estados devem assumir a assistência de saúde da população – de modo descentralizado e regionalizado

2. Que a rede primária, os hospitais gerais e os hospitais universitários (quando existentes na região) sejam organizados de modo a tender aos pacientes obedecendo a uma hierarquia em termos da complexidade de assistência. O Sistema para funcionar com acerto, deve ter como porta de entrada a rede primária ou básica de saúde. Os pacientes, quando necessário, devem ser encaminhados aos hospitais gerais ou universitários que, após atendê-los, os mandariam de volta à origem para continuidade e controle (a chamada contra-referência). Este sistema, portanto, valoriza e enfatiza a atenção básica ou primária da saúde da população. Mais claramente ainda, os hospitais só devem receber para atendimento aqueles pacientes para os quais não se contam com outras alternativas na rede. Mas não é o que acontece ainda.

Desde 1978 – com a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata, na URSS – vem sendo enfatizada, em âmbito mundial, a importância do cuidado primário de saúde. Na Declaração de Alma-Ata consagrou-se a noção de que a atenção primária de saúde era a chave para alcançar a saúde de todos. No ano seguinte, a 32ª Assembléia da OMS aprovou a Declaração considerando que praticamente a metade da população mundial estava absolutamente desassistida, com centenas de milhões de pes-

soas à margem dos serviços de saúde. A meta lançada naquele momento foi “Saúde para todos no ano 2000”, visando especialmente aos países subdesenvolvidos.

Em 1985, o comitê de especialistas da OMS se reuniu em Genebra, debruçados sobre o mesmo assunto.

o Sistema Único de Saúde deve ser reafirmado como solução para o problema de saúde no Brasil

Os especialistas concluíram que “os hospitais e a atenção na comunidades devem ser interdependentes a fim de reduzir ao mínimo o emprego desnecessário do hospital. A menos que os hospitais assim o reconheçam e estendam suas ações a toda a rede de serviços da comunidade, se tornarão isolados e insuportavelmente onerosos”.

Em torno de oito anos depois da implantação do SUS, a descentralização dos serviços de saúde para Estados e Municípios é um fato incontestável: participam do Sistema 94% dos municípios e todos os estados. Os recursos repassados em 1999 pelo Governo federal passam de onze bilhões de reais e, só para a atenção básica prestada pelos municípios, são dois bilhões e meio de reais. O caminho do SUS, previamente estabelecido e melhorado ao longo dos anos, está sendo cumprido com eficiência. Muito foi e muito há para se fazer. A descentralização dos serviços precisa ser mantida como prioridade, sendo imperioso que o Ministério e os demais gestores atendam a essa filosofia básica do SUS, permitindo (e estimulando) que cada vez mais os Estados e Municípios respondam pelos serviços de saúde em suas áreas de abrangência. Modelos de avaliação precisam ser discutidos, pactuados e implantados. O Controle Social, através dos Conselheiros de Saúde, deve ser visto como ação fundamental e indispensável no atendimento às demandas da população.

No topo da pirâmide da hierarquia de atendimento está o Hospital Universitário. Desejando saber como os Hospitais Universitários de Ensino/HUE, estavam participando do SUS, e qual era o grau de comprometimen-

to como o Sistema de Saúde, o Conselho Nacional de Saúde realizou nos dias 14 e 15 de abril último, uma oficina de trabalho. Debateram o assunto as mais representativas instituições da área de saúde e do ensino, tais como, o Ministério da Saúde, o MEC, a Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Universitárias, o Conselho Nacional de Educação, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O resultado desta oficina está num documento básico que

mostra com clareza que, lamentavelmente, os Hospitais Universitários e os de Ensino, em sua grande maioria, não estão trabalhando de forma integrada com o SUS.

Continuam com suas portas abertas, recebendo para atendimento a demanda espontânea, como se não existisse um sistema de saúde com o qual devessem se integrar, em cada região e que deve apoiá-lo como forma imprescindível da melhoria da

É importante que o modelo atual seja transformado num modelo pactuado, baseado em metas a serem atingidas

qualidade de todo o conjunto.

