



1
2
3
4
5 MINISTÉRIO DA SAÚDE
6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
7

8 **ATA DA CENTÉSIMA VIGÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS**
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55

ABERTURA: Aos sete e oito dias do mês de agosto de dois mil e dois, na sala de reunião **Conselheiro Omilton Visconde**, do Conselho Nacional de Saúde, realizou-se a Centésima Vigésima Segunda Reunião Ordinária do CNS. **ITEM 01 – ABERTURA, ATA E INFORMES: APROVAÇÃO DA ATA** – Transferida a aprovação das Atas da 120^a e da 121^a Reuniões Ordinárias para a Reunião Ordinária de setembro de 2002. **I – INFORMES:** Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que: **a)** a apresentação do Item 05 da Pauta: Revisão da Resolução CNS nº 33/92 fora adiada para 123^a Reunião Ordinária; **b)** encontrava-se na pasta dos Conselheiros a versão de 16 de julho do documento “*O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação de seus Princípios e Diretrizes*” bem como uma nova versão do documento em que o Conselheiro **Sérgio Francisco Piola**, Coordenador do Grupo de Trabalho, incorporara as contribuições recebidas após a data e fizera uma revisão redacional; **c)** os pedidos de vistas, especialmente, sobre a questão da Educação Tecnológica entrariam na pauta no primeiro ou no segundo dia de reunião de setembro de 2002, esclarecendo que não constava na pauta desta reunião, devido a uma falha da Secretaria Executiva.

INFORMES ENCAMINHADOS POR ESCRITO PARA APRECIAÇÃO DO COLEGIADO: **I. Associação Brasileira de Enfermagem – ABEN** – A Associação Brasileira de Enfermagem encaminhou para apreciação do Conselho Nacional de Saúde cópia da Moção de Repúdio ao Projeto de Lei nº 25/02 que regulamenta o Ato Médico e Recomendação, sugerindo que: tendo em vista os considerandos contidos na Moção de Repúdio ao Projeto de Lei nº 25/02, os participantes do 6º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação e Enfermagem – SENADEn recomendam ao Conselho Nacional de Saúde a avaliação do referido tema, com a devida urgência, a fim de apresentar à sociedade e ao Congresso Brasileiro o seu posicionamento. **II. Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição – CIAN:** a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição encaminhou, para apreciação do CNS, Proposta Preliminar do Programa do Seminário Segurança Alimentar – *Uma Tarefa de Todos*, a ser realizado em Recife, de 16 a 18 de outubro de 2002. **III. Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH:** A Comissão Intersetorial de Recursos Humanos encaminhou ao Plenário os seguintes informes: **I.** Audiência Conjunta do CNS com o Presidente do CNE, Prof. **José Carlos de Almeida**, realizada no dia 17 de julho de 2002, dando continuidade as articulações do CNS e CNE, com os seguintes resultados: **a)** discussão de agenda com conteúdo comum dos dois Conselhos e idéias e propósitos a respeito da atual proposta de Educação Tecnológica; **b)** acertada a participação do CNS na Audiência Pública *Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Tecnológico do CNE*, nos dia 1º de agosto de 2002, em Brasília; **c)** apresentação de temas para a proposta de agenda conjunta, aprovada na Reunião Ordinária de 03 e 04 de julho de 2002, Brasília-DF. **III. Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI:** Apresentou informe relativo a reunião intersetorial, realizada dia 05 de julho de 2002, sobre Alimentação Auto-Sustentável e Articulação Intersetorial em Terras Indígenas com objetivo de desenvolver propostas concretas de fomento às atividades de segurança alimentar para a melhoria da população indígena. Nesse sentido, apresentou as seguintes propostas decorrentes da reunião: **a)** organização de documento para discussão com uma proposta de Programa de Agricultura Familiar Indígena e debate do tema com as organizações indígenas em Seminários específicos, com apoio do PRONAF; **b)** organizar proposta preliminar de Bolsa-Alimentação adaptada para populações indígenas, considerando a sua operacionalização e controle social a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; **c)** articular iniciativas envolvendo MEC e Secretarias de Educação. **III. Conferência Nacional de Bispos do Brasil – CNBB:** Conselheira **Zilda Arns Neumann** informou que a Pastoral da Criança elaborara o documento “*Convocação aos candidatos das Eleições 2002 para a construção de uma cultura de paz e uma sociedade justa e fraterna*” que apresenta 25 propostas nas áreas da saúde, educação, meio ambiente, segurança alimentar e assistência social que seria encaminhado para todas as 6.648 equipes de coordenação da Pastoral da Criança, presentes em 3.555 municípios brasileiros. **IV.** Foi submetida à apreciação do CNS a Resolução nº 317, de 09 de maio de 2002, homologada pelo Doutor **Barjas Negri**, Ministro da Saúde. **ITEM 02 – REGULAMENTAÇÃO DA RESOLUÇÃO CNS Nº 292/99 –**

56 Conselheiro **William Saad Hossne**, justificou, primeiramente, que seria feita uma explanação do que
57 era a Resolução a fim de que o Colegiado compreendesse a regulamentação que seria proposta.
58 Começou explicando que no dia 9 de novembro de 1995 o Conselho Nacional de Saúde criara um
59 Grupo de Trabalho, de natureza bioética, com objetivo de elaborar uma Norma Sobre Diretrizes Éticas
60 na Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Em seguida, declarou que o GT ouviu todos os segmentos
61 da sociedade e através de dados do Ministério da Saúde, Ministério da Ciência e Tecnologia e
62 Ministério da Educação foi feito um mapeamento das Entidades ou pessoas que queriam colaborar na
63 formulação da Norma. Tal fato representou um grande avanço, pois foi a primeira vez em que a
64 sociedade inteira foi ouvida para elaboração de uma Norma. Disse que, ao nomear a Comissão para
65 elaborar as Normas, o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu que certas áreas chamadas
66 temáticas, devido a sua complexidade e pelo fato de estarem iniciando pesquisa no país, deveriam ter
67 um tratamento especial, sendo elas: **a)** pesquisas com novos medicamentos, novas vacinas e novas
68 drogas; **b)** pesquisas com cooperação estrangeira; **c)** pesquisas com população indígena; **d)**
69 pesquisas com reprodução humana; **e)** pesquisas com genética; **f)** pesquisas que envolvessem
70 biossegurança e novos equipamentos de dispositivos. Nesse sentido, esclareceu que fora elaborada a
71 Resolução CNS nº 196/96 que regulamenta hoje, no Brasil, a Ética na Pesquisa Envolvendo Seres
72 Humanos em qualquer área do saber. Completou esclarecendo que o CNS manteve, segundo o
73 Conselheiro acertadamente, as chamadas áreas temáticas na Resolução, determinando que as
74 mesmas deveriam ter aprovação não só do Comitê de Ética de Pesquisa da Instituição onde a
75 pesquisa era feita, mas também, deveriam ter aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.
76 Explicou que a determinação do CNS possuía duas finalidades principais: **a)** dar oportunidade à
77 Comissão Nacional de, ao receber os projetos dessas áreas de todo os Comitês do país, acumular
78 experiência para fazer Resoluções complementares; **b)** estabelecer uma dinâmica melhor para
79 atuação nesses projetos. Prosseguiu destacando que em 1997, a Comissão Nacional de Ética em
80 Pesquisa – CONEP, com base nas experiências elaborou a Resolução Complementar CNS nº 251/97
81 para a área de novos fármacos, medicamentos e vacinas que fora aprovada pelo CNS. Explicou que,
82 em seguida, fora elaborada a Resolução Complementar CNS nº 292/99 que estabelece as normas
83 sobre pesquisa com cooperação estrangeira. Completou que o CNS tinha aprovadas Resoluções
84 sobre população indígena e reprodução humana, restando Resoluções Complementares sobre as
85 outras áreas. No que se refere à pesquisa que envolve biossegurança, declarou que não havia
86 preocupação em redigir uma Resolução Complementar, pois havia atuação com a Comissão Técnica
87 Nacional de Biossegurança – CTNBio. Falou também da possibilidade de formular uma Resolução
88 sobre Novos Equipamentos Médicos Odontológicos Hospitalares, justificando que a questão envolvia
89 patentes e que a CONEP, juntamente com o Mercosul estariam tentando elaborar uma norma para a
90 questão. Declarou que o desafio da CONEP era o trabalho com a Resolução sobre pesquisa com
91 genética humana e que futuramente seria apresentada uma proposta sobre o assunto para o CNS.
92 Destacou que, entre 1997 e 2001, houve um aumento no número de projetos acompanhados pela
93 CONEP, principalmente de projetos de cooperação estrangeira. Justificou que os Projetos de
94 cooperação estrangeira, para serem aprovados, teriam de passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa e
95 pela Comissão Nacional. Em seguida, apresentou proposta de regulamentação em que alguns projetos
96 não precisariam da aprovação da CONEP a fim de dinamizar o processo. Justificou a proposta de
97 regulamentação destacando que na pesquisa clínica, que é a grande parte dos Projetos com
98 Cooperação Estrangeira da Indústria Farmacêutica, para que um produto pudesse ser comercializado
99 seria necessária investigação da chamada “pré-clínica”. E completou explicando que, segundo as
100 Resoluções CNS nºs 251, 292 e 196, a fase pré-clínica teria de ser ampla e que o Brasil era o único
101 país que exigia que a pesquisa fosse feita em pelo menos três espécies de animais diferentes.
102 Prosseguiu destacando que, superada a fase pré-clínica passava-se à fase clínica com as seguintes
103 etapas: **a)** fase I: estudo da segurança e do perfil da substância; **b)** fase II: verificação da segurança,
104 eficácia e tolerabilidade; **c)** fase III: testes nas pessoas as quais se destina o medicamento; **d)** fase IV:
105 pesquisa após comercialização. Enfim, explicou que a proposta de regulamentação da Resolução CNS
106 nº 292/99 que define a área temática específica de pesquisas com cooperação sugeria que, dadas as
107 características e complexidades envolvidas, os seguintes projetos de cooperação estrangeira
108 continuariam dependentes da aprovação da CONEP: **a)** fases I e II; **b)** grupo comparativo de sujeitos
109 de pesquisa mantidos, durante qualquer período, em regime exclusivo de placebo e ou mesmo sem
110 tratamento específico, incluindo período de wash-out; **c)** armazenamento (e ou formação de banco) de
111 material biológico; **d)** medicamento para HIV/AIDS. Os demais projetos desta área temática não
112 necessitariam de aprovação da CONEP, ficando tal responsabilidade delegada ao CEP. Propôs, ainda,
113 medidas como salvaguarda para o processo de delegação ética: **a)** não seriam autorizados todos os
114 Conselhos de Ética em Pesquisa; **b)** a implantação do Sistema Nacional de Informação Sobre Projetos
115 de Pesquisa em Seres Humanos; **c)** envio de cópia do Parecer de aprovação de determinado projeto

116 aprovado pelo Comitê e um relatório trimestral sobre o andamento do projeto. Falou, ainda, do *Manual*
117 *Operacional dos Comitês de Ética em Pesquisa* a fim de capacitar os membros dos Comitês. Em
118 seguida, falou do andamento do processo de elaboração de “cartilha” sobre os direitos do sujeito da
119 pesquisa. Conselheiro **Elias Rassi Neto** cumprimentou a apresentação do Conselheiro **Willian Saad**
120 **Hossne** e o sucesso dos trabalhos da CONEP. Em seguida, solicitou esclarecimentos sobre o
121 percentual de pesquisas que foram rejeitadas pela CONEP no ano de 2001 e qual era o percentual que
122 as pesquisas de cooperação estrangeira representavam no total. Por fim, indagou como as pesquisas
123 de cooperação estrangeira se classificariam. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** destacou a
124 importância de apreciação da redação do texto da Resolução, tendo em vista que era um assunto que
125 tocava de perto a Comunidade Científica. Cumprimentou, também, o trabalho da CONEP e destacou o
126 importante papel do Conselheiro **Willian Saad Hossne** na liderança da condução dos trabalhos.
127 Salientou que a questão da bioética e da ética em pesquisas de seres humanos estariam na pauta
128 central de todos os países do mundo, ressaltando a importância de apoiar a proposta de
129 descentralização apresentada. Falou das críticas da Comunidade Científica – SBPC – e, nesse
130 sentido, justificou a necessidade de diferenciar os CEP's que estariam de acordo com as normas da
131 CONEP, que possuíam um corpo clínico de alta qualificação daqueles montados precariamente.
132 Sugeriu que os CEP's com qualificação comprovada, a delegação se desse em maior profundidade,
133 destacando os placebos e fases I e II de alguns procedimentos investigativos. Conselheiro **Mozart de**
134 **Abreu e Lima** concordou, integralmente, com a idéia de descentralização apresentada, porém,
135 chamou atenção para o princípio da administração pública que define que organizações possuem
136 competências e os titulares dos órgãos possuíam atribuições. Prosseguiu explicando que
137 responsabilidades eram indelegáveis, nesse sentido, propôs que o termo “*responsabilidade*” utilizado
138 na Resolução fosse substituído por “*delegação de competências*”. Conselheira **Zilda Arns Neumann**
139 cumprimentou o trabalho da CONEP e falou de delegação de funções e não de responsabilidades.
140 Disse que se deveria dar atenção para importância do grau de delegação e considerar que tipos de
141 CEPs estariam tratando. Levantou a possibilidade de criação de um Centro de Excelência que cuidaria
142 de determinados projetos. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** mostrou preocupação com o fato de
143 delegar responsabilidade ao Comitê de Ética e comentou o item da proposta de regulamentação da
144 Resolução que versa sobre a manifestação da opção do Comitê no sentido de total responsabilidade
145 pela aprovação total do projeto. Comentou o fato de a CONEP observar que os dados eram
146 apresentados de maneira incompleta e detectar falhas. Nesse sentido, perguntou como essas falhas
147 seriam detectadas principalmente no que se refere ao termo de consentimento livre esclarecido, que
148 muitas vezes, eram precários. Indagou, assim, como a CONEP fiscalizaria as falhas, principalmente no
149 que se refere ao termo de consentimento livre esclarecido, reforçando a importância de preservar os
150 direitos das pessoas envolvidas nas pesquisas. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** elogiou o
151 trabalho da CONEP e reforçou a importância de criação de um Comitê de Ética na saúde. Falou da
152 proposta de agilizar o *Manual de Direito dos Usuários do SUS* e solicitou que o *Manual Operacional*
153 *dos Comitês de Ética em Pesquisa* não se chamassem cartilha. Conselheira **Vera Lúcia Marques Vita**
154 falou do apoio irrestrito do Fórum de Patologias do Estado de São Paulo ao Conselheiro **Willian Saad**
155 **Hossne**. Sugeriu participação mais intensa do usuário junto ao Comitê, principalmente, no que se
156 refere à utilização de placebo em saúde mental. Propôs, também, que o Instituto de Psicologia da USP
157 tivesse o seu Comitê. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** concedeu a palavra ao
158 Conselheiro **Willian Saad Hossne** a fim de que respondesse às indagações do Colegiado, solicitando
159 a redação da regulamentação da Resolução para ser submetida à apreciação do Plenário. Aproveitou
160 a ocasião para apresentar a Conselheira **Adeliana Dal Pont**, representante do CONASEMS no CNS,
161 Secretária de Saúde da cidade de São José, em Santa Catarina e Vice-Presidente do Conselho
162 Nacional dos Secretários Municipais da Região Sul. Em relação à questão do número de projetos,
163 Conselheiro **Willian Saad Hossne** esclareceu que os projetos das áreas temáticas em geral
164 representavam, em torno, de 10% dos projetos examinados no país, assim, 90% dos projetos ficariam
165 no Comitê de Ética local. Completou informando que dos 10% dos projetos submetidos à apreciação
166 da CONEP, 80% eram de cooperação estrangeira, 12% de genética e as demais áreas. Disse, ainda,
167 que a CONEP recebia poucos projetos de Fase I e Fase II sendo que a grande maioria era de Fase III,
168 tendo em vista que os projetos de Fase I e II estavam relacionados com a questão de genéricos que
169 eram nacionais. Quanto aos projetos que não eram aprovados, informou que o percentual era de 3% a
170 4%. No que se refere à proposta de estabelecimento dos níveis intermediário dos CEP's, declarou que
171 a idéia era interessante, mas informou que, por meio de estudos, não foi encontrada relação direta
172 entre competência científica e cumprimento da parte ética. Falou que foi enviado um questionário muito
173 bem elaborado para todos os Comitês de Ética do país, considerando que permitia ter uma idéia de
174 que era o CEPs e seu funcionamento. Comentou também da idéia de instalação de auditoria nos CEPs
175 a fim de acompanhá-los. Concordou com as colocações do Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** e

176 explicou que a Resolução CNS nº 196 estabelecia que o Comitê de Ética que aprova sempre era co-
177 responsável. Chamou atenção para seguinte dúvida: poderia ser aprovada em nível local uma questão
178 de cooperação estrangeira, que é de nível federal? Por fim, falou da questão das falhas detectadas
179 explicitando o anexo que determinava todos os dados que o Projeto teria de ter. Disse que a CONEP
180 teria mecanismos para acompanhar os Projetos como, por exemplo, o relatório semestral que os CEPs
181 teriam de mandar para a CONEP. No que se refere à utilização do termo “cartilha”, esclareceu que fora
182 contra a utilização do termo e que a sugestão partira de um suplente de usuário na Comissão e, nesse
183 sentido, declarou que o documento deveria ser chamado de manual. Informou, ainda, a criação de
184 Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Psicologia da USP. Por fim, disse que a idéia não era de
185 Resolução, mas sim de regulamentação. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** falou da
186 importância do “documento” da proposta apresentada ter uma redação absolutamente clara, tendo em
187 vista que se tratava de um ato normativo. Comentou a combinação de ações delegadas e do agente
188 que recebe a delegação, destacando que há CEPs que poderiam receber mais delegações que as
189 propostas no documento apresentado. Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** colocou que poderia ser
190 redigido um Ato em que a Comissão delegaria competência a outra e determinando as condições em
191 que seriam exercidas. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** completou afirmando que o
192 documento seria um Ato de Regulamentação da Resolução CNS nº 292/99 delegando competências e
193 com as salvaguardas explicitadas pelo Conselheiro **Willian Saad Hossne**. Conselheiro **Elias Rassi**
194 **Neto** falou da questão de medicamentos para HIV/AIDS terem de ser submetidos à apreciação da
195 CONEP e sugeriu maior reflexão acerca do assunto. Sugeriu que o estreitamento de relações entre o
196 DECIT e o Ministério da Saúde acontecesse de forma mais ágil e prática. Coordenador **Nelson**
197 **Rodrigues dos Santos** solicitou que as considerações do Colegiado fossem consideradas na
198 confecção da redação do documento e destacou a presença da Senhora **Beatriz Tess**, Diretora do
199 DECIT. **Conforme solicitação, foi distribuído documento com a proposta de regulamentação da**
200 **Resolução CNS nº 292/99 que foi aprovado, por unanimidade.** Coordenador **Nelson Rodrigues**
201 **dos Santos** aproveitou a ocasião para informar ao Colegiado que o Conselheiro **Willian Saad Hossne**
202 receberia o título de Professor *Honoris Causa* da Universidade de Brasília em uma cerimônia, a
203 realizar-se no dia 4 setembro de 2002, às dezoito horas, na Universidade de Brasília e convidou os
204 Conselheiros para prestigiarem o Conselheiro. Conselheiro **Willian Saad Hossne** declarou que
205 gostaria de dividir a honra de receber o título com os demais Conselheiros que compunham o CNS e
206 informou que a Universidade marcaria o evento no dia 4 de setembro porque coincidia com dia de
207 reunião do CNS. **ITEM 03 – PROPOSTAS DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO**
208 **TRABALHADOR – CIST/CNS** – Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** informou os resultados de
209 reunião da CIST realizada nos dias 20 e 21 de junho de 2002, no CESAT, em Salvador-Bahia, em que
210 foram discutidos os seguintes temas: **a)** Seminário sobre Amianto; **b)** III Conferência Nacional de
211 Saúde do Trabalhador; **c)** Norma de Vigilância da População Exposta ao Benzeno; **d)** Seguro de
212 Acidente de Trabalho; **e)** Propostas de Portaria da SAS, que trata da Rede Nacional de Saúde do
213 Trabalhador no SUS e Normas de Cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do
214 Trabalhador. Apresentou, ainda, encaminhamentos da “*Carta de Salvador*” com posição assumida
215 pelos participantes do *I Seminário sobre Amianto na Bahia*: “*Trabalho, Saúde e Meio ambiente*”, a
216 saber: **a)** Alertar os ex-trabalhadores do Amianto na Bahia a respeito de seus direitos, incluindo o
217 acompanhamento de sua situação de saúde; **b)** sugerir à Assembléia Legislativa do Estado a
218 aprovação da Lei Estadual sobre o progressivo banimento do amianto na Bahia; **c)** necessidade de
219 adoção de políticas de transição justas dos empregos; **d)** necessidade de as empresas que utilizam ou
220 utilizaram amianto sejam responsabilizadas pelos danos ambientais e à saúde humana. Em seguida,
221 propôs que fosse endossada a *Carta de Salvador* e que o Conselho Nacional de Saúde – CNS
222 elaborasse Recomendação propondo: **a)** apoio ao encaminhamento dos pontos da *Carta de Salvador*
223 aprovada no *I Seminário sobre Amianto na Bahia*; **b)** reiterar posição do CNS pela adoção de
224 legislação nacional de banimento do amianto que seria aprovada como deliberação; solicitar ao
225 Deputado Doutor **Rosinha** para instrumentar o processo, as propostas feitas na Câmara de Deputados
226 sobre formas de substituição do uso do asbesto/amianto; **c)** apoio à ação promovida pelo Ministério
227 Público do Estado, Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Federal, na Bahia, em relação
228 ao amianto, estimulando parcerias; **d)** apoiar e recomendar urgências municipais e estaduais em
229 relação à necessidade de banimento do uso do amianto. Apresentou, também, as seguintes
230 Recomendações para deliberação do CNS: **1ª: a)** apoio às ações dos Ministérios Públicos Federal, do
231 Trabalho e dos Estados, pelo banimento progressivo e proteção dos expostos direta, indireta e
232 ambientalmente ao asbesto/amianto conforme ações especificadas; **b)** apoio e recomendação da
233 adoção de legislações municipais e estaduais para banimento da extração, produção e uso de
234 produtos a base de asbesto/amianto; **c)** promover junto ao Congresso Nacional a posição do CNS pelo
235 banimento progressivo do amianto no país e proteção dos expostos aos riscos e seus agravos,

236 apoio a iniciativa da Emenda Substitutiva Global ao Projeto de Lei nº 2.186/01, apresentadas pelos
237 Deputados Doutor **Rosinha, João Paulo e Jair Meneguelli**, dispondo sobre a substituição progressiva
238 da produção e comercialização de produtos que contenham asbesto/amianto; **2^a**: promover junto ao
239 Congresso Nacional: **a**) posicionamento em defesa da natureza jurídica do Seguro de Acidente de
240 Trabalho, inserido na concepção constitucional de Seguridade Social vigente; **b**) a exigência de nova
241 regulamentação do Seguro de Acidente de Trabalho, balizada por ação intersetorial; **c**) o retorno aos
242 balizamentos estabelecidos na Constituição de 1988, considerando a PEC nº 507/02, que altera o
243 inciso I do artigo 201 e revoga o parágrafo 10 da Constituição Federal, estabelecido na Emenda
244 Constitucional nº 20/98; **3^a**: aprovação de Moção: **a**) recomendando o estudo do modelo de
245 organização na área da saúde do trabalhador nas instâncias do SUS pelas Secretarias Municipais e
246 Estaduais de Saúde; **b**) cumprimento ao Estado da Bahia e, em especial, a Direção e Equipe do
247 CESAT, pelo trabalho desenvolvido. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** lembrou que os
248 assuntos temáticos das Recomendações foram discutidos, anteriormente, pelo CNS. Conselheira
249 **Cibele Gueresi de M. Osório** falou que a possibilidade de privatização de Seguro de Acidente de
250 Trabalho ou deixá-lo público teria relação com os seguros de saúde privados. Disse que a proposta
251 inicial do governo, na criação das mútuas, era de que as seguradoras assumissem, também, a atenção
252 integral ao trabalhador. Justificou que as grandes empresas vendiam o seguro saúde como um
253 benefício a mais que o trabalhador teria na empresa. Solicitou que juntamente com a discussão do
254 Acidente de Trabalho, fosse discutido o tema da saúde suplementar. Conselheira **Gysélle S. Tannous**
255 concordou com as Recomendações da CIST e chamou atenção para importância de realizar ações
256 intersetoriais entre as Comissões do CNS, solicitando articulação entre a CIST e a CISAMA para tratar
257 a questão do amianto. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** mostrou preocupação com o fato de o
258 tema saúde trabalhador ser tratado constantemente, sem chegar a uma solução definitiva. Destacou a
259 importância de Portarias e regulamentação sobre políticas de saúde específicas serem apreciadas pelo
260 CNS. Falou, ainda, da questão do Acidente de Trabalho destacando que o atendimento ao acidentado
261 de trabalho não era mais feito de forma diferenciada. Justificou que havia recurso separado para que o
262 atendimento fosse feito de forma diferenciada dos demais doentes do SUS. Comentou, nesse sentido,
263 que a questão de fisioterapias e recuperação do acidentado se agravava a cada dia, considerando que
264 os serviços estariam diminuindo bem como os Centros de Referência para recuperação. Propôs que
265 na Recomendação fosse dada ênfase especial ao tratamento do trabalhador acidentado no âmbito do
266 SUS. Por fim, colocou que a privatização do Seguro de Acidente de Trabalho seria pior que o modelo
267 estatal vigente. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** informou que na última reunião da Comissão
268 de Trauma e Violência fora discutida a questão do Acidente de Trabalho e manifestou o apoio da
269 Comissão à Resolução proposta sobre a questão. Endossou a proposta apresentada pelo Conselheiro
270 **Olympio Távora Corrêa** sem prejuízo a imediata aprovação da Resolução sobre o assunto. Em
271 reposta às intervenções, Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** esclareceu à Conselheira **Cibele de**
272 **Mello Osório** que o documento encaminhado pelo Ministério do Trabalho e Emprego sobre a questão
273 da Conferência Nacional fora apresentado ao GT da CIST a fim de elaborar um documento que seria
274 apresentado ao CNS na reunião de outubro de 2002. Em seguida, disse que o projeto apresentado
275 pela Previdência Social transpunha os muros do SUS e passava a ter um sistema supletivo para saúde
276 do trabalhador, destacando a importância do projeto ser discutido pelo CNS. Lembrou que o Conselho
277 aprovou o Projeto de Lei do Deputado **Eduardo Jorge** que reestrutura todo o sistema regulando as
278 competências. Nesse sentido, falou da importância de priorizar um Projeto de Lei, apresentado como
279 substitutivo ao Projeto de Lei do Deputado **Eduardo Jorge**, que faria com que a área de saúde do
280 trabalhador fosse componente integral do SUS e que o Ministério do Trabalho e Emprego, o Ministério
281 da Previdência e Assistência Social e o Ministério do Meio Ambiente, em suas ações, integrassem o
282 SUS para essa política específica. Por fim, apresentou proposta de convocar, imediatamente, o
283 Ministério da Previdência e Assistência Social para apresentar as várias alternativas de Projeto de Lei
284 a ser discutido pelo CNS. Colocadas em votação, **as Recomendações da CIST foram aprovadas, por unanimidade. ITEM 04 – RELATÓRIO DA CIT** – Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**
285 esclareceu, primeiramente, que o Ministério da Saúde enviara Ofício ao Conselho Nacional de Saúde,
286 considerando que fora discutida e aprovada, na reunião da Tripartite, a proposta de reclassificação dos
287 hospitais psiquiátricos. Conselheiro **Elias Rassi Neto** propôs, segundo acordo entre CONASS,
288 CONASEMS e MS, que os relatos da Tripartite, a partir da 123^a Reunião do CNS, fossem feitos pela
289 Secretaria Técnica da Tripartite. Senhor **Joelyinton Medeiros Santos**, Assessor do CONASEMS,
290 apresentou os pontos de discussão da reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada dia 25
291 de julho de 2002: **a**) descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças ECD –
292 FUNASA/MS; **b**) qualificação de Estados (NOAS nº 01/2002) – SAS/MS; **c**) habilitação de Municípios
293 (NOAS nº 01/2001); **d**) Plano de Expansão dos Centros de Apoio Psicossocial – CAPS – SAS/MS; **e**)
294 reclassificação dos Hospitais Psiquiátricos. Falou que houve grande discussão sobre deliberação do
295

Congresso do CONASEMS discordando da habilitação de estados que não estivessem cumprindo com a Emenda Constitucional nº 29. Explicou, ainda, que foram apresentadas habilitação dos seguintes Estados: Rio de Janeiro, Paraíba e Mato Grosso do Sul e que houvera grande discussão sobre o fato de a Planilha do SIOPS desses estados não apresentarem o percentual gasto com saúde. Porém, fora comprovado que os Tribunais de Contas dos Estados tinham certificado o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 em relação aos referidos Estados. Disse que tal fato suscitou a seguinte questão: o que poderia ser considerado como referência para a habilitação dos estados no cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 o disposto na Resolução CNS nº 316 ou o certificado do Tribunal de Contas do Estado? Nesse sentido, apresentou o encaminhamento do CONASEMS: que os estados que tivessem certificação dos Tribunais de Contas fossem habilitados, porém, com as seguintes condições: **a)** que se provocasse juridicamente a Assessoria do Ministério do TCU a fim de informar qual o órgão teria verdadeira responsabilidade, em relação a NOAS, de habilitar os Estados no que se refere ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29; **b)** que os Municípios na NOAS tivessem tratamento semelhante ao dos Estados; **c)** que houvesse homologação imediata, por parte do Ministro da Saúde, da Resolução CNS nº 316. Destacou, ainda, que houvera grande discussão acerca da base de dados populacional utilizada pelo Ministério da Saúde, destacando que havia três vertentes de população o que dificulta o planejamento e programação. Assim, disse que ficou acordada para a próxima reunião da Tripartite, a apresentação de uma proposta de unificação de uso de bases de dados populacional. Em relação à homologação da Resolução CNS nº 316, Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que estaria sendo divulgada informalmente, mas, conforme acordado com o Doutor **Otávio Azevedo Mercadante**, Secretário Executivo do MS, a Resolução seria divulgada de maneira formal e sistemática antes mesmo da homologação pelo Ministro. Senhor **Pedro Gabriel Godinho Delgado**, Diretor Substituto da ASTEC, falou da proposta de reclassificação dos hospitais psiquiátricos do SUS e apresentou a situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros e da saúde mental no Brasil. Disse que a proposta de reestruturação do atendimento hospitalar em psiquiatria estaria articulada ao processo de avaliação dos hospitais psiquiátricos do SUS, por meio do instrumento PNASH Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar. Em seguida, apresentou o número de hospitais psiquiátricos por Região brasileira, a saber: **a)** Região Norte: 4 hospitais; **b)** Região Nordeste: 60 hospitais; **c)** Região Sudeste: 136 hospitais; **d)** Região Sul: 31 hospitais; **e)** Região Centro-Oeste: 21 hospitais; Totalizando 252 hospitais psiquiátricos no Brasil. No que se refere à distribuição de leitos por habitante, disse que existia 56.755 leitos, incluindo os leitos de hospitais psiquiátricos penais, o Sistema Hospitalar Convencional Tradicional de Longas Internações possuía 61.000 leitos. Disse que os gastos com hospitais psiquiátricos eram proporcionalmente elevados do ponto de vista dos gastos com a saúde mental. Falou, também, da questão principal da Política de Saúde Mental que era a concentração de recursos financeiros na área hospitalar e a baixa utilização de recursos financeiros na área extra-hospitalar, destacando que o sistema era hospitalocêntrico, segundo ponto de vista financeiro. Nesse sentido, explicou que 82% dos recursos de saúde mental eram utilizados para pagamento de internações convencionais que apresentam baixa resolutividade e qualidade, com escasso poder de recuperação do paciente. Continuou destacando que a proposta de reclassificação dos hospitais psiquiátricos fora consolidada na Portaria Ministerial nº 251/01, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos através dos indicadores aferidos pelo PNASH e também pelo seu porte e define a estrutura, a porta de entrada para internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Assim, declarou que se tratava de uma Portaria que consolidava os avanços conseguidos no que se refere à estruturação da rede de saúde mental, conforme a Lei nº 10.216/01, que determina que o sistema teria de ser predominantemente extra-hospitalar. Falou, também, da atualização da Portaria nº 224/92, definindo critérios técnicos em relação aos hospitais atualmente existentes. Apresentou, também, o histórico da Portaria nº 251 com destaque para os seguintes documentos: Portaria nº 224/92, II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992, Comissão Técnica de Saúde Mental, Relatório da Comissão de Direitos Humanos da Câmara, Portaria nº 799/00, Portaria SAS 395/01, III Conferência de Saúde Mental. Esclareceu que a proposta era reestruturar os hospitais que possuíam acima de 400 leitos a fim de transformá-los, gradativamente, em hospitais de pequeno para médio porte, tendo em vista que a estrutura hospitalar brasileira era anacrônica, baseada em hospitais de grande porte onde os pacientes permaneciam internados por vários anos. Assim, explicou que os hospitais vistoriados muito ruins, com pontuação inferior a 60%, teriam o prazo de 90 dias para cumprirem as exigências técnicas estabelecidas e aqueles que tivessem uma pontuação inferior a 40% teriam suas internações suspensas e os gestores municipais ou estaduais definiriam um programa para assistir aos pacientes. Reforçou que o objetivo da proposta era fazer a transição do sistema hospitalar para o extra-hospitalar de forma gradual e que os megas hospitais psiquiátricos imediatamente seriam transformados em hospitais de pequeno e médio porte. Assim, na medida que

356 os leitos psiquiátricos diminuiriam, os serviços extra-hospitalares ampliariam como os ambulatórios e
357 CAPS. Por fim, falou do aumento de CAPS em todo o país, destacando que se tratava de um serviço
358 plenamente eficaz para tratamento, até mesmo, de casos mais complexos. Conselheiro **Olympio**
359 **Távora Corrêa** informou que a Federação Brasileira de Hospitais obteve duas Liminares suspendendo
360 os efeitos da Portaria Ministerial nº 251/02 e da Portaria SAS nº 77/02 que versam sobre a
361 remuneração e classificação dos hospitais psiquiátricos, justificando que ambas não foram aprovadas
362 pelo Conselho Nacional de Saúde. Continuou esclarecendo que a Portaria nº 77/02 se baseava na
363 Portaria nº 251/02 para fixar os preços de remuneração e, nesse sentido, destacou o Art. 26 da Lei
364 8.080/90, que determina que os valores de remuneração dos serviços teriam de ser aprovados pelo
365 CNS. Por fim, chamou atenção para análise das responsabilidades e competências como Conselheiros
366 do CNS, tendo em vista que havia inúmeras Portarias que tratavam de remuneração, alteração de
367 tabela que não eram submetidas à apreciação do CNS. Declarou que aprovar a Portaria nº 251/02 na
368 122ª Reunião seria reconhecer a subserviência do Colegiado. Conselheira **Gyselle S. Tannous**
369 chamou atenção para necessidade de discutir promoção de saúde e sugeriu a criação de um Grupo de
370 Estudo para discutir a questão da saúde mental infanto-juvenil. Nesse sentido, destacou que havia
371 questões instrumentalizadas que viabilizariam a proposta bem como a formação de parcerias para
372 discutir a questão da saúde. Colocou a importância de retomar a discussão a respeito da saúde
373 mental. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou atenção para importância de reafirmar as posições
374 anteriormente adotadas pelo CNS a fim de que não houvesse “um retrocesso de desumanização” do
375 atendimento aos doentes mentais. Conselheiro **Gilson Magalhães** indagou sobre a possibilidade de
376 acesso à estatística **per capita** de leitos psiquiátricos e se a quantia de 315 CAPS, frente à grandeza
377 de municípios existentes, satisfariam o sistema de saúde mental. Perguntou qual seria a posição a se
378 tomar diante de Liminares que cassavam Portarias, destacando que a preocupação era com o
379 tratamento do usuário. Nesse sentido, falou da situação na ponta do sistema e da posição a ser
380 tomada perante os usuários. Conselheira **Vera Lúcia Vita** falou do trabalho da Comissão Nacional de
381 Saúde Mental, destacando que havia um movimento geral de mudança na área. Relatou experiência
382 de ter visto cidadãos que nunca tiveram problemas psiquiátricos que viveram 20 anos confinados.
383 Chamou atenção para importância de “desmistificar” a loucura, pois através dos CAPS, dos NAPS,
384 medicamentos, pessoas com problemas psiquiátricos, como o filho da Conselheira **Vera** poderiam ter
385 uma vida comum. Assim, mostrou satisfação por participar de uma das primeiras equipes que
386 confiaram no CAPS. Conselheira **Maria Luíza Jaeger** declarou que a proposta da reforma psiquiátrica
387 não era do Ministério da Saúde, mas sim, da sociedade, do CONASS, do CONASEMS e que o
388 Ministério estava implantando a proposta. Assim, disse que cabia ao SUS, ao CNS, ao MS, ao
389 CONASS e ao CONASEMS o que seria contratado para o sistema. Comentou, também, a proposta de
390 mudança de atenção hospitalar para atenção feita em CAPS e NAPS onde seria garantido o direito à
391 vida, principalmente o direito à cidadania e à liberdade que seria operacionalizada por meio da Portaria
392 nº 251/02. Disse que a discussão era de qual Política de Saúde Mental o país teria e como seria
393 revertida a situação atual. Conselheiro **Elias Rassi Neto** falou de sua experiência como Secretário
394 Municipal em que os leitos hospitalares foram reduzidos significativamente por meio de medidas
395 similares às propostas na Resolução CNS nº 251/02. Citou, porém, grande dificuldade no que se refere
396 à ausência de profissionais preparados para uma nova política na área da saúde mental, considerando
397 que a formação dos profissionais psiquiátricos era feita próxima ao histórico dos grandes hospitais.
398 Colocou a importância de o Conselho encontrar uma solução para o impasse suscitado, por meio das
399 Liminares que suspendem os efeitos das Portarias nº 251/02 e nº 77/02, que não representasse uma
400 derrota ou um atraso na Política de Saúde Mental. Destacou a importância de retificar o erro histórico
401 de isolar uma série de pacientes que não “podiam” ficar aos olhos da sociedade. Conselheiro **José**
402 **Carvalho de Noronha** sugeriu a realização de debates para observar em que medida as
403 recomendações da Conferência foram adotadas e que atos concretos foram considerados para
404 implementação da Política de Saúde Mental. Assim, declarou que as Portarias nº 251/02 e nº 77/02
405 deveriam ser apreciadas e aprovadas formalmente pelo CNS precedidas de Parecer da Comissão
406 Intersetorial de Saúde Mental e discussão substantiva da implementação da Política de Saúde Mental.
407 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** chamou atenção para importância de separar a questão
408 de política temática de saúde mental e as políticas e critérios de remuneração dos serviços a fim de
409 que o Conselho permanecesse coerente. **ITEM 05 – REVISÃO DA RESOLUÇÃO CNS N° 33/92 –**
410 Item não apresentado. **ITEM 06 – MESA: “MODALIDADES DE REMUNERAÇÃO DOS**
411 **PRESTADORES DE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SETOR PÚBLICO E DO**
412 **SETOR PRIVADO (INTEGRANTE DO SUS E DA SAÚDE SUPLETIVA)”** – Coordenador **Nelson**
413 **Rodrigues dos Santos** esclareceu que o tema modalidade de prestadores de serviço era objeto de
414 discussão no CNS desde 1999 e, nesse sentido, destacou a importância da temática se tornar
415 conclusiva para o Conselho. Falou da necessidade de encontrar outras formas de remuneração, além

416 do pagamento por produção e por convênio. Conselheiro **José Carvalho de Noronha**, fez uma
417 explanação dos diferentes modos de pagamento de Provedores em Sistemas de Saúde.
418 Primeiramente, explicou que em uma transação entre duas partes havia consumidores, que no caso da
419 saúde seriam os usuários, envolvia uma demanda derivada, ou seja, os fornecedores, aqueles que
420 forneciam equipamentos, serviços. Exemplificou o esquema derivado na saúde, esclarecendo que
421 havia usuários que transferiam recursos para hospitais e médicos e hospitais devolveriam serviços de
422 saúde. Completou esclarecendo que nos sistemas públicos de saúde existia o agente governo que
423 recolhia impostos e taxas da população e pagava a hospitais, médicos e prestadores de serviço para
424 oferecerem serviços de saúde à população. Esclareceu que modos de pagamentos eram as maneiras
425 pelas quais o dinheiro era distribuído aos prestadores de serviços de saúde pelos pagadores (governo,
426 seguros ou planos, pacientes). Prosseguiu apresentando quais eram os prestadores de serviços, a
427 saber: **a) médicos; b) outros profissionais de saúde; c) hospitais; d) laboratórios; e) assistência**
428 **domiciliar; f) órteses, próteses e materiais especiais; g) cuidados prolongados.** No que se refere aos
429 médicos, destacou que em todos os sistemas, habitualmente, possuíam uma maneira diferente de
430 retribuição. Colocou que, basicamente, existiam dois tipos de pagamentos: **a) retrospectivo:** sem
431 estimativa de gastos; **b) prospectivo:** com estimativa de gastos. E que ambos poderiam ser fixos ou
432 variáveis. Listou, também, os modos de pagamentos dos prestadores de serviço: **a) transferências**
433 **orçamentárias:** mecanismo habitualmente utilizado pelo governo ou por grandes firmas que possuem
434 serviços próprios; **b) pagamento de salários:** determinado valor acordado que seria transferido aos
435 prestadores independente de qualquer relação com a quantidade de atos prestados; **c) por ato:**
436 pagamento por cada ato prestado; **d) por caso:** pagamento pelo procedimento prestado; **e) por cabeça:**
437 remuneração por número de atendimentos prestados independente da natureza do atendimento. No
438 que se refere à transferência orçamentária, poderiam ser feitas, sinteticamente, de duas maneiras: **a)**
439 **orçamento global:** entrega do montante para prestar um conjunto de serviços de acordo com as
440 necessidades; **b) orçamento programa:** linhas em que os recursos destinados seriam utilizados.
441 Quanto ao modo de remuneração por ato, explicou que poderia ser feito por meio de: **a) contas plenas;**
442 **b) descontos acordados; c) escalas móveis de descontos ou pagamento por diárias; d) diferenciais por**
443 **dias de internação; e) por procedimentos.** Declarou que a todos os modos de pagamentos poderiam
444 ser associados tetos e se trabalhar ou não com tabelas. A remuneração por caso, segundo o
445 Conselheiro, poderia ser feita: **a) por procedimento; b) por Grupos Relacionados de Diagnóstico –GRD;**
446 **c) por diária; d) por leito reservado.** Por último, falou que o pagamento de cabeça poderia ser feito das
447 seguintes maneiras: **a) per capita simples; b) per capita com retenção; c) per capita com incentivos.**
448 Apresentou a definição de três tipos de problemas de qualidade de saúde, apresentada no relatório do
449 Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos de 1993, sendo eles: **a)**
450 uso desnecessário ou inadequado de recursos ou prestação em excesso de recursos adequados; **c)**
451 sub-utilização de serviços necessários, eficazes e adequados; **c) falhas nos aspectos técnicos e**
452 interpessoais da assistência. Nesse sentido, justificou que a má qualidade decorria de: **a) assistência**
453 demais; **b) assistência de menos; c) assistência precária.** Em seguida, destacou os seguintes atributos
454 dos serviços de saúde afetados pelos modos de pagamento: **a) eqüidade; b) seleção de clientela; c)**
455 **quantidade de prestações; d) qualidade de prestações; e) eficiência; f) liberdade de escolha; g)**
456 **satisfação do usuário; h) previsibilidade de gastos; i) fraude.** Por fim, apresentou um quadro a fim de
457 ilustrar como as modalidades de pagamento de prestação de serviço afetavam cada um dos atributos
458 de saúde apresentados qualidade dos Serviços de Saúde – IOM, 1993; **a) atributos dos serviços de**
459 **saúde afetados pelos modos de pagamento; b) efeitos do modo de pagar;** dentre outros aspectos.
460 Nesse sentido, citou o caso do pagamento por cabeça, destacando que se tratava de um modo de
461 remuneração que afetava fortemente a eqüidade, pois fazia com que determinados portadores de
462 problemas de saúde fossem excluídos da prestação na medida que tal fato afetava a retribuição do
463 prestador. Continuou justificando que nesse tipo de modalidade, quanto menos utilizar os serviços era
464 melhor, assim, qualquer pessoa com propensão a utilizar serviços tende a ser penalizada. Do ponto de
465 vista da qualidade de prestação, o pagamento por cabeça diminuía, consideravelmente a quantidade
466 de prestações, comprometendo, deste modo, a qualidade dos serviços prestados. Porém, o sistema
467 propiciava maior eficiência na aplicação dos recursos, tendo em vista que o administrador teria de gerir
468 a uma quantidade definida de fundos. Falou, ainda, do caso do pagamento por ato com tabela,
469 esclarecendo que era neutro no que se refere à eqüidade, possuía um leve efeito positivo na seleção
470 da clientela, pois preferiria atender pessoas com leve grau de doenças. Continuou esclarecendo que o
471 pagamento por ato com tabela contribuía para o aumento, quantidade de prestações, porém poderia
472 ter excesso e que não teria um efeito positivo na qualidade. No que se refere à satisfação do usuário,
473 explicou que era incrementada, pois a quantidade de “não” que o profissional de saúde teria de dizer
474 era menor do que no pagamento que havia restrições impostas. Além disso, disse que esse tipo de
475 remuneração propiciava uma baixa previsibilidade de gastos e controle da fraude era mais complicado

476 e requeria, mecanismos mais incrementados. Esclareceu que o SUS empregava todas as modalidades
477 de remuneração apresentada. No que se refere à internação hospitalar, explicou que o pagamento era
478 feito por caso, mas pela incorporação de procedimentos especiais, de órteses e próteses e materiais
479 especiais, na AIH havia um conjunto de pagamentos efetuados para o paciente em internação que
480 eram feitos por ato. Nesse sentido, disse que o sistema era misto. Falou, ainda, que os planos de
481 saúde do Brasil utilizavam o pagamento por ato com tabela. Disse ainda que, ao acompanhar a série
482 histórica dos hospitais de maior porte do Brasil, verifica-se que a variação mês a mês dos recursos
483 transferidos para o hospital era reduzida. Nesse sentido, declarou que o pagamento por procedimento
484 poderia ser reduzido, de alguma maneira, ao pagamento global atribuído àquela unidade contra um
485 conjunto de prestações definidas por aquele perfil que posteriormente seria faturado pelo hospital.
486 Afirmou que, do ponto de vista da fraude e má utilização dos recursos, era relativamente simples
487 controlar a parte fixa do sistema AIH do pagamento por procedimento, porém, a parte móvel dos
488 procedimentos especiais, das órteses, próteses e materiais especiais, diárias era equivalente ao
489 controle de pagamento por ato, pois requereria custos de auditorias extremamente elevados. Por fim,
490 declarou que os modos de retribuição eram afetados pelo volume global do montante de recursos.
491 Senhora **Maria Alicia Dominguez Ugá**, parabenizou, primeiramente, o papel importante do CNS no
492 aprofundamento da implantação dos princípios do SUS. Destacou, em seguida, dois sistemas de
493 remuneração que se apresentavam pouco vantajosos: **a)** pagamento por diária hospitalar, pois
494 estimularia a prolongação desnecessária no tempo de permanência dos pacientes no hospital; **b)**
495 pagamento por ato médico, pois apresentava problemas relativos a prestação de atos, necessidade de
496 controle rigoroso. Comentou, ainda, dois métodos de pagamentos: **a)** por procedimento que se
497 assemelha a AIH; **b)** por orçamento global que se tratava de uma forma de alocação de recursos
498 destinada aos hospitais públicos, previamente, à implantação da AIH pelo setor público. Comentou o
499 método de alocação de recursos por orçamento global, destacando que a sua grande vantagem era a
500 previsibilidade que o pagador iria gastar, quanto o prestador e o hospital receberia e, ainda, não
501 penalizava usuários portadores de deficiência que requereriam custo maior para o tratamento. Porém,
502 disse que apresentava a desvantagem de não possuir nenhum componente interno que estimulasse a
503 eficiência do prestador. Quanto ao método de pagamento por procedimento, teria como vantagem o
504 estímulo à eficiência, mas teria como desvantagem a necessidade de um cálculo sofisticadíssimo de
505 grupos de procedimentos que possuíam o mesmo valor para ser justo. Completou destacando que o
506 defeito congênito do método de pagamento por procedimento, ao qual a AIH assemelhava-se, era
507 gravíssimo em um sistema que se pretendia equânime e universal, pois tendia a segregar pacientes
508 que geraram déficits ao hospital. Assim, ressaltou a necessidade de pensar em formas de alocação de
509 recursos que contribuíssem para que os hospitais do SUS, tanto públicos quanto privados,
510 assumissem responsabilidades em termos das políticas de saúde formuladas. Nesse sentido,
511 apresentou proposta de remuneração que partia do orçamento global, porém dotado de mecanismos
512 que neutralizem o seu defeito original de não estimular a eficiência e que tende a gerar
513 comportamentos conservadores por parte dos gestores, com incentivos capazes de: **a)** garantir a
514 quantidade acordada com prestadores públicos e privados de serviços programados para determinado
515 ano por meio de vinculação de uma parte do recurso programado mensalmente à efetiva prestação
516 quantitativa de serviços; **b)** garantir, minimamente, responsabilidades de compromissos referentes à
517 qualidade e outros elementos importantes, assim, os elementos considerados pelos gestores do SUS
518 como prioritários poderiam ser objeto de incentivo para os hospitais e prestadores de serviços. Por fim,
519 disse que, em termos de qualidade, era fundamental que um método misto como o orçamento global
520 ajustado pudesse ser instrumento a ser utilizado em um sistema pactuado em que os prestadores
521 públicos e privados “vestissem a camisa” das políticas de saúde traçadas no SUS. Conselheiro
522 **Olympio Távora Corrêa** teceu comentários sobre os modos de remuneração, destacando o sistema
523 AIH (Autorização de Internação Hospitalar) como um bom sistema de remuneração e comentou as
524 distorções que o sistema sofrera ao longo dos anos. Falou do sistema por média de procedimento,
525 destacando que era um método muito interessante, porém chamou atenção para necessidade de rever
526 alguns aspectos principalmente na área de média complexidade, tendo em vista que 82% dos hospitais
527 públicos, privados ou filantrópicos do Brasil possuíam menos de 100 (cem) leitos. Declarou que para
528 ter um sistema de pagamento com um bom relacionamento entre comprador e prestador era
529 necessária uma mesa de negociação sobre valores de remuneração adequados a fim de que fosse
530 possível, efetivamente, prestar um serviço de qualidade e receber remuneração suficiente para
531 manutenção da instituição. Em seguida, declarou que a alternativa de pagamento por diária global era
532 a pior de todas porque havia risco de desvios em função da complexidade e contribuía para o aumento
533 da permanência do paciente no hospital. No que diz respeito à tabela de negociações, disse que a
534 única tabela de remuneração que deveria existir era a do SUS, apesar de existir também a TUNEP,
535 destinada a resarcimento. Prosseguiu destacando que na área de prestação de serviço, qualquer

536 entidade médica ou hospitalar que fizesse uma tabela para negociação era denunciada no CADE e, no
537 prazo de quinze dias, era penalizada com uma multa de R\$ 60 mil (sessenta mil reais). Destacou,
538 ainda, que a orçamentação por captação ou por orçamentação global, para determinados tipos de
539 serviço, era totalmente contra proficiente, pois não havia estímulos para produzir. Falou que o sistema
540 AIH deveria ser extrapolado para os planos de saúde, porém isso não acontecia devido a diversidade
541 de clientela e a necessidade de realizar determinados valores de procedimentos que não seriam os
542 mesmos para cada operadora. Nesse sentido, disse que o sistema AIH era a melhor alternativa para o
543 SUS e sugeriu melhor estudo do sistema que se trabalhava a fim de recuperá-lo. Doutor **Edson de**
544 **Oliveira Andrade**, representante do Conselho Federal de Medicina, primeiramente, cumprimentou as
545 apresentações dos componentes da mesa. Porém, discordou da afirmação que “a falta de cobertura e
546 de acesso à saúde era decorrente de erro médico de falta de assistência”, esclarecendo que erro
547 médico por falta de assistência não era erro médico, mas sim erro do estado que tinha obrigação de
548 prestar assistência. Falou do dito “serviço público” e o “serviço suplementar” das operadoras de saúde,
549 destacando que os dois sistemas estariam intimamente relacionados e o mau funcionamento de um
550 interferia na qualidade dos serviços prestados nas duas instâncias. Destacou, também, a situação dos
551 médicos brasileiros bem como dificuldades enfrentadas e propostas do estado para área médica. Disse
552 que o estado, nos últimos oito anos, realizou uma política de pessoal, considerando a figura do
553 funcionário detestável e não interessante. Assim, que o estado, que tinha a figura clássica de ser o
554 ordenador de recursos humanos, abandonou totalmente essa “tarefa” em todas as esferas e o
555 resultado disso era que, dos 5.400 (cinco mil e quatrocentos) municípios, mais de mil não possuíam
556 médicos, dentistas, advogados. Assim, declarou que a política de recursos humanos fora totalmente
557 abandonada e eram raríssimos os estados que tentavam realizá-la. Apresentou dados do Ministério da
558 Saúde, demonstrando que a situação geopolítica de grandes desigualdades na organização do estado
559 brasileiro resultou em 300 (trezentos) municípios do Brasil com zero em AIH os quais,
560 coincidentemente, apresentaram o maior índice de malária, tuberculose e demais doenças dessa
561 natureza. Prosseguiu esclarecendo que os referidos dados determinaram a criação do PIT, um
562 programa que fora discutido nos Conselhos e apresentado ao Ministério da Saúde. Comentou a forma
563 de remuneração dos médicos, esclarecendo que sobre a forma antiga de remuneração referente ao
564 “tipo 4” e “tipo 7”, o governo queria repassar a responsabilidade do médico para os hospitais o que não
565 recebia o apoio dos médicos. Comentou o “tipo 7” de remuneração que proporcionava maior
566 tranquilidade aos médicos e falou da criação de uma seção de crédito a fim de que todos os médicos
567 transformassem em pessoa jurídica. Disse que os médicos não queriam isso, pois seriam
568 responsáveis, como pessoas jurídicas, por um Estado que não conseguia responder às suas
569 responsabilidades e dar condições de trabalho. Concluiu destacando a importância do Plenário discutir
570 e contribuir com a nação brasileira por meio de projeto, com real sistema, que contemplasse uma
571 política de recursos humanos. Enfim, declarou que era obrigação do Plenário discutir a questão da
572 remuneração dos prestadores, considerando o sistema supletivo, composto por aproximadamente 40
573 milhões de pessoas, que apresentava problemas tão sérios quanto os problemas do SUS.
574 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** agradeceu aos expositores pela apresentação e passou
575 a palavra para a Doutora **Lenir Santos**, Instituto do Direito Sanitário, esclarecendo que após a
576 discussão do Item 07, a discussão acerca das modalidades de remuneração dos provedores
577 retornaria. **ITEM 07 – CUMPRIMENTO DO ARTIGO 26 DA LEI 8.080/90 E QUESTÕES**
578 **APRESENTADAS PELOS CONSELHEIROS CARMEM MARIA BRUDER DA FONSECA, ARTUR**
579 **CUSTÓDIO M. DE SOUSA E GYSÉLLE SADDI TANNOUS** – Doutora **Lenir Santos**, Instituto de
580 Direito Sanitário, prestou esclarecimentos acerca do Artigo 26 da Lei Orgânica da Saúde que trata da
581 fixação de valores, critérios e parâmetros para pagamento do Setor Privado Complementar ao Sistema
582 Público de Saúde. Primeiramente, esclareceu que, segundo a Constituição Federal, o sistema de
583 saúde brasileiro não era todo público e a Lei Orgânica da Saúde, ao tratar da saúde, possuía um artigo
584 específico que definia que todas as ações e serviços de saúde, sejam públicos ou privados, eram de
585 relevância pública, cabendo, assim, ao poder público a regulamentação e também ao setor privado,
586 que era livre a iniciativa privada à área da saúde, a sua execução. Apresentou a definição do Sistema
587 Público apresentado na Constituição, esclarecendo que existia um setor privado e um setor público de
588 relevância pública e havia o Poder Público com poder de fazer toda regulamentação do controle dos
589 dois setores. Disse que a Lei Orgânica da Saúde e a Constituição Federal tratavam da participação
590 complementar do setor privado no SUS, esclarecendo que o Poder Público poderia recorrer ao setor
591 privado de forma a complementar o serviço público, o que se dá o nome de forma indireta de serviços.
592 Destacou, também, distinção jurídica entre contrato e convênio, esclarecendo que o primeiro sempre
593 pressupunha um antagonismo de interesse e licitação e o segundo pressupunha uma conjugação de
594 interesses sem pressuposição de licitação. Explicou que o Art. 26 da Lei nº 8.080/90 não se referia a
595 repasse de recursos do setor público, tendo em vista que isso teria de ser feito por critério legal, por

meio de Lei. Porém, completou que isso não ocorria, pois existia uma tabela única que era aplicada para o setor público e para o setor privado. Em seguida, declarou que o grande papel do CNS, definido no Art. 37 da Lei Orgânica da Saúde, era definir as diretrizes para que Estados e Municípios, com sua autonomia, estabelecessem os seus planos de saúde. Falou, ainda, da competência do Conselho de fiscalizar a execução dos fundos de saúde municipal, estadual e nacional, conforme Emenda Constitucional nº 29. Nesse sentido, destacou que, conforme o Art. 26 da Lei 8.080/90, qualquer pagamento de tabelas, fixação de critérios ou coberturas de assistência social teriam de ter aprovação do Conselho Nacional de Saúde, caso contrário poderia ser considerado ato nulo, tendo em vista que a Lei não fora cumprida. Assim, declarou que não era competência da União fixar as tabelas de preços para Estados e Municípios e que o Art. 26 não poderia ser interpretado de maneira contrária. Porém, disse que a tabela era nacional, feita para o público e para o privado e adotada no repasse de recursos que a União, geralmente, fazia para Estados e Municípios. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** informou que sempre houvera uma tabela de preços referencial para o Brasil inteiro, justificando que isso era feito devido à necessidade de definir um parâmetro que, de acordo com necessidades ou conveniências, poderia ser complementado. Nesse sentido, disse que a tabela que possui os códigos que estavam no sistema AIH estava no sistema desde 1958 e mostrou preocupação com o fato de cada região possuir uma tabela específica de remuneração. Assim, insistiu na proposta de um referencial mínimo para as tabelas e, a partir daí analisar os custos de Estados e municípios a fim de observar se seria cabível a complementação de acordo com as disponibilidades. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** perguntou qual o procedimento a ser tomado perante o descumprimento de deliberações e quem era o corpo administrativo do Conselho. Pediu esclarecimentos, ainda, acerca da questão do comando único, considerando as experiências bem-sucedidas da gestão compartilhada, por exemplo, das Tripartites. Conselheira **Cibile G. de Mello Osório** comentou a situação da Câmara de Saúde Suplementar vinculada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, destacando a falta de consenso da Comissão tendo em vista que os interesses dos usuários, do PROCON e do IDEC eram diferentes dos interesses da Agência ou da Regulação da Prestação do Serviço. Disse, ainda, que vários assuntos discutidos na Agência não eram submetidos à apreciação do CNS. Nesse sentido, perguntou como ficaria a situação do Conselho perante a Agência que não possuía caráter deliberativo, mas tomava várias decisões sem o conhecimento do Conselho. Conselheira **Gysélie S. Tannous**, primeiramente, agradeceu os esclarecimentos prestados pela Doutora **Lenir Santos**. Justificou que, ao solicitar que o tema fosse pautado, havia preocupação central com a Portaria nº 1888, porém, havia inúmeras Portarias em termos de “aviltamento” legal. Nesse sentido, perguntou que providências legais o CNS deveria tomar para que o movimento contínuo e incessante de inversão de papéis fosse interrompido. Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** parabenizou, inicialmente, a exposição da Doutora **Lenir Santos**. Em seguida, declarou que a direção do SUS compreendia a Direção Nacional, o Ministro da Saúde, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, órgão que representa a participação social. Disse que era válido o princípio de que cabe à União a norma geral, tendo em vista que era difícil colocar o país em uma “camisa de força” de preços pré-fixados como semelhantes ou iguais em todo o país. Disse que o poder arrecadador retinha recursos como se dele fossem e não simplesmente de responsabilidade arrecadatória de fiéis depositários de recursos da comunidade que deviam transitar de volta para ela. Falou da importância do CNS unir-se a outros segmentos da sociedade a fim de requerer que seja analisada a questão da criação de Municípios, tendo em vista que interferiria diretamente na incapacidade dos mesmos cumprirem o seu objetivo de atenderem os seus cidadãos. Declarou que não cabia ao Conselho Nacional de Saúde dirigir-se diretamente ao Poder Judiciário, cabendo a essa tarefa aos Entes nele representados. No que se refere ao Art. 37 que define que o CNS fixará diretrizes para elaboração dos Planos de Saúde, esclareceu que todos os sistemas nasciam nas Conferências, considerando que as mesmas tinham o poder de analisar como as decisões repercutiam na sociedade e não possuíam caráter deliberativo. A partir da análise, continuou esclarecendo, os Conselhos definiriam diretrizes para que o Poder Público, a Direção Municipal, Estadual e Municipal implementassem os seus planos, os seus projetos, as suas políticas. Lembrou a questão da NOB/96, destacando que ao tratar da questão, considerou que estaria criando um ente esdrúxulo, do ponto de vista da Lei ao dar poder deliberativo à Comissão Intergestores. Por fim, chamou atenção para definição de gestor, esclarecendo que era aquele que fazia aplicação dos instrumentos de direção fazendo com que as decisões chegassem com eficiência e eficácia às comunidades. Assim, disse que a gestão não era um papel de um só indivíduo, mas sim, de todos os elementos da cadeia. Conselheira **Clair Castilhos** indagou, à luz da Constituição Federal, da Lei Orgânica de Saúde e do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Serviço Público e os princípios da integralidade, da eqüidade, qual a opinião da Doutora **Lenir Santos** sobre o PSC e o Estado como indutor dos programas. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** solicitou que as intervenções fossem no sentido do assunto em pauta. Conselheiro **Elias Rassi Neto** declarou que o sistema de

pagamento estava sendo, efetivamente, aperfeiçoado. Comentou também a pactuação de responsabilidades entre Governo Federal e Governos Estaduais e Municipais o que contribuiu para eficiência do acompanhamento dos serviços. No que se refere do *caput* do Art. 26, perguntou a Doutora **Lenir Santos** se os valores eram procedimentos da tabela ou eram os valores mais gerais que definiam as políticas. Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** pediu a expositora que comentasse o princípio da relevância pública, esclarecendo que possuía um fundamento extraordinário no que diz respeito às exigências que os gestores públicos teriam de cumprir. Solicitou, ainda, que, a partir do princípio de hierarquia das Leis, comentasse a importância das Convenções Internacionais como suporte para atendimento à saúde. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** disse que ao apresentar os considerandos para efeito da Portaria nº 1.188, o Ministério considera a Lei nº 8.080/90 determinando que os critérios de remuneração, porém, omite o trecho “*aprovado pelo CNS*”. Chamou atenção para gravidade do problema, tendo em vista que nos considerandos das Portarias havia omissão de questões garantidas por Lei. Lembrou as deliberações da 11ª Conferência Nacional de Saúde sobre critérios de repasse de recursos, forma de remuneração e, nesse sentido, destacou a importância de serem considerados esses critérios a fim de colocá-los em prática. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** declarou que a mesa consideraria a recomendação da Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** e, assim, seriam transcritos os encaminhamentos da 11ª Conferência Nacional de Saúde para servir, também, de subsídio à continuação do estudo da questão. Conselheira **Maria Luíza Jaeger** lembrou a Comissão Nacional da Reforma Sanitária composta pelo Conselheiro **José Carvalho de Noronha**, Conselheiro **Solon Magalhães Viana**, Doutor **Nelson Rodrigues dos Santos** e Conselheira **Maria Luíza Jaeger** que discutiu, a partir das Resoluções da Conferência Nacional de Saúde de 1986, a proposta de Lei Orgânica da Saúde. Disse que a partir da discussão, houve consenso entre os Secretários Municipais, Secretários Estaduais e Prestadores sobre a questão de ficar subordinado à relação municipal ou à relação estadual. E, a partir daí surgiu a proposta de parâmetros e valores nacionais, a fim de evitar determinados abusos. Nesse sentido, disse que era competência aprovar a tabela que era, inclusive nacional. Disse, ainda, que conforme o Art. 35 da Lei, o recurso destinado aos Estados e Municípios não era destinado somente a pagamentos de procedimentos na área de saúde. Declarou que o CONASS e CONASEMS consideravam que a tabela de remuneração para o setor público teria de ser como uma tabela de custos. Disse, ainda, que o orçamento teria de ver com custos da assistência à saúde para que o repasse de recursos para estados e de estados para municípios não fosse defasado. Por fim, propôs Resolução em relação à reforma psiquiátrica e política da saúde mental. Em resposta às intervenções, Doutora **Lenir Santos** esclareceu, primeiramente, que antes de 1988 existia um sistema previdenciário que oferecia benefícios ao trabalhador filiado a esse sistema. Porém, declarou que esse sistema fora “*extinto*” e, atualmente, existia um sistema de seguridade social com três áreas distintas, a saber: previdência social, saúde e assistência social. Disse que no sistema previdenciário não existia uma das maiores conquistas da Constituição de 1988 que era o direito à saúde. Informou, também, que estaria tramitando no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 35/02 que regulamenta o parágrafo 3º do Art. 198 da Constituição Federal, acrescido da Emenda nº 29, que versa sobre os critérios de repasses de recursos da União para Estados e Municípios e, assim, reforçou a importância do Conselho Nacional de Saúde discutir esse Projeto. Em seguida, esclareceu que, no caso de descumprimento do Art. 26 da Lei nº 8.080/90, o Conselho Nacional de Saúde bem como os Conselhos Estaduais e Municipais teriam a capacidade judiciária de ir a juízo. No que se refere ao Art. 37 da Lei nº 8.080/90, propôs que fosse solicitada, aos setores competentes do Ministério da Saúde, a elaboração de diretrizes a serem apresentadas para apreciação do Conselho Nacional de Saúde. Comentou ainda a questão da “*fúria legislativa*” do Ministério da Saúde em que se tentava regulamentar uma Portaria e nos “*considerandos*” omitia uma série de questões e uma Portaria revogava outra. Nesse sentido, disse que o Ministério da Saúde extrapolava a sua competência, tendo em vista que a sua competência de legislar sobre saúde era de normas gerais, porém, não era assim, pois sempre detalhava. Completou destacando que as Portarias eram feitas para explicitar o que estava na Lei, assim não existia Portaria autônoma. Quanto à organização do sistema, declarou que o Sistema de Saúde era muito complexo de ser executado, tendo em vista que deveria ser uma rede de serviços, mas com autonomia dos Municípios. Sobre a Agência Nacional de Saúde que possui o Conselho de Saúde Suplementar – CONSU, ressaltou que o CONSU não poderia retirar o poder do Conselho Nacional de Saúde de definir políticas de saúde e o poder de fazer regulamentação. Daí falou da questão da relevância que permeava todas as ações e serviços de saúde públicos ou privados. Disse, ainda, que o Poder Público tinha um dever maior de cuidar da saúde, porque saúde estaria diretamente ligada ao direito à vida e ao princípio constitucional da dignidade do ser humano. Concordou, ainda, com a colocação de que o CNS estaria junto da direção nacional do sistema, pois fazia parte da estrutura do Ministério da Saúde, e possuía competências da maior relevância dentro do SUS. No que se refere à questão da tabela nacional como um ponto importante para coibir abusos,

716 disse que era necessário interpretar a Lei nº 8.080/90 e a Constituição Federal por inteira e considerar
717 que a União não podia elaborar normas que não sejam gerais. Nesse sentido, declarou que tabelas
718 que obrigam Municípios a pagar determinado preço não era norma geral. Comentou, também, que o
719 repasse de recursos para o setor público não poderia ser feito por tabela como tem acontecido. Assim,
720 ressaltou que o PSF era fixado em tabela, o que contrariava o disposto na Lei nº 8.142/90. Disse não
721 considerava que o Art. 26 tivesse a conotação de tabela única nacional de procedimentos, mas sim
722 uma "tabela" de critérios, de referências, de diretrizes com objetivo de orientação. Por fim, comentou o
723 fato de se considerar o "filantrópico" como inimigo, e não como parceiro, destacando a importância de
724 resgatar o compromisso com "o público" para melhoria da saúde pública. Conselheiro **Olympio Távora**
725 **Corrêa** lembrou a luta com relação à Emenda Constitucional de recursos para saúde em que se
726 considerou que a base era móvel e a Advocacia Geral da União – AGU, ao ler a letra seca da Lei,
727 considerou que a base era fixa o que desencadeou uma luta para corrigir isso e perda de dinheiro.
728 Continuou esclarecendo que a Lei era feita com determinado "espírito", mas o exame seco da letra da
729 Lei poderia favorecer outro tipo de interpretação. Citou o Parágrafo 2º do Art. 26 que afirma que na
730 definição de valores, parâmetros teria de se buscar o equilíbrio econômico e financeiro do contratado.
731 Assim, disse que a definição de equilíbrio econômico financeiro gerava custo e, para definir custo era
732 necessário definir valor, e havendo custo e valor era necessária a definição de tabela. Doutor **Edson**
733 **de Oliveira Andrade**, do CFM, disse que, perante a decisão da Advocacia Geral da União sobre a
734 base para fins de cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, o Conselho Federal de Medicina e
735 Associação Médica Brasileira entraram na Justiça e após a visita de uma "Comissão" ao Ministro
736 **Moreira Alves**, relator do processo, o Presidente da República tornou sem efeito a Portaria que
737 considerava imperativo para administração pública a interpretação dada pela AGU. Assim, o Ministro
738 **Moreira Alves** declarou que deixara de existir o objeto da ação, porém, no orçamento, com a utilização
739 dos mesmos argumentos da AGU, retirou-se. Doutora **Lenir Santos**, em reposta à intervenção do
740 Conselheiro **Olympio Távora Corrêa**, disse que o 2º Parágrafo do Art. 26 da Lei 8.080/90 era
741 importante e era submetido ao CNS por fazer parte do Art. 26, porém declarou que não considerava
742 necessário ter tabela para garantir a efetividade da contratação. Coordenador **Nelson Rodrigues dos**
743 **Santos** agradeceu a apresentação da Doutora **Lenir Santos** e lembrou que fora accordada a
744 continuação da discussão acerca das Portarias SAS/MS nºs 251/01 e 77/01 e, assim, abriu inscrições
745 para tratar do assunto. Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** apresentou a seguinte proposta de
746 encaminhamento: solicitar ao MS que encaminhe as Portarias SAS/MS nºs 251/02 e 77/02 para
747 apreciação do CNS. Conselheiro **Solon Viana** elogiou a idéia de antecipar a apresentação da Doutora
748 **Lenir Santos** à discussão acerca das modalidades de remuneração dos prestadores de serviço tendo
749 em vista que o assunto tinha grande relação com as questões suscitadas a partir da apresentação do
750 Conselheiro **José Carvalho de Noronha** e da Senhora **Maria Alicia Dominguez Ugá**. Em seguida,
751 esclareceu que modalidade de remuneração de provedores e as modalidades de repasse entre entes
752 federativos eram dois pontos distintos, apesar de terem eventualmente pontos de contato. Esclareceu
753 que as vantagens e desvantagens das diferentes formas de pagamento apresentadas pelo Conselheiro
754 **José Carvalho de Noronha** se aplicavam ao responsável pelo pagamento de provedor. Nesse
755 sentido, disse que o responsável pelo pagamento do provedor era o gestor municipal ou o gestor
756 estadual e que o pagamento efetuado por meio do Ministério era uma distorção. Comentou, ainda, a
757 questão da descentralização esclarecendo que 94,6% dos municípios estariam habilitados a alguma
758 forma de ação descentralizada, mas a grande maioria era gestão da atenção básica e que 40% dos
759 gastos indiretos do Ministério correspondiam a pagamentos direto de provedores. Enfatizou que era
760 necessário separar a questão de remuneração de profissionais da remuneração de hospitais e serviços
761 de um modo geral por se tratar de questões distintas. Destacou, assim, a importância de discutir o
762 tema da remuneração de profissionais. Por fim, declarou que não existia uma modalidade de
763 remuneração perfeita, assim conclui que adotar um único modo era um erro. Nesse sentido, perguntou
764 se não seria o caso da questão da remuneração ser descentralizada a nível de cada estado.
765 Conselheiro **Elias Rassi Neto**, frente às discussões, concluiu que a grande maioria do Colegiado
766 aprovava a política de saúde mental desenvolvida no país o que contribuía para o sucesso para
767 mudança dos critérios de promoção e de assistência à saúde na área. Destacou, também, a
768 necessidade de estabelecer os limites de procedimentos, de regulamentações e de Portarias que
769 deveriam ser submetidas ao Conselho Nacional de Saúde para deliberação. Apelou para que a Liminar
770 obtida pela Federação Brasileira de Hospital não inviabilizasse o processo de regulamentação do
771 sistema de saúde. Ressaltou a importância de encontrar uma solução com relação à decisão política
772 de fortalecimento da reforma psiquiátrica e propôs que a discussão acerca da aplicação do Art. 26 da
773 Lei nº 8.080/90 fosse aprofundada. Por fim, disse que o Conselho Nacional de Saúde não possuía
774 critérios para discutir tabela, tendo em vista que tal fato imobilizaria toda e qualquer discussão e
775 transferiria atividades executivas que não eram próprias do CNS. Conselheira **Maria Luíza Jaeger**

776 ressaltou a importância de proposta concreta em relação ao conteúdo do Art. 26 a fim de definir o que
777 cabia ao Ministério da Saúde encaminhar ao CNS sobre a questão. Considerou legítima a posição da
778 Federação Brasileira de Hospitais, mas considerou que o ato colocava em voga todas as Resoluções e
779 Portarias do Ministério que muitas vezes, beneficiaram a classe médica. Falou da necessidade de
780 definir para o CNS o que era critérios e valores de remuneração de serviços para cobertura
781 assistencial. Propôs que o CNS aprovasse Resolução com a seguinte redação: O Conselho Nacional
782 de Saúde resolve reiterar sua aprovação à política de saúde mental, conduzida pelo Ministério da
783 Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em relação à Lei Federal nº 1.0216/01 e as
784 diretrizes aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental e manifesta sua aprovação à
785 proposta de reclassificação dos Hospitais Psiquiátricos e Serviços Ambulatoriais Psiquiátricos e ao
786 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH - Psiquiatria. Conselheiro
787 **Olympio Távora Correa** manifestou o seu apoio à Política de Saúde Mental no Brasil e lembrou sua
788 participação no processo de reforma psiquiátrica que estava ocorrendo. No que se refere à Portaria
789 SAS nº 77/02, esclareceu que possuía valores e, por isso, deveria de voltar ao Ministério da Saúde a
790 fim de ser examinada e, posteriormente ser apreciada pelo CNS. Lembrou as várias Portarias que
791 foram submetidas à apreciação do Conselho e, nesse sentido, justificou que a Portaria nº 77/02 e a
792 questão da psiquiatria estaria sendo discutida no Conselho devido ao processo judicial. Destacou a
793 necessidade do Colegiado analisar as Portarias nºs 77/02 e 251/02 a fim de discuti-las, assim, solicitou
794 que as mesmas não fossem aprovadas na 122ª Reunião Ordinária do CNS. Conselheiro **Mozart de**
795 **Abreu e Lima** declarou que o Colegiado deveria considerar a suspensão cautelar das Portarias, tendo
796 em vista que havia questões a serem consideradas na decisão definitiva das mesmas. Disse, ainda,
797 que o Conselho tinha competência de analisar tabelas e valores de remuneração, considerando que
798 entre seus membros havia muitos que entendiam da questão. Afirmou que não havia elementos para
799 aprovar as Portarias nºs 77/02 e 251/02 na 122ª reunião, apesar de ser favorável à política de saúde
800 mental e o reconhecimento da necessidade de urgência no tratamento da questão. Conselheira **Maria**
801 **Luíza Jaeger** falou da discussão ao longo dos anos acerca da reforma psiquiátrica do país que
802 resultou na realização de três Conferências Nacional de Saúde Mental e, assim, afirmou que as
803 Portarias em questão seriam a operacionalização das propostas das Conferências. Disse que, caso o
804 Plenário não se sentisse seguro para deliberar a respeito das Portarias, que fosse criada uma
805 Comissão para analisar as Portarias, porém solicitou que a mudança acerca da saúde mental não
806 fosse adiada. Conselheiro **Olympio Távora Correa** esclareceu que, em nenhum momento, teceu
807 crítica a Política de Saúde Mental e lembrou que fora um dos defensores da Portaria nº 224, tendo em
808 vista que a mesma propiciaria melhorias na assistência ao doente mental. Em seguida, esclareceu que
809 80% das internações psiquiátricas era feita em hospitais privados e filantrópicos. Falou que a
810 Confederação não era contra as Portarias, mas que considerava que deveria ser feita uma adequação
811 para que se fizesse política dentro de uma realidade a fim de que todos os prestadores continuassem
812 prestando serviços de boa qualidade. Por fim, disse que hospitais não eram fechados por baixa
813 remuneração ou por Decreto, mas sim por alteração de programa assistencial. Conselheira **Gyselle S.**
814 **Tannous** comentou a importância de se considerar as contribuições da Doutora **Lenir Santos** na
815 discussão da questão. Justificou os motivos da solicitação do ponto de pauta, esclarecendo que o
816 pedido fora feito com a finalidade do Colegiado retomar, enquanto Conselho, o posicionamento de
817 pertinência estabelecido pela Lei nº 8.080/90. Reforçou a necessidade de obter um parecer da Doutora
818 **Lenir Santos** e um parecer do Ministério Público Federal, a fim de esclarecer qual era a pertinência da
819 Lei nº 8.080/90 explicitada no Art. 26. Conselheira **Zilda Arns Neumann** endossou a proposta de
820 deliberar a respeito das Portarias nºs 77/02 e 251/02 na 122ª, a fim de não prejudicar a população.
821 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**, considerando as intervenções do Colegiado, destacou
822 duas propostas de encaminhamento: solicitação, ao Ministério da Saúde, de todas as Portarias em
823 questão, tendo em vista que a publicação das mesmas não cumpriu o disposto no Art. 26 da Lei nº
824 8.080/90; que o Conselho Nacional de Saúde reiterasse a sua posição a respeito da Política de Saúde
825 Mental. Conselheira **Vera Lúcia de Vita** lembrou que os portadores de doença mental foram
826 esquecidos por muito tempo e, nesse sentido, solicitou que o Colegiado considerasse o usuário.
827 Conselheiro **Olympio Távora** reforçou a proposta de encaminhamento apresentada pelo Conselheiro
828 **Mozart de Abreu e Lima**: que em relação à questão da saúde mental, as Portarias fossem
829 encaminhadas à Comissão Intersetorial de Saúde Mental a fim de serem analisadas e, posteriormente,
830 fosse apresentado o Parecer da Comissão ao Plenário. Em seguida esclareceu à Conselheira **Vera**
831 **Lúcia de Vita** que a sua preocupação era com o doente mental, e, assim, indagou como seria o
832 tratamento oferecido tendo em vista que o médico recebia R\$ 1,60 (um real e sessenta centavos) por
833 consulta e uma psicóloga que recebia R\$ 400,00 (quatrocentos reais). Conselheiro **Elias Rassi Neto**
834 solicitou que antes da proposta de encaminhamento final fosse concedida a palavra ao Doutor **Pedro**
835 **Gabriel** a fim de que esclarecesse se os valores de remuneração, apresentados pelo Conselheiro

836 **Olympio Távora Correa**, constavam nas Portarias da forma como foram explicitados. Doutor **Pedro**
837 **Gabriel** esclareceu que a Portaria nº 251/02, em nenhum momento, tratava de remuneração de
838 médicos e que a Portaria nº 77/02 tratava de valores de diária e não de consulta. Apelou para que o
839 Plenário considerasse que a Portaria nº 77/02 fixava valores e a Portaria nº 251/02 criava o
840 procedimento, norma e dava seqüência as deliberações da Conferência, assim, disse que não havia
841 problema em considerá-las separadamente para análise. Em reposta à intervenção do Doutor **Pedro**
842 **Gabriel**, Conselheiro **Olympio Távora Correa**, declarou que as Portarias em questão estavam
843 imbricadas e, por isso, não era possível analisá-las separadamente. Conselheiro **José Carvalho de**
844 **Noronha**, considerando o Art. 26, reforçou a importância de as Portarias serem aprovadas pelo CNS,
845 assim, propôs que o Ministério da Saúde encaminhasse formalmente, na manhã do segundo dia de
846 reunião do CNS, as Portarias para serem apreciadas pela Comissão Intersetorial de Saúde Mental, em
847 caráter de urgência. Conselheiro **Justino Alves Pereira**, informou, primeiramente, que era
848 representante das APAES. Comentou a confiança na atual direção do Setor de Saúde Mental, do MS,
849 tendo em vista o grande interesse demonstrado na área de deficientes. Lembrou que o deficiente não
850 era um doente, mas era parte de um contexto de Saúde Mental e nesse sentido, destacou a
851 importância de o Conselho se manifestar a respeito da prevenção e ao atendimento. Recordou o
852 Decreto nº 3.298/99 que regulamenta a Lei nº 7.853 que delimita todas as áreas de atendimento sem
853 necessidade de outras consultas. Conselheiro **Elias Rassi Neto** chamou atenção para importância de
854 delimitar os limites do processo de discussão acerca das Portarias nºs 251/02 e 77/02 e falou da
855 divergência em relação à pertinência ou não de tabelas, como apresentada na Portaria nº 77/02, serem
856 apreciadas pelo CNS. Nesse sentido, declarou que era papel do Plenário definir valores e critérios,
857 porém, indagou se seria de sua competência determinar os preços dos serviços profissionais.
858 Ressaltou que o interesse do Ministério da Saúde na discussão do tema na 112^a era “liberar” a
859 Comissão Intersetorial de Saúde Mental para dar continuidade aos trabalhos e manter a discussão do
860 Art. 26. Conselheira **Maria Luíza Jaeger** ressaltou a importância de criar um trâmite absolutamente
861 claro em relação às propostas de Conferências que se tornavam deliberações. Conselheiro **José**
862 **Carvalho de Noronha** solicitou que o encaminhamento fosse feito em caráter formal ao Ministério da
863 Saúde. Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** disse que não era necessário se dirigir formalmente ao
864 MS, considerando que havia o representante do MS no Plenário que poderia se colocar à disposição
865 das Portarias em questão. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** declarou que, formalmente, o
866 Colegiado decidira, com a concordância do Ministério da Saúde, acionar os subsídios e a participação
867 do MS na reunião da Comissão Intersetorial de Saúde Mental no 2º dia de reunião do CNS. Para evitar
868 dúvidas, declarou que a Secretaria redigiria um Ofício formalizando a decisão do Plenário. Após
869 exaustiva discussão e inúmeras contribuições, foi aprovado, com voto contrário do Conselheiro
870 **Olympio Távora Corrêa**, o seguinte encaminhamento: **que fosse realizada reunião da Comissão**
871 **Intersetorial de Saúde Mental com a participação do Ministério da Saúde, na manhã do segundo**
872 **dia de reunião do CNS, a fim de apresentar um Parecer acerca das Portarias nºs 251/02 e 77/02**
873 **da SAS ao Colegiado, utilizando como subsídio básico a Líminar e os resultados da III**
874 **Conferência de Saúde Mental**. Conselheira **Gysélle S. Tannous** ressaltou a importância de dar
875 continuidade à discussão da Lei nº 8.080/90. Nesse sentido, foi aprovado o seguinte encaminhamento:
876 **solicitação ao Ministério Público Federal de um Parecer em relação ao Art. 26, 35, 36, 37 da Lei**
877 **nº 8.080/90**. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** retomou a discussão do primeiro dia de
878 reunião lembrando que o Plenário do CNS solicitará um Parecer da Comissão Intersetorial de Saúde
879 Mental sobre as liminares impetradas pela Federação Brasileira de Hospitais contra a aplicação de
880 duas Portarias da SAS. Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** pediu vistas em relação ao Parecer da
881 Comissão Intersetorial de Saúde Mental a fim de que o assunto pudesse ser discutido na 123^a Reunião
882 do CNS e, nesse sentido, destacou que o seu pedido era irrevogável. Coordenador **Nelson Rodrigues**
883 **dos Santos** perguntou ao Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** e ao Plenário se a Comissão
884 Intersetorial de Saúde Mental poderia apresentar o seu Parecer, como preparação para deliberação do
885 Colegiado na reunião de setembro de 2002. Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** declarou que,
886 apesar do pedido de vistas, a apresentação da matéria deveria ser feita, tendo em vista que desejava
887 apresentar considerações a respeito do tema. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** apresentou
888 uma questão de ordem, a fim de esclarecer que o pedido de vistas teria de ser fundamentado em uma
889 matéria, assim, como a matéria não tinha sido apresentada para apreciação do Colegiado, o
890 Conselheiro poderia apenas antecipar que iria pedir vistas em relação a mesma. Coordenador **Nelson**
891 **Rodrigues dos Santos** concedeu a palavra à Conselheira **Adeliana Dal Ponte** a fim de que
892 apresentasse o Parecer da Comissão Intersetorial de Saúde Mental. Conselheira **Adeliana Dal Pont**
893 fez a leitura do Parecer da Comissão, destacando, primeiramente, os participantes da reunião, a saber:
894 Conselheira **Vera Lúcia de Vita**, representante do CNS, Doutor **Pedro Gabriel Delgado**,
895 representante do Ministério da Saúde, Senhora **Nilzarete Margarida de Lima**, Comissão de Direitos

896 Humanos do MJ, Senhora **Adeliana Dal Pont**, representante do CONASEMS, Conselheira **Maria**
897 **Luíza Jaeger**, representante do CONASS, Senhor **Alfredo Shechtman**, suplente representante do
898 MS, Senhora **Karime Porto**, Ministério da Saúde, Senhora **Elizabete Pinheiro de Albuquerque**,
899 Ministério da Saúde, Conselheiro **Gilson Magalhães** e Conselheiro **Elias Rassi Neto**. Em seguida,
900 esclareceu que as Portarias SAS/MS nºs 251/02 e 77/02 foram analisadas separadamente e, assim
901 havia duas Recomendações do GT. Primeira Recomendação: No que se refere à Portaria SAS/MS nº
902 251/02, a Comissão Intersetorial de Saúde Mental, considerando: **I**) que a Portaria atende: **a**) a Lei
903 Federal nº 10.216/01; **b**) as diretrizes propostas na III Conferência Nacional de Saúde Mental; **c**) as
904 diretrizes do Programa Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Justiça. **II**) que na composição
905 do GT Portaria SAS nº 395/01, para elaboração da Portaria nº 251/02, membros da Comissão de
906 Saúde Mental do CNS se fizeram presentes através das representações do MS, CONASS,
907 CONASEMS, usuários de saúde mental e da Federação Brasileira de Hospitais, recomenda ao
908 Plenário do CNS a ratificação da Portaria nº 251/02 por representar um avanço significativo na
909 consolidação da Política de Saúde Mental vigente no país. Segunda Recomendação: No que se refere
910 à Portaria SAS/MS nº 77/02, a Comissão Intersetorial de Saúde Mental, considerando: **I**) que os
911 valores de remuneração previstos não reduziam aqueles já praticados anteriormente – Portaria nº
912 469/01 – não havendo, portanto, alteração significativa quanto a este ponto; **II**) que a diferença
913 introduzida pela Portaria nº 77/02 consistia na inclusão do critério de avaliação da qualidade do
914 atendimento através do PNASH, ausente nas normas anteriores; **III**) que a Portaria nº 77/02
915 operacionalizava a Portaria nº 251/02, recomenda ao Plenário do CNS a ratificação da Portaria nº
916 77/02. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** abriu as inscrições, mas considerando o pedido
917 de vistas, declarou que não havia compromisso legal de deliberação por parte do CNS. Conselheiro
918 **José Carvalho de Noronha** apresentou a seguinte questão de ordem: que fosse clarificada a matéria
919 que estava em deliberação, tendo em vista que o pedido de vistas fora feito sobre o Parecer da
920 Comissão Intersetorial de Saúde Mental em relação às duas Portarias em questão. Assim, disse que o
921 CNS não estava impedido de analisar, debater e deliberar sobre matéria correlata. Coordenador
922 **Nelson Rodrigues dos Santos** declarou que o Plenário era soberano para decidir o grau de
923 correlação das matérias, mas devido ao pedido de vistas, o Plenário não poderia deliberar,
924 especificamente, acerca das duas Portarias da SAS/MS. Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima**
925 destacou, primeiramente, que os Conselheiros, que possuíam prerrogativa de deliberação, poderiam
926 mudar suas posições perante as considerações do Colegiado e, posteriormente, justificar sua posição
927 perante o segmento que representava. Em seguida, lamentou a posição adotada pela Comissão que
928 analisou as Portarias nºs 251/02 e 77/02, por não terem considerado os diferentes fatos apresentados
929 relativos à Lei nº 8.080/90 e a Constituição Federal e por terem balizado as decisões em fundamentos
930 errôneos de outras decisões. Disse, ainda, que a Comissão não apresentara uma explicação correlata
931 do porquê da necessidade das duas Portarias. Apresentou a sua posição sobre o assunto e falou da
932 interpretação do Art. 26 por acreditar que poderia apontar “soluções” para o desfecho da questão.
933 Esclareceu que o Art. 37 da Constituição definia os princípios da administração pública, a saber: **a**)
934 legalidade; **b**) impensoalidade; **c**) publicidade; **d**) eficiência. Assim, disse que estava em questão a
935 legalidade, tendo em vista que fora concedida Liminar, em virtude de dúvida acerca da legalidade do
936 ato e que o Conselho fora comprometido. Explicou que tal fato, em Direito Constitucional, consistia em
937 crime de responsabilidade e o Conselho deveria manifestar-se sobre o assunto porque era de sua
938 competência e, conforme o Art. 26, determinar o que deveria ser feito. Declarou que era fácil cumprir o
939 Art. 27 e que tivera o cuidado de analisá-lo, sempre em defesa da Lei nº 8.080/90 considerada difícil de
940 ser cumprida. Para melhor análise, separou os pontos que o Art. 26 definia, sendo eles: **a**) critérios e
941 valores para remuneração de serviços; **b**) parâmetros de cobertura assistencial; **c**) formas de reajuste
942 de pagamento da remuneração; **d**) processo de gestão estabelecido pela Direção Nacional do SUS.
943 Em seguida, esclareceu que critérios eram os especificados para o cumprimento da Lei. E que a Lei
944 em questão era a que regulava a saúde mental no Brasil. Lembrou que Leis eram Recomendações
945 aprovadas pelo CNS, derivadas da Conferência ou não. Nesse sentido, perguntou qual a dificuldade do
946 Ente da Direção Nacional apresentar ao Colegiado os critérios adotados na produção das Portarias.
947 Lançou, ainda, as seguintes dúvidas: quais seriam os parâmetros e valores – materiais, tecnológicos,
948 financeiros – para consecução da Medida Provisória? Seria necessária a criação de novos hospitais, a
949 revisão dos hospitais existentes e retificação de suas estruturas? O que eram parâmetros de cobertura
950 assistencial? O que se pretendia? Como seria ampliada a cobertura e aperfeiçoada a qualidade da
951 assistência? O que eram formas de reajuste de pagamento de remuneração? Declarou que era
952 necessário esclarecer ao CNS qual seria a forma de pagamento adotada e como se daria o reajuste e
953 se a ação proposta teria repercussão efetiva sob a vida do cidadão, tendo em vista que esses aspectos
954 não estavam claros para o Conselho. Ressaltou, ainda, que era necessária a especificação dos
955 elementos que levaram a necessidade da Portaria. Afirmou que o interesse da preservação do controle

social era o elemento fundamental e princípio basilar que a Constituição Federal estabeleceu ao criar o SUS. Disse que as intenções do Doutor **Pedro Gabriel** eram as melhores possíveis, porém solicitou que o controle social fosse considerado mais importante que as intenções do Doutor **Pedro Gabriel** e da Direção Nacional de Sistema, onde o controle social se inseria. Como representante da Sociedade Civil e Comunidade Científica, apelou para que o Colegiado perguntasse ao representante do MS qual o objetivo das Portarias. Ressaltou que não era viável redigir um documento que determinava a validade das Portarias em questão a partir da validade de outras Portarias e de Decreto anterior e desconsiderar que um Ente do Poder Judiciário colocara em dúvida as mesmas. Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** declarou que certos aspectos da questão não ficaram claros e, por essa razão, solicitou cópia do pedido de vistas a fim de ter conhecimento dos motivos que motivaram o pedido. Lembrou que era responsável por representar, no CNS, uma Entidade que possuía 9 milhões de associados que enfrentavam dificuldades nos manicômios e outras casas de atendimento aos portadores de deficiências. Declarou que acima de qualquer questão, existia o compromisso com o bem estar das pessoas e com o respeito aos direitos humanos e que a ética devia prevalecer em todos os lugares. Disse, ainda, que o Colegiado, ao aprovar qualquer matéria, deveria ter ciência do compromisso com o bem estar de milhares de brasileiros que passavam pelas mais diversas dificuldades. Solicitou que qualquer posição assumida pelo Plenário fosse direcionada à proteção da vida e ao zelo com as pessoas. Conselheiro **Elias Rassi Neto** lembrou que o Conselho encomendara uma apreciação exclusiva das Portarias nºs 251/02 e 77/02 e que a Comissão não se reuniu por iniciativa própria. Afirmou que, certamente, a Lei nº 8.080/90 possuía uma amplitude maior do que as duas Portarias em questão, mas, não coube à Comissão, a apreciação de aspectos não definidos nas Portarias. Além disso, disse que não se deveria considerar que duas Portarias abarcassem todas as dimensões definidas na Lei nº 8.080/90 e que não cabia a uma Portaria definir todos os valores e parâmetros conforme afirmação do Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima**. Assim, apelou para que se procedesse a leitura da Portaria nº 251/02 e da Portaria nº 77/02 com a mesma atenção que fora feita a leitura da Constituição Federal e da Lei nº 8.080/90, para que se reduzisse a expectativa em relação a simples Portarias. Ressaltou que a vinculação da Portaria nº 251/02 e da Liminar concedida por um juiz primário, exigira, por parte do MS, a adoção de medidas adequadas para que a aplicação da Política de Saúde Mental não fosse suspensa. Nesse sentido, justificou a solicitação do Parecer da Comissão Intersetorial de Saúde Mental. Apelou para que a discussão sobre saúde mental não contaminasse a discussão do Art. 26 da Lei nº 8.080/90 e que as relações do CNS com os gestores não interferissem na aplicação e operacionalização das diretrizes já adotadas no campo da saúde mental. Recordou o pedido de vistas do Ministério da Saúde, na reunião de julho do CNS, em relação à educação tecnológica que propiciou importantes mudanças de posição na discussão da questão. Colocou que o período de um mês permitiria analisar melhor a questão e declarou que a proposta de Nota Oficial poderia apontar soluções para o impasse. Conselheiro **Olympio Távora Correa** reforçou o apelo de leitura atenta das Portarias para discussão. Disse que a grande maioria do Colegiado não tinha conhecimento das Portarias e, por isso, não havia possibilidade de serem discutidas e haver deliberação na 122ª Reunião do CNS. Chamou atenção para urgência absoluta do Ministério da Saúde em aprovar as duas Portarias na 122ª Reunião, tendo em vista que as mesmas foram editadas a seis meses –em fevereiro de 2002. Completou esclarecendo que a Portaria nº 251/02 fora prorrogada por mais 60 dias e que aproximadamente 50% dos hospitais psiquiátricos não foram avaliados no PNASH. Afirmou que, apesar do Parecer da Comissão ser a favor da aprovação das Portarias, era necessário e importante considerar o desrespeito com o CNS. Disse que, pela primeira vez, uma Entidade prestadora de serviço resolveu questionar determinados comportamentos do MS e que o juiz, reconhecendo a validade do questionamento, concedera a Liminar. Nesse sentido, destacou duas possibilidades: ou o Ministério da Saúde contestava a Liminar a fim de derrubá-la ou o Colegiado aguardaria a Reunião Ordinária de setembro de 2002 para aprovar as Portarias e, assim, todos teriam tempo para analisá-las. Falou que a questão relativa às Portarias trazia à tona uma questão de maior importância sobre a respeitabilidade e a importância do CNS no âmbito do SUS. Justificou que o pedido de vistas fora feito a fim de que o Colegiado tivesse tempo de analisar a Portaria nº 251/02 e, no mês de setembro de 2002, caso fosse necessário, melhorá-la a fim de facilitar a sua operacionalização. Por fim, declarou que, em nenhum momento, questionara o mérito da Portaria, mas sim o fato de não ter sido apreciada pelo CNS. Conselheira **Maria Luíza Jaeger** esclareceu ao Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** que os participantes da Comissão de Saúde Mental possuíam uma trajetória na área de saúde mental e analisaram as Portarias nºs 215/02 e 77/02, conforme deliberação, em termos da saúde mental. Lembrou que era papel das Comissões analisar tecnicamente, em cada uma das áreas, a coerência das propostas apresentadas com as propostas do CNS, e no caso da saúde mental, se estariam de acordo com a Conferência Nacional de Saúde Mental. No que se refere ao Art. 26, sugeriu que uma Comissão apresentasse proposta do CNS em

1016 relação ao Art. 26 e o que o Ministério da Saúde encaminhasse ao CNS parecer sobre a questão, em
1017 cumprimento ao Art. 26. Chamou atenção para o fato da Federação dos Hospitais ter entrado com uma
1018 Liminar contra a Portaria nº 251/02 de fevereiro no momento da implantação da reclassificação dos
1019 hospitais. Perguntou o porquê disso e se a saúde da população ganharia com isso. Disse que era
1020 absolutamente legítimo o pedido de vistas da Federação, mas lembrou que o Plenário era o
1021 responsável pelo adiamento da discussão do tema. Disse ao Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima**
1022 que era necessário definir a interpretação do CNS em relação ao Art. 26 e destacou que era importante
1023 realizar Conferências Nacionais e implementar as políticas. Propôs que fosse feita uma Resolução do
1024 CNS a respeito de como trabalhar com os relatórios das Conferências, juntamente com um resumo das
1025 Diretrizes Nacionais a serem seguidas. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** propôs que o
1026 pronunciamento do Conselheiro **Mozart de Abreu e Lima** fosse degravado ou que o Conselheiro
1027 apresentasse uma síntese do seu pronunciamento ao Plenário. Conselheiro **José Carvalho de**
1028 **Noronha** reiterou a seguinte proposta: que se aproveitasse a polêmica surgida a partir da discussão
1029 das Portarias para discutir a implementação das Resoluções da III Conferência Nacional de Saúde
1030 Mental e, no bojo dessas discussões, fosse avaliada a “eficiência” das Portarias como instrumento
1031 disponível para implementação dessa ação. Lembrou que a Lei nº 10.216, no Art. 12, estabelecia que
1032 o CNS criaria uma Comissão para acompanhar a implementação da Lei. Concordou com a posição da
1033 Comissão Intersetorial de Saúde Mental de que a Portaria nº 251/02 teria elementos que caminhavam
1034 na direção do fortalecimento da Lei nº 10.216. Por outro lado, reforçou que o pagamento por diária
1035 estimulava a permanência do paciente no hospital e, nesse sentido, lembrou que a Portaria nº 77/02
1036 insistia nesse tipo de pagamento. Apelou ao MS para que, ao analisar a Política de Saúde Mental
1037 aprovada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, apresentasse, na próxima reunião, um painel
1038 para fundamentar a aplicação das Portarias nºs 251/02 e 77/02, tendo em vista que isso propiciaria a
1039 oportunidade de aperfeiçoar as Portarias e o CNS não “fugiria” da sua missão duplamente legal.
1040 Destacou que era necessário ter certeza de que as duas Portarias constituíam na melhor maneira de
1041 implementar a Lei nº 10.216. Afirmou que o MS não devia rever as Portarias que publicou, mas que
1042 alertado pela decisão judicial, daqui em diante, submetesse à apreciação do CNS as Portarias que
1043 estabelecessem valores, conforme versa o Art. 26. Destacou, por fim, uma nota da ABRASCO de sua
1044 lavra, afirmando que “os tempos são de mudanças”, destacou que, também no âmbito do MS, era
1045 necessário dar um passo à diante de confiança, no sentido de mostrar disposição no cumprimento da
1046 Lei. Conselheira **Vera Lúcia de Vita** reiterou, perante o Plenário, o seu grande respeito pelos pares e o
1047 seu imenso orgulho de participar do CNS, em especial, de ser a Coordenadora da Comissão
1048 Intersetorial de Saúde Mental. Lembrou que a Lei nº 10.216, que se tornara a “bíblia” para modificação
1049 da questão da saúde mental no país, levara doze anos para ser aprovada. Falou, ainda, da seriedade
1050 da Comissão Intersetorial de Saúde Mental e deixou a cargo do CNS decidir por sua permanência ou
1051 não na Coordenação da Comissão. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que o
1052 pedido de vistas do Conselheiro **Olympio Távora Corrêa** fora feito em razão da complexidade do
1053 assunto. Afirmou que seria enviada para todos os Conselheiros a cópia das Portarias, do pedido de
1054 vistas e demais informações sobre o assunto. Informou ao Colegiado que, na reunião da Comissão de
1055 Coordenação Geral de setembro de 2002, seria pautada a discussão sobre as modalidades de
1056 remuneração. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** solicitou a degravação dos
1057 pronunciamentos acerca das Portarias. Conselheira **Maria Luíza Jaeger** reforçou a necessidade de
1058 designar uma Comissão para elaborar duas Recomendações: a primeira em relação ao Art. 26 e a
1059 segunda sobre os relatórios das Conferências de Saúde. **ITEM 08 – “O DESENVOLVIMENTO DO**
1060 **SUS: AVANÇOS, DESAFIOS E REAFIRMAÇÃO DE SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES” –**
1061 **DISCUSSÃO DO DOCUMENTO** – Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que a
1062 versão do documento *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Reafirmação de*
1063 *Princípios, Avanços e Desafios* a ser apresentada pelo Conselheiro **Sérgio Francisco Piola** vinha
1064 sendo aprimorada desde o mês de fevereiro de 2002. Lembrou a elaboração de uma série de
1065 compromissos extraídos do conteúdo do documento a serem repassados a todos os candidatos à
1066 Presidência da República e Governos Estaduais com objetivo dos mesmos se pronunciarem
1067 formalmente perante o Conselho antes das eleições. Declarou que as contribuições ao documento
1068 seriam relativas, especificamente, ao aspecto formal do documento, tendo em vista que o conteúdo já
1069 fora exaustivamente discutido. Esclareceu, ainda, que o Coordenador do GT de Desenvolvimento do
1070 SUS incorporara contribuições ao documento e fizera uma revisão redacional do documento.
1071 Conselheiro **Sérgio Francisco Piola**, Coordenador do GT do Desenvolvimento do SUS, disse que
1072 realizara uma revisão formal e redacional da versão de 16 de julho a fim de melhorar a apresentação
1073 do documento. Agradeceu, particularmente, as contribuições das Conselheiras **Maria Leda de R.**
1074 **Dantas** e **Maria Natividade G. S. T. Santana** ao documento. Assim, submeteu à apreciação do
1075 Colegiado a versão preliminar, de 05 de agosto de 2002, do documento *Desenvolvimento do Sistema*

1076 *Único de Saúde no Brasil: Reafirmação de Princípios, Avanços e Desafios*. No que se refere a
1077 composição do documento, esclareceu que fora feita reformulação da ordem de capítulo e
1078 incorporação das contribuições da Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** sobre Recursos
1079 Humanos. Em seguida, apresentou a composição do documento: **a) Apresentação; b) Introdução; c)**
1080 **Compromissos; d) Condições sócio-sanitárias; e) Recomendações da 11ª Conferência Nacional de**
1081 **Saúde; f) Avanços conseguidos na construção do SUS; g) Desafios e reafirmação dos Princípios e**
1082 **Diretrizes do SUS**. Ressaltou que era necessário discutir questões de forma do documento, mas que o
1083 foco central da discussão seria o encaminhamento a ser dado ao documento. Reforçou, ainda, os dois
1084 objetivos do documento; **a) posição do CNS sobre o desenvolvimento do SUS a ser apresentada aos**
1085 **Candidatos à Presidência da República; b) servir de base para construção dos indicadores de**
1086 **avaliação do SUS**. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** agradeceu o acolhimento das
1087 contribuições do FENTAS e sugeriu que fosse incorporado o caráter deliberativo dos Conselhos de
1088 Saúde. Propôs que fosse redigida uma versão mais condensada do documento para ser enviada aos
1089 candidatos, juntamente com o documento maior para servir consulta. Conselheira **Clair Castilhos**
1090 propôs, considerando a experiência do Movimento Feminista, que fosse redigido um “resumo” dos
1091 principais pontos do documento *Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Reafirmação*
1092 *de Princípios, Avanços e Desafios*, a fim de divulgá-lo. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** disse
1093 a idéia da Comissão que elaborara o documento era que o “resumo” proposto pela Conselheira **Clair**
1094 **Castilhos** fosse os 11 compromissos dispostos no documento. Conselheiro **Sérgio Francisco Piola**
1095 indagou se o capítulo dos compromissos acompanhado de uma apresentação e/ou introdução
1096 atenderiam ao objetivo do CNS ou se era necessário agregar outras questões. Nesse sentido,
1097 destacou a necessidade de delimitar o núcleo mínimo a ser contemplado no documento para ser
1098 enviados aos candidatos à Presidência e Governos Estaduais. Conselheiro **Edmundo Fontes** sugeriu
1099 que fosse redigida uma “carta compromisso” com os principais pontos consensuais do CNS em relação
1100 ao SUS, a partir do documento. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** declarou que os 11 compromissos
1101 dispostos no documento constituíam a base documento, tendo em vista que contemplavam os
1102 objetivos, as ações, os princípios e as diretrizes do SUS e, caso assumidos, atenderiam a garantia e
1103 efetivação do acesso. Sugeriu que fosse incluído aos compromissos item referente à “garantia da
1104 qualidade dos serviços” e a “humanização do serviço”, destacando a importância de conquistar a
1105 confiança da população em relação ao sistema de saúde e a confiança no serviço público. Conselheiro
1106 **Sérgio Francisco Piola** comentou a pertinência das intervenções dos Conselheiros **Edmundo Fontes**
1107 e **Geraldo Adão**, destacando que era necessário realizar uma revisão nos compromissos,
1108 considerando que ficara pouco explícita a questão do compromisso com políticas públicas e, não
1109 somente com a questão saúde. Concordou com a necessidade de questões como a garantia da
1110 qualidade do serviço, da humanização e do controle social serem destacadas no documento.
1111 Esclareceu que na última versão do documento fora mantida correspondência entre os desafios e
1112 compromissos apresentados. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** destacou as três
1113 propostas apresentadas: **a) enfatizar o caráter deliberativo do CNS; b) enfatizar o pleno exercício do**
1114 **controle social; c) enfatizar a garantia da qualidade e humanização dos serviços; d) enfatizar a**
1115 **Emenda Constitucional nº 29**. Conselheira **Zilda Arns Neumann** chamou atenção para necessidade
1116 de agilizar o documento, tendo em vista que muitos candidatos estavam com suas políticas prontas.
1117 Propôs que os principais avanços do SUS fossem enfatizados na introdução do documento como a
1118 descentralização, efetivação da Política de Saúde Indígena. Solicitou, por outro, que fossem
1119 focalizados as áreas deficitárias que necessitavam ser corrigidas como a Política de Recursos
1120 Humanos do SUS, efetiva participação dos Estados e Municípios, articulação intersetorial
1121 principalmente na área de segurança alimentar dentro outras áreas. Sugeriu que ao compromisso 4,
1122 letra b, das ações setoriais fosse acrescida “população indígena”. Conselheiro **Sérgio Francisco**
1123 **Piola** ressaltou a importância de definir o conteúdo da introdução e da “súmula”. Nesse sentido, propôs
1124 que a introdução apresentasse a finalidade e a composição do documento, considerando que o
1125 documento já estava extenso. Conselheira **Clair Castilhos** sugeriu a composição de Comissão para
1126 formular a proposta de “súmula” a ser submetida à apreciação do Colegiado e, se possível, aprovada.
1127 Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** chamou atenção para o compromisso 1: Construção da eqüidade,
1128 conforme disposto na página 7 do documento, indagando se ao falar da “distribuição da terra”, deveria
1129 ser enfatizado um programa de reforma agrária ou não. Solicitou, ainda, que fosse reforçada a idéia
1130 do desenvolvimento local sustentável e comentou a questão da segurança alimentar, destacando que
1131 a agricultura familiar era essencial à base da segurança alimentar de milhares de cidadãos carentes.
1132 Conselheira **Gyselle S. Tannous** falou do Compromisso 4: Implementação do caráter de porta de
1133 entrada dos serviços de atenção básica à saúde, especificamente da letra “e”, destacando que o
1134 serviço de reabilitação dos portadores de deficiência não estaria no âmbito da atenção básica e os
1135 “cuidados”, conforme explicitado de maneira genérica, não estariam explicitando o interesse de

1136 implementação do trabalho de reabilitação no âmbito do SUS. Nesse sentido, sugeriu que “os
1137 cuidados” fossem ordenados, considerando a lógica do atendimento que estariam na média
1138 complexidade. Propôs, ainda, ênfase ao reconhecimento da violência enquanto problema de saúde
1139 pública e atenção especial aos programas de saúde mental. Conselheiro **Sérgio Francisco Piola**
1140 esclareceu que, no momento, a preocupação era com o serviço de atenção básica e, por isso, não fora
1141 dado o mesmo tratamento à média complexidade. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**
1142 sugeriu que fosse acrescida a letra “e” o trecho “*dentro dos limites da atenção básica*”. Conselheiro
1143 **José Carvalho de Noronha** chamou atenção para importância das contribuições do Colegiado ao
1144 documento. Em relação à forma do documento, destacou que não seria necessária a ênfase dos
1145 compromissos e realizações na introdução, pois teria o documento base para referência. Assim,
1146 propôs que a introdução do documento fosse sucinta com ênfase nos compromissos. Quanto aos
1147 compromissos, disse que a intersetorialidade era um compromisso da magnitude da construção da
1148 equidade e deveria ter um destaque na introdução do documento, ressaltando, ainda, que seria um
1149 retrocesso se a intersetorialidade, enquanto ação de governo nacional, não ocupasse um lugar de
1150 destaque. Falou da importância de ser tratada no documento a questão da política de desenvolvimento
1151 econômico, sustentável e declarou que a Política de Saúde Mental não poderia ser reduzida à política
1152 de saneamento. Em seguida, endossou a proposta do Conselheiro **Geraldo Adão Santos** de
1153 transformar a questão da qualidade e humanização do serviço em um compromisso. Declarou que não
1154 considerava conveniente associar investimentos e CIT, tendo em vista que o investimento em CIT não
1155 possuía a mesma natureza dos investimentos em infra-estrutura sanitária, e nesse sentido, declarou
1156 que o Compromisso 6 deveria ser dividido em dois, pois tratava de dois assuntos de natureza lógica
1157 distinta que deveriam ser considerados em “capítulos” diferentes. Conselheiro **Edmundo Fontes**
1158 comentou a importância de enfatizar as questões mais preocupantes do SUS no documento, bem
1159 como todos os pontos considerados importantes como o acesso, a humanização, financiamento da
1160 saúde, a intersetorialidade das questões de saúde. Sugeriu que fosse realizado um ato para
1161 lançamento do documento e que o trabalho não tivesse como limite as eleições do ano 2002.
1162 Conselheiro **Sérgio Francisco Piola** reforçou a distinção entre o documento “maior”, que serviria de
1163 base para um processo de discussão permanente para construção dos indicadores de avaliação do
1164 SUS, e o documento “menor”, que seria mais político, e deveria ser discutido pelo Colegiado a fim de
1165 que fossem definidos os “elementos” para sua composição. Conselheiro **Augusto Alves Amorim**
1166 declarou que o documento estaria muito bem formulado, porém, era muito amplo para ser enviado aos
1167 candidatos e que pessoas não entendidas do assunto sentiriam dificuldades em retirar os pontos
1168 principais do mesmo. Assim, enfatizou a importância de elaboração de “resumo” para ser enviado aos
1169 candidatos. Aproveitou a oportunidade para informar que se encontrava nas pastas dos Conselheiros
1170 uma proposta preliminar da programação de reunião sobre segurança alimentar que aconteceria em
1171 outubro de 2002 e solicitou contribuições do Colegiado. Conselheiro **Climério Rangel Júnior** declarou
1172 que era imprescindível apresentar o documento aos candidatos a fim de que fosse considerado no
1173 plano de governo dos mesmos, mas mostrou preocupação com as ações para que fossem realmente
1174 cumpridas as solicitações. Reforçou a necessidade de acompanhar a implementação e cobrar os
1175 resultados das reivindicações e perguntou qual seria a estratégia a ser utilizada a fim de que os
1176 compromissos fossem cumpridos. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** apresentou
1177 propostas de modificações: a) o termo “garantir” fosse substituído por “possibilita”, tendo em vista a
1178 “fragilidade” do verbo; b) o termo “implantação” do SUS fosse substituído por “implementação”,
1179 considerando que o SUS estaria sendo implementado. Completou esclarecendo que determinados
1180 trechos do documento favoreciam a interpretação de que o modelo passado não existia mais e que o
1181 SUS estaria implantado. Reforçou a importância de apresentar dados e percentuais para comprovar as
1182 afirmações do documento e propôs que não fossem utilizadas enfaticamente expressões como “apesar
1183 disso”, “se não”. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que nos parágrafos finais de
1184 todos os compromissos destacavam que a regra era o modelo antigo e levantou a possibilidade de
1185 destacar a questão na introdução do documento. Disse, ainda, que constava nas referências
1186 bibliográficas do documento os percentuais em número, com exceção dos 85% de solução dos
1187 problemas da procura ao nível da atenção básica, pois não havia uma referência para citar.
1188 Conselheiro **Sérgio Francisco Piola** esclareceu que a questão dos percentuais dos gastos não estaria
1189 citada e sobre a questão da resolutividade da atenção básica, disse que havia vários documentos da
1190 OMS, do Banco Mundial. Conselheira **Zilda Arns Neumann**, sugeriu que no Compromisso 4: Implementação
1191 do caráter de porta de entrada dos serviços da atenção básica à saúde, na letra b) fosse acrescido o
1192 trecho “*promoção da saúde mental, familiar e comunitária e de educação para uma cultura de paz*”. E, ainda,
1193 que fosse acrescentado mais um item ao Compromisso 4 com a seguinte redação “*promover a resolutividade na atenção básica*”. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**
1194 declarou que o GT de Desenvolvimento do SUS considerou que os Capítulos 5 e 6 relativos aos

1196 Avanços e Desafios eram os eixos centrais do documento, pois tratavam dos Avanços e Desafios do
1197 SUS nos últimos doze anos e, por isso, não poderiam ser “enxutos” sob o risco de transformá-los em
1198 princípios e diretrizes. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** declarou que o documento favorecia a
1199 oportunidade de apresentar aos candidatos e a sociedade quais eram as grandes preocupações do
1200 CNS sobre o SUS. Reforçou a questão levantada pela Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**
1201 sobre a idéia de que o modelo antigo não existia mais e o SUS estaria totalmente implementado e citou
1202 o 1º parágrafo da página 7 como exemplo. Falou da importância de deixar claro o que era o processo
1203 de desconstrução/substituição do modelo anterior a Constituição Federal de 1988 e o que tal fato
1204 representaria nos desafios do SUS e que contribuiria para o aumento da vontade política com o
1205 sistema. Sugeriu que fossem retiradas expressões como “*apesar disso*” e perguntou o porquê da
1206 utilização das aspas na página 15 e solicitou providências a esse respeito. Comentou, ainda, o grande
1207 desafio da questão da saúde do trabalhador ser tratada no âmbito do SUS, sugerindo que o tema fosse
1208 incorporado aos desafios do documento. Conselheira **Cibele G. de Mello Osório** agradeceu à
1209 Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** por ter destacado a questão da saúde do trabalhador.
1210 Disse que, apesar de permear todo o documento, as condições sócio-econômicas mereciam maior
1211 destaque no documento. Reforçou que os avanços conseguidos em relação ao SUS eram decorrentes
1212 de esforços da sociedade, do controle social, dos Conselhos de Saúde, dos Secretários Estaduais e
1213 Municipais, dentre outros. Comentou a utilização do termo “*emprego e renda*” no documento e propôs
1214 que fosse substituído pelo termo “*trabalho*”, por ser mais amplo e envolver várias outras questões
1215 como condições de trabalho, forma de gratificação e prazer. Conselheiro **Sérgio Francisco Piola**
1216 propôs que fosse dada ênfase às políticas mais gerais, da articulação das políticas na parte dos
1217 compromissos do documento. Conselheira **Maria Luíza Jaeger** chamou atenção para utilização do
1218 termo “*nível estadual, federal e municípios*” e declarou que era importante deixar clara no documento a
1219 idéia de atenção à saúde e não simplesmente de assistência à saúde. Sugeriu que as questões
1220 levantadas fossem concentradas no capítulo dos compromissos a fim de evitar que o documento
1221 ficasse muito extenso. Conselheira **Clair Castilhos** sugeriu que o Item 4 referente às recomendações
1222 da 11ª Conferência Nacional de Saúde passasse a ser o Item 2 do documento, tendo em vista que a
1223 Conferência era o maior orientador para diretrizes e políticas que se desejava para a área da saúde.
1224 Propôs que a questão da saúde da mulher fosse tratada com mais ênfase no documento, tendo em
1225 vista que o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde apresentava propostas de ações básicas
1226 para saúde da mulher. Disse que o documento fora muito bem elaborado, porém fora dada ênfase às
1227 questões estruturais e de funcionamento. Sugeriu três possibilidades para consideração do tema no
1228 documento: **a)** no item V: Avanços Obtidos na Construção do SUS; **b)** no item VI: Desafios e
1229 reafirmação dos Princípios e Diretrizes do SUS; **c)** Compromisso 4: Implementação do caráter de porta
1230 de entrada dos serviços de atenção básica à saúde. Conselheiro **Elias Rassi Neto** falou do Item VI:
1231 Avanços na Construção do SUS, especificamente ao Item 6, que tratava do aumento da cobertura em
1232 todos os níveis de complexidade e afirmou que o PACS e o PSF não deveriam ser considerados como
1233 simples aumento de cobertura, pois representavam uma mudança no modelo de atendimento que era
1234 por demanda e passara a ser de responsabilização sanitária. Propôs que fosse incluído no documento
1235 um compromisso referente à cooperação estrangeira, em particular com a África e regiões em guerra a
1236 fim de trabalhar a questão simbólica da paz. Conselheira **Clair Castilhos** endossou a proposta do
1237 Conselheiro **Elias Rassi Neto** e propôs que fossem acrescentadas algumas questões em relação ao
1238 ambiente de paz e da não violência no Brasil. Conselheiro **Elias Rassi Neto** especificou que o objetivo
1239 da sua proposta era ter equipes brasileiras auxiliando na manutenção das condições de saúde das
1240 referidas populações. Conselheiro **Sérgio Francisco Piola** concordou com a proposta de acrescentar
1241 um compromisso referente à “*promoção da paz*”, “*luta contra a violência*” e “*cooperação estrangeira*”.
1242 Conselheiro **Geraldo Adão Santos** propôs que constasse na introdução do documento, implícito ou
1243 explicitamente, que o SUS era um sistema construído para todos os brasileiros e não somente para
1244 atender a população carente. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** apresentou a seguinte
1245 proposta de encaminhamento da Comissão de Coordenação Geral: aprovado o documento, o capítulo
1246 dos compromissos seria: **a)** acoplado ao documento em forma de anexo, podendo ser destacado para
1247 facilitar a leitura; **b)** permaneceria na composição do documento e repetido no final do documento em
1248 forma de anexo para facilitar a leitura. A partir daí um grupo de Conselheiros entregaria o documento
1249 nos escritórios eleitorais dos candidatos à Presidência da República, localizados em Brasília. Além
1250 disso, no ato da entrega do documento, solicitar ao candidato ou ao seu representante o
1251 pronunciamento formal, por escrito, sobre os compromissos a ser entregue antes das eleições e obter
1252 o compromisso dos mesmos enviarem os seus respectivos responsáveis pela área da saúde para a
1253 reunião de setembro de 2002 a fim de debater os compromissos. E que o documento fosse enviado a
1254 todos os Conselhos Estaduais com recomendação do CNS para que os mesmos, no prazo possível,
1255 acrescentassem realidades estaduais ao documento a fim de obter os mesmos compromissos dos

1256 candidatos a Governos Estaduais. Conselheiro **Sérgio Francisco Piola** concordou com as propostas
1257 apresentadas pelo Colegiado de enfatizar algumas questões nos compromissos como: crescimento
1258 econômico, políticas intersetoriais no âmbito nacional, garantia da qualidade e humanização do
1259 atendimento, Emenda Constitucional nº 29, luta contra violência e compromisso com a cooperação e
1260 reforço do controle social. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** lembrou a proposta de
1261 encaminhamento apresentada pelo Conselheiro **Edmundo Fontes**: lançamento público do documento,
1262 que poderia ser no Congresso Nacional, ainda no ano de 2002, com a finalidade de obter
1263 compromissos dos candidatos eleitos, porém sem caráter de urgência. Conselheira **Clair Castilhos**
1264 concordou com a proposta de encaminhamento apresentada e propôs que fosse feito lançamento
1265 público do documento no Congresso Nacional com a Bancada Parlamentar da Saúde, com a presença
1266 da mídia no ato da entrega. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** endossou a proposta da Conselheira
1267 **Clair Castilhos**, tendo em vista que isso representaria um ganho para o Conselho, pois suas ações
1268 seriam divulgadas. Conselheiro **Willian Saad Hossne** endossou o encaminhamento proposto pela
1269 Comissão Geral e indagou se haveria encaminhamento interno a respeito do documento. Coordenador
1270 **Nelson Rodrigues dos Santos** declarou que todas as entidades e instituições representadas no CNS
1271 receberiam formalmente o documento. Conselheiro **Augusto Alves Amorim** destacou a importância
1272 de contactar a Frente Parlamentar da Saúde. Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** comentou a
1273 possibilidade de os candidatos referendarem o documento em programas de televisão, a fim de
1274 divulgar o documento. Reforçou a importância de os Conselheiros divulgarem o documento nas suas
1275 respectivas entidades e nos mais variados espaços. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**
1276 colocou em votação a proposta de encaminhamento da Comissão de Coordenação Geral: **aprovada,**
1277 **por unanimidade**. Destacou que a proposta aprovada era manter os compromissos incluídos no
1278 documento e em um bloco à parte, separado do documento. Conselheira **Maria Luíza Jaeger** solicitou
1279 que fosse acrescentado um compromisso referente ao controle social e que a questão da vigilância em
1280 saúde e a questão específica de saúde do trabalhador fossem apresentadas como compromisso aos
1281 candidatos. Ressaltou a importância de tomar cuidado ao tratar da questão da integralidade da
1282 atenção no texto. Nesse sentido, citou o item "d", situado na página 12 do documento, esclarecendo
1283 que, da maneira como fora redigido, o trecho dava a entender que se desejava que somente a atenção
1284 básica fosse universal e efetiva. No que se refere ao documento, após exaustiva discussão e
1285 contribuições dos Conselheiros, chegou-se ao seguinte encaminhamento, aprovado por unanimidade:
1286 **a) aprovação preliminar do documento; b) delegação ao GT para incorporar as contribuições**
1287 **dos Conselheiros ao documento; c) revisão dos compromissos e confecção de pequena**
1288 **introdução, a ser enviado aos Conselheiros que teriam dois dias para apresentar contribuições,**
1289 **considerando que a reunião do GT aconteceria na semana subsequente à reunião do CNS; d)**
1290 **presença das coligações dos candidatos à Presidência da República na reunião de setembro de**
1291 **2002 para discutir a questão dos compromissos.** Conselheira **Maria Natividade Santana**
1292 esclareceu que não poderia participar da reunião do GT e, assim, solicitou que fosse viabilizada a
1293 participação da Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** a fim de substituí-la. **ITEM 09 – RELATÓRIO DA**
1294 **COFIN/CNS** – Professor **Elias A. Jorge** apresentou súmula dos Relatórios da Reunião Extraordinária
1295 de 31 de julho e 1º de agosto de 2002 da COFIN/CISAMA e da Reunião Ordinária da COFIN/CNS dos
1296 dias 06 e 07 de agosto de 2002. Destacou, primeiramente, os documentos utilizados na elaboração da
1297 súmula: **a) Portaria nº 365 STN de 29.07.2002; b) análise de Arrecadação Orçamentária e Financeira;**
1298 Detalhamentos das Planilhas de Execução Orçamentária e Financeira do MS/junho de 2002
1299 (encerrado)/julho de 2002 (aberto); **c) Decreto Presidencial adiando data de Cancelamento de Restos**
1300 **a Pagar para 03.09.2002; d) Veto Presidencial ao Art. 57 da LDO/2003 que desqualifica a Decisão nº**
1301 **143/02 do TCU e restabelece o Parecer da A.G.U. o qual rebaixa o limite mínimo de garantia da EC nº**
1302 **29 para as Ações e Serviços Públicos de Saúde em R\$ 1,084 bilhão em 2000, com reflexos nos**
1303 **Orçamentos de 2001, 2002 e 2003, superiores a R\$ 3 bilhões; e) Nota explicativa do PROFAE, sobre**
1304 **Execução Orçamentária e Financeira do Projeto acompanhada de publicação de fevereiro de 2002 e**
1305 **de Relatório de Progresso – Consolidado – setembro de 2000 a dezembro de 2001; f) Nota Técnica da**
1306 **FUNASA sobre a Execução Orçamentária e Financeira do Saneamento Básico, inclusive da FUNASA;**
1307 **g) Projeto de Lei do Senador Tião Viana sobre regulamentação da EC nº 29, dentre outros.** Em
1308 seguida, explicou que no 31 de julho de 2002, Técnicos da FUNASA discorreram sobre as dificuldades
1309 da Execução Orçamentária e Financeira em Saneamento Básico, do Projeto Alvorada, da
1310 Programação Própria da FUNASA e de Emendas Parlamentares. Já no dia 1º de agosto de 2002,
1311 informou que compareceram Técnicos do SIOPS/MS que apresentaram dados sobre a Execução
1312 Orçamentária e Financeira de 2002 e dos Restos a Pagar de Exercícios Anteriores (1998 e 2001).
1313 Quanto a 2003, informaram que nada estava definido ainda e, portanto, nada poderia ser encaminhado
1314 para análise do CNS. Quanto à Reunião Ordinária da COFIN/CNS, disse que dia 6 de agosto de 2002,
1315 Técnicos do PROFAE compareceram à reunião e apresentaram sinopse da evolução do PROFAE e o

1316 Relatório de Progresso Consolidado de setembro de 2000 a dezembro de 2001 e manifestaram
1317 disposição em fazer uma apresentação ao CNS, posteriormente ao encaminhamento de Nota Técnica,
1318 sintetizando o funcionamento do Projeto em 2000, 2001 e 2002, bem como as perspectivas para 2003.
1319 No que se refere à proposta orçamentária para 2003, declarou que o CNS permanecia impedido de
1320 opinar tendo em vista que nenhum dado teria sido encaminhado. Informou, ainda, que o Ministério do
1321 Planejamento insistia em definir o limite do Ministério da Saúde com base no orçamento de 1999,
1322 corrigido em 5% para 2002 e pela variação nominal do PIB para os anos subsequentes o que causou
1323 grande rebaixamento de valores que repercutiria em prejuízo 2001, 2002 e 2003. Disse que o Parecer
1324 da A.G.U e o comportamento do Ministério da Fazenda era predatório em relação à uma melhor
1325 composição de recursos para saúde. Esclareceu que a COFIN só se sentia em condições de definir o
1326 montante mínimo para 2003 para fins da EC nº 29, que deveria ser de R\$ 27 bilhões, acrescidos os
1327 valores correspondentes à despesa com Inativos, Dívida e Projeto Alvorada. Completou esclarecendo
1328 que existia uma luta contra duas graves distorções na EC nº 29, sendo elas: **a)** considerar uma base
1329 fixa em 1999; **b)** "pegar" a variação do PIB com defasagem. Nesse sentido, apresentou as seguintes
1330 sugestões ao CNS: **a)** considerar como parâmetros gerais as diretrizes básicas para avaliação da
1331 Proposta Orçamentária do MS para 2003, no que couber, as Resoluções do CNS nº 67/93 e nº 290/99,
1332 tendo como referência para o financiamento a Resolução nº 316/02 do CNS e a Decisão nº 143/2002
1333 do TCU; **b)** convidar os autores de Projetos de Lei para Regulamentação da EC nº 29, Deputado
1334 Federal **Ursicino Queiroz** e o Senador **Tião Viana** para a próxima reunião do CNS; **c)** convidar a
1335 Consultoria Jurídica do MS para explicitar os fundamentos do Parecer CONJUR/MS nº 961/2002 em
1336 função das inovações que apresenta; **d)** convidar, também, o Ministério Público Federal para participar
1337 da discussão sobre o Parecer CONJUR/MS nº 961/2002; **e)** avaliar a conveniência de convocar
1338 Reunião Extraordinária para analisar e aprovar a Proposta Orçamentária do MS para 2003, antes de
1339 seu envio ao Congresso Nacional, cuja data limite é 31 de agosto de 2002. Aprovada a súmula
1340 apresentada, bem como as sugestões nela contidas. Em seguida, submeteu à apreciação do
1341 Colegiado o Relatório da Reunião da COFIN, realizada nos dias 06 e 07 de agosto de 2002,
1342 apresentando, dentre outros, os seguintes destaques: **a)** permanência da Dívida Consolidada da
1343 União, superior a R\$ 1 Trilhão (em 30/06/2002 – R\$ 1 trilhão e 96 bilhões); **b)** em junho de 2002, os
1344 Encargos Financeiros da União – EFU foram de R\$ 9,0 bilhões; **c)** a manutenção do Decreto
1345 Presidencial nº 4.120 de 07/02/2002, que dispõe sobre a programação orçamentária e financeira do
1346 exercício de 2002, que promove o Tríplice Contingenciamento, penalizando a execução Orçamentária
1347 e Financeira do MS, apesar da vinculação constitucional de recursos e apesar da Seguridade Social
1348 ser amplamente superavitária; **d)** a manutenção da data limite para o cancelamento das despesas
1349 inscritas em Restos a Pagar e não liquidadas até 30.09.2002 pelo Decreto Presidencial nº 4.305 de
1350 17/07/2002, havendo risco de cancelamento de R\$ 236 milhões do Ministério da Saúde; **e)** o veto
1351 presidencial ao parágrafo 3º do Art. 57 da LDO/2003; **f)** o desfecho da Ação Direta de
1352 Inconstitucionalidade – ADIN nº 2538-4 que provocou manifestação da Advocacia Geral da União –
1353 AGU informando que o Parecer AGU nº GM – 016 de 29/12/2000 perdeu o Efeito Normativo em
1354 17.12.2001. Este Parecer, reativado pelo veto presidencial, estabelece que, para cumprimento da EC
1355 nº 29, o ano anterior de 2004 é 1999 e não 2003, o que diminuiria em vários bilhões de reais o mínimo
1356 assegurado pela EC nº 29 para Ações e Serviços Públicos de Saúde; **g)** a importância da
1357 homologação e disseminação da Resolução CNS nº 316, de 04.04.2002; **h)** a necessidade de retomar
1358 o processo de discussão que gerou o Documento "Parâmetros Consensuais sobre Implementação e
1359 Regulamentação da EC nº 29"; **i)** o Parecer 961/2002, da CONJUR/MS, que encerra considerações
1360 estupendas sobre a EC nº 29. No que se refere a Restos a Pagar, destacou que dos R\$ 3 bilhões e
1361 250 milhões inscritos como Restos a Pagar para 2002, R\$ 2 bilhões e 19 milhões foram liquidados e
1362 pagos até 30/06/2002. Entretanto, o montante já liquidado até 31/07/2002, e ainda não pago, era de R\$
1363 859 milhões. Esclareceu que o Decreto Presidencial de Programação Orçamentária e Financeira para
1364 2002 não alterou os limites Orçamentários e Financeiros do Ministério da Saúde o que significava que
1365 prevalecia o Tríplice Contingenciamento identificado nos relatórios anteriores. Nesse sentido, destacou
1366 a seguinte questão: Recursos vinculados constitucionalmente eram passíveis de Contingenciamento
1367 Orçamentário ou Financeiro e de cancelamento? Disse que na União, DF, Estados e Municípios, os
1368 valores inscritos em Restos a Pagar foram computados para fins de comprovação do cumprimento da
1369 EC nº 29, portanto, ao serem cancelados ou anulados, na prática deixaram de ser aplicados embora
1370 existisse a disponibilidade financeira. Informou que mantido o ritmo atual de Execução Orçamentária e
1371 Financeira, apontava-se para um horizonte de Restos a Pagar em 2003, superior a R\$ 4 bilhões. No
1372 que se refere ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, destacou que havia dois agravantes: **a)**
1373 o veto presidencial ao parágrafo 3º do Art. 57 da Lei LDO/2003 que restaura o Parecer da AGU, que
1374 agride a integralidade e a integridade dos recursos federais; **b)** o Parecer 961/2002 da CONJUR/MS
1375 que agride a integridade e integralidade dos recursos estaduais e municipais. Destacou, ainda, as

1376 tabelas do SIOPS em relação a situação de respostas dos Municípios por UF. Por fim, apresentou as
1377 seguintes propostas para deliberação, sugerindo ao Plenário que: **a)** reiterasse a necessidade de
1378 homologação da Resolução CNS nº 316 de 04.04.2002; **b)** determinasse que a Coordenação Geral do
1379 Conselho desencadeasse o processo de discussão sobre os tópicos da regulamentação da EC nº 29
1380 apresentados no Item 03 do Relatório; **c)** aprovasse a súmula dos Relatórios da Reunião
1381 Extraordinária de 31 de julho e 1º de agosto de 2002 da COFIN/CISAMA e da Reunião Ordinária da
1382 COFIN/CNS dos dias 06 e 07 de agosto de 2002, com sugestões ao CNS; **d)** aprovasse o relatório e
1383 as sugestões nele contidas. Conselheira **Gyselle S. Tannous** solicitou cópia da nota técnica da
1384 FUNASA sobre a execução orçamentária e financeira do saneamento básico. Perguntou o que faltava
1385 para ser colocada como afirmação a pergunta: recursos vinculados Constitucionalmente eram
1386 passíveis de Contingenciamento Orçamentário ou Financeiro e de cancelamento. Perguntou qual era o
1387 período da última tabela do SIOPS apresentada no relatório da COFIN e qual a relação do controle
1388 social com o Fundo de Saúde, em termos, até mesmo, da aplicabilidade do mesmo. Prof. **Elias A.**
1389 **Jorge** esclareceu que permanecia em forma de pergunta porque ainda não fora conseguida nenhuma
1390 ação do Ministério Público que impeça que as "barbáries" continuem e que a situação fosse resolvida.
1391 Informou que a tabela era do ano de 2000. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** comentou a
1392 questão do saneamento, destacando a necessidade de o Conselho manifestar a sua intensa
1393 preocupação em relação ao fato de recursos de saneamento não serem utilizados, tendo em vista que
1394 não existia nenhum impedimento para isso. Nesse sentido, declarou que existia um grave problema de
1395 gestão na FUNASA, tendo em vista que o problema era recorrente. No que se refere à Emenda
1396 Constitucional nº 29, perguntou se os Tribunais de Contas dos Estados teriam acesso a base de dados
1397 que lhes permitissem obter informações com grau de completude maior do que o SIOPS podia obter.
1398 Disse que, caso as estimativas de Estados e Municípios estivessem corretas, os Estados e Municípios
1399 compareciam com 40% do gasto de assistência à saúde do país. Afirmou daí a necessidade da União
1400 destinar mais dinheiro, tendo em vista que sua participação no "bolo" financeiro estaria reduzindo e, no
1401 entanto, teria baixado uma normatividade em uma escala sem precedente. Conselheiro **Luiz Gonzaga**
1402 **Araújo** comentou a questão do Parecer da AGU e destacou constrangimento em relação ao
1403 comportamento do Governo sobre o decreto presidencial. Destacou a importância do CNS apreciar e
1404 discutir o orçamento da Área de Planejamento e Finanças do Ministério do Planejamento. Conselheira
1405 **Maria Natividade G. S. T. Santana** perguntou quais seriam as atitudes a serem tomadas pelo CNS em
1406 relação às questões apresentadas. Perguntou quais eram as considerações "estupendas" do Parecer
1407 961 e o que poderia ser feito para que os recursos financeiros, citados na página 5 do relatório da
1408 COFIN, permanecessem no respectivo Fundo de Saúde para aplicação em ações de serviço público
1409 de saúde. Indagou, ainda, o motivo pelo qual a Resolução CNS nº 316 não fora homologada ainda e o
1410 que poderia ser feito para que isso acontecesse. Conselheira **Zilda Arns Neumann** perguntou o
1411 porquê das áreas técnicas não estarem presentes na reunião do CNS para explicarem a baixa
1412 execução, por exemplo, da área de saneamento e o controle de endemias. Solicitou que, para a
1413 próxima reunião do CNS, fossem convocados especialistas para explicarem a baixa execução.
1414 Conselheiro **Edmundo Fontes** esclareceu que, em 2001, a FUNASA conseguiu empreender 5 vezes
1415 mais recursos que a média dos últimos três anos em um ano. Disse que a FUNASA não conseguiu
1416 gastar os recursos do Projeto Alvorada para saneamento devido, primeiramente, ao fato de a sua
1417 estrutura não ser montada para saneamento, mas sim, para outras ações. Esclareceu que a
1418 modalidade comum da Fundação era convênios e que havia dificuldade de serem realizados,
1419 considerando que não dependiam do Órgão Técnico Federal, mas sim de toda uma legislação.
1420 Comentou que nos últimos anos a FUNASA se preparou para ter estrutura e competência para gastar
1421 os recursos, mas alcançando isso, havia o agravante de não ter mais o dinheiro, declarando que em
1422 2003 não teria recurso do Projeto Alvorada para saneamento. Declarou que o centro da preocupação
1423 da equipe econômica e da área de planejamento era não gastar o dinheiro. Explicou que os recursos
1424 de saneamento estariam quase totalmente concentrados na FUNASA e que a Secretaria de
1425 Desenvolvimento Urbano – SEDU não aplicava um grande volume de recursos por estarem em poder
1426 da Caixa Econômica Federal. Comentou o acordo feito com a Caixa Econômica Federal, assim, todos
1427 os Restos a Pagar, antes de serem cancelados, eram passados para a mesma que efetuava o
1428 pagamento daquilo que fora empenhado e, desta maneira, o recurso não retornava para o caixa da
1429 União. Falou que a área da saúde não possuía esse mecanismo e destacou a possibilidade da questão
1430 da saúde ser resolvida por meio do Fundo Nacional da Saúde. Concordou com a proposta de solicitar
1431 explicações das equipes técnicas acerca da baixa execução, tendo em vista que a cada ano o volume
1432 de Restos a Pagar aumentava. Conselheira **Clair Castilhos** citou matéria da Revista *Carta Capital* que
1433 declara que o Brasil já estaria engessado em todas as suas possibilidades de investimento,
1434 principalmente nas políticas públicas e nos investimentos de infra-estrutura porque fazia parte do
1435 acordo com o FMI. Destacou, ainda, as três modalidades de como o acordo com o FMI interferia nos

1436 gastos públicos do Brasil, a saber: **a)** quando o governo não atingia as metas previstas, conseguia
1437 "segurar a ira do FMI" mediante explicações; **b)** corte do repasse de dinheiro; **c)** interferência direta nas
1438 decisões administrativas e de investimento interno e que um dos itens citados era saneamento básico
1439 que tinha previsão de investimento "zero" para o ano de 2003. Sugeriu a leitura da matéria,
1440 considerando que estaria explicado o processo de pagamento do FMI. Conselheira **Cibele G. de Mello**
1441 **Osório** disse que a questão do orçamento do MS deveria estar inserida na política econômica do país.
1442 Destacou que o orçamento do MS era virtual e que havia um estímulo para que o serviço público não
1443 utilizasse os seus recursos com objetivo de "reservar" um recurso mínimo para atender as exigências
1444 do FMI. Comentou a importância da presença da equipe econômica do Ministério do Planejamento,
1445 Orçamento e Gestão para esclarecer como funcionava o orçamento, a LDO, dentre outros aspectos.
1446 Conselheiro **José Carvalho de Noronha** esclareceu que existiam contingenciamentos gerais e outros
1447 que eram gerados pela competência do órgão. Declarou que o Ministério da Saúde vinha conseguindo
1448 uma boa execução na SAS, SPS, ANVISA, MS, porém não conseguia executar na questão do
1449 saneamento. Reforçou que era um problema da FUNASA e não da SPO. Comentou a questão de
1450 pareceres jurídicos, esclarecendo que "a função" do parecer era esclarecer se determinada ação teria
1451 amparo na Lei ou não. Assim, ressaltou que advogados não eram juízes e pareceres poderiam ser
1452 encomendados, justificando o fato de haver dois pareceres, um referendando a posição do CNS e
1453 outro contra. Prof. **Elias A. Jorge** afirmou que 3% do orçamento de R\$ 20 bilhões correspondia a 800
1454 milhões que era maior que, aproximadamente, 80% dos Ministérios. Chamou atenção para o fato de
1455 que o Ministério não poder cumprir a Emenda Constitucional nº 29 porque havia um Decreto
1456 Presidencial que bloqueava o direito de utilização dos recursos, inclusive no saneamento da FUNASA.
1457 Esclareceu que a FUNASA fora impedida de executar o Projeto Alvorada, a sua programação e as
1458 Emendas Parlamentares devido ao bloqueio da liberação do orçamento e bloqueio da liberação dos
1459 recursos, conforme consta na Nota Técnica da Fundação. Explicou que a questão da falta de execução
1460 contribuía para uma impressão de incompetência gerencial e incapacidade de gastar o recurso, mas
1461 na verdade havia, fundamentalmente, problema de bloqueio orçamentário. Solicitou a leitura da Nota
1462 Técnica da FUNASA na íntegra, tendo em vista que havia explicações claras de que não se tratava
1463 apenas de um problema de competência gerencial. Por fim, ressaltou que a explicação básica
1464 apresentada na reunião, que inclusive servia para várias áreas, era que a gestão do Ministério da
1465 Saúde autorizava o gasto com despesa de capital somente no segundo semestre, o que acabava
1466 ficando em Restos a Pagar. Esclareceu que o fundo era um instrumento gerencial sobre o qual deve
1467 estar exercido o controle social, conforme a Constituição Federal, a Lei Orgânica da Saúde. Reforçou a
1468 importância de regulamentação da Resolução CNS nº 316 a fim "regular" várias dos problemas
1469 apresentados e que constava na mesma que o privilégio de definição do cumprimento ou não da EC nº
1470 26 era do Tribunal de Contas e o privilégio de definir o que era parâmetro e critério para cumprimento
1471 era do Conselho Nacional de Saúde. Disse que, caso o recurso destinado para ação e serviço público
1472 de saúde, inscritos em restos a pagar, tivesse que ser colocado no fundo, várias das manobras
1473 contábeis seriam evitadas. Declarou que os recursos não iam para fundo devido a falta de articulação
1474 política que açãoasse a justiça para afirmar que só era válido para cumprimento da EC nº 29 os
1475 recursos que passaram pelo fundo de saúde. Por fim, comentou o poder que as entidades tinham em
1476 relação as atitudes perante a situação apresentada, a fim de melhorar a relação do Conselho com as
1477 instituições em geral. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** falou da proposta de os
1478 Conselheiros receberem, de maneira mais objetiva, sugestões e informações da COFIN e da
1479 Secretaria Executiva sobre os pontos de não cumprimento de disposições legais e constituições legais
1480 cujas tramitações normais se esgotaram e, assim, poderiam caber recursos junto ao Ministério Público,
1481 justiça comum, dentre outros. Comentou a possibilidade da Secretaria Executiva solicitar, de maneira
1482 mais sistemática, dois pareceres jurídicos, o primeiro em relação ao Parecer 961/02 da CONJUR/MS e
1483 o segundo se caberia contingenciamento por Decreto Presidencial a recursos financeiros públicos
1484 constitucionalmente assegurados. Solicitou, ainda, que o termo "estupendas" utilizado no relatório
1485 fosse substituído por "inusitadas". Após votação, o Relatório, bem como as propostas nele contidas, foi
1486 aprovado por unanimidade. Conselheira **Gyselle S. Tannous** solicitou que fosse avaliada, também, a
1487 conveniência de convocar uma Reunião Extraordinária. No que se refere ao papel do Conselheiro em
1488 relação a questão, Conselheira **Cibele Gueresi de Mello Osório** citou um trecho da Lei nº 8.142/90
1489 que afirma ser competência do Conselho de Saúde o acompanhamento e atuação na formulação de
1490 estratégias no controle da execução da Política de Saúde, na instância correspondente, inclusive nos
1491 aspectos econômicos e financeiros. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que o
1492 Colegiado tinha conhecimentos das atribuições legais do Conselho e esclareceu que a discussão
1493 desencadeada se referia a mecanismos e prioridades e aos momentos que deveriam ser tomadas tais