A conclusão é de que o Sistema Único de Saúde deve ser reafirmado como solução para o problema de saúde no Brasil e que é premente a necessidade dos HUE participarem da elaboração das políticas local e regional de saúde, através de pactuação, principalmente com os gestores públicos, nas comissões Bipartite, Tripartite e Conselhos de Saúde. Repetindo: é fundamental que os HUE considerem a rede básica como porta de entrada do Sistema de Saúde e disponibilizem suas consultas clínicas e cirúrgicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, facilitando o acesso da rede básica aos HUE.

Uma proposta como a do SUS impõe sérios desafios à Universidade, que não pode ignorar, em sua função básica de formadora de recursos humanos e de pesquisa, a existência de um sistema de saúde extenso, rico, complexo e resolutivo, importantíssimo no campo de aprendizagem,

treinamento e pesquisa, em relação aos serviços primários e secundários de saúde. Embora o documento não trate especificamente do tema financiamento, ficou claro que os HUE, com atribuições variadas, desde as que lhe são específicas, como a atenção ao nível terciário e atendimento de alta complexidade, formação de recursos humanos e pesquisa, além das de apoio aos níveis primário e secundário, precisam de recursos de manutenção e de investimentos proporcionais à suas atribuições de pólos de excelência, que os permita atuarem como verdadeiras cabeças dos sistemas regional e local. Em termos de recursos para manutenção e financiamento dos HUE, é urgente que se mude o modelo vigente, baseado na prestação de serviços na forma de procedimentos, habitualmente com valores abaixo dos seus custos reais, insuficientes sequer para a manutenção institucional.

É importante que o modelo atual seja transformado num modelo pactuado, baseado em metas a serem atingidas e compromissos quanto à utilização plena da capacidade instalada do HUE. Tudo isso apoiado em um modelo de avaliação institucional, em função das respostas às demandas da sociedade. O documento, encaminhado imediatamente ao CNS, ainda situa os HUE como centros de capacitação e educação conti-

nuada para os profissionais da rede primária e secundária, com enfoque interdisciplinar através de cursos, seminários, oficinas e estágios organizados, atividade que não vem sendo realizada pela maioria esmagadora dos HUE. E ainda enfatiza a necessidade de apoio ao SUS por parte do MEC, do Ministério da Saúde e do Ministério da Ciência e Tecnologia.

O CNS parte agora para o estabelecimento de diretrizes para aplicação imediata das conclusões. Mas aqui no Rio, o Secretário de Estado de Saúde já acolheu a proposta da realização o mais rápido possível de uma reunião envolvendo as Secretarias Municipais do Rio e de Niterói e os diretores dos quatro grandes Hospitais Universitários do Rio (Gaffrée e Guinle, Uni-Rio, Pedro Ernesto/UERJ, Antônio Pedro/UFRJ e Clementino Fraga/UFRJ), a fim de partir imediatamente para uma análise detalhada da integração dos HUE com a rede básica no Estado e nos municípios do Rio e Niterói.

Tripartite e bipartites: exemplo de modernização da gestão e da reforma do Estado

A história da Comissão Intergestora Tripartite começa muito antes da criação do Conselho, surge da articulação das três esferas de governo, municipal, estadual e federal.

Entre os anos de 1983 a 1990, dois convênios foram assinados entre o governo federal com estados e municípios, as Ações Integradas de Saúde e o SUDS. Época em que cresce, ano a ano, a pressão dos municípios e estados junto ao poder federal, no sentido de poder compartilhar a utilização dos recursos federais que estavam sendo repassados. Apesar dos recursos financeiros estarem vinculados diretamente a compra de serviços, isto é, produto de uma venda, os estados e municípios reivindicavam o compartilhamento com o governo federal não só dos gastos mais também das responsabilidades de gestão.

O Governo Federal se opunha com grande resistência a ter qualquer tipo de pacto com os estados, representados pelo CONASS, e mais no final da década, o CONASEMS representando os municípios.

Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080, na década de 1990, as esferas de governo passaram de compra e venda para uma participação com parâmetros de igualdade.

Ao mesmo tempo, CONASS e CONASEMS, já sediados no prédio do Ministério, pressionavam de forma mais próxima e informada, aliando-se com técnicos e dirigentes dos primeiros escalões, numa articulação direta com o governo para implementar a discussão da partilha dos recur-

sos e das responsabilidades.

Apesar da proibição do Ministro da Saúde, a época, de qualquer contato que pudesse ter como consequência a divisão de poder e/ou interesses com a esfera federal, surge um primeiro documento elaborado pelo CONASS e CONASEMS e técnicos do Ministério da Saúde, esboçando como conteúdo a linha de interação das três esferas de governo.

Em abril de 1991, o presidente do CONASEMS traz para o CNS uma proposta de resolução que é aprovada em plenário, e serve como força de pressão para o Ministro reconhecer a necessidade de interagir com estados e municípios. Assim, é publicada uma portaria ministerial instituindo uma Comissão de representantes do MS, CONASS e CONASEMS para elaborar tais propostas, o que nunca aconteceu de fato. No final daquele ano, surge outro documento, exercendo nova pressão, quando é publica uma segunda portaria, já designando nomes para representar as três esferas de governo na citada comissão.

Mais uma vez, jamais foi convocada.

Em paralelo, cresce dentro do Ministério o número de técnicos e dirigentes favoráveis a este entendimento das três esferas de governo. Com a divulgação da Norma Operacional Básica 91, aumenta o grau de influência sobre esta situação e, posteriormente, a NOB 92 já é discutida quase que abertamente com o CONASS e CONASEMS.

Em 92, com a mudança de Ministro reascendeu-se as esperanças



Matéria discutida e aprovada pelo Plenário do CNS em março de 1999

do tão esperado entendimento, surgindo um terceiro e quarto documentos pela primeira vez traz estampado o rótulo de Tripartite, porém, por motivos desconhecidos, o primeiro escalão não o fez chegar as mãos do Ministro. Nova portaria é publicada, designando outros nomes das três esferas de Governo para formar a comissão de elaboração de propostas e, pela quarta vez não é convocada para se reunir.

Surge então, como forma de pressão, um quinto documento oriundo de uma reunião informal dos integrantes desta comissão.

Em 1993, toma posse novo Ministro da Saúde e, seu primeiro escalão incorpora as propostas dos referidos documentos, convocando oficialmente pela primeira vez o CONASS e CONASEMS.

As três instituições, finalmente, sentam, discutem e produzem um paper histórico "A descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a

lei", que é levado ao CNS e por ele referendado, gerando a seguir a histórica NOB 93.

A NOB 93 é o primeiro documento oficial que cria a Tripartite, as Bipartites, as condições de gestão dos municípios, dos estados e disciplina a descentralização através de um processo que vem até os dias de hoje.

E, somente agora, na gestão do Ministro José Serra, discutiu-se uma nova proposta de estrutura orgânica do Ministério que reconheça oficialmente pelo Governo Federal, a Comissão Intergestora Tripartite, esta grande inovação e modernização da gestão.

A Comissão Intergestora Tripartite (CIT) não é por isso, Comissão do CNS, nem as Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) são Comissões dos Conselhos Estaduais. Mas são a própria gestão, vista através da suas face "intergestores", face esta necessariamente dinâmica, de construção permanente, de pactuações e re-pactuações entre os três níveis de direção única do SUS.

CNS recomenda retomada da interlocução da Comissão Tripartite

O plenário do CNS aprovou, em sua reunião ordinária de junho, recomendação no sentido de que o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS aprofundem, conjuntamente, o processo de parceria e pactuação permanente das três esfe-

ras de gestão do SUS.

Esta decisão reflete uma preocupação apresentada com o impasse e adiamento das reuniões da Comissão Intergestora Tripartite.

Aponta, ainda, que o momento é propício para o acla-

ramento dos papéis das três esferas de governo, tendo-se como parâmetro o fiel cumprimento das diretrizes legais da Universalidade, Equidade, Integralidade, descentralização e a participação.

Estas preocupações fazem

parte da recomendação nº 002/99, que reconhece a Comissão Tripartite como um mecanismo moderno e avançado de gestão pública, portanto imprescindível que seja retomada o mais breve essa interlocução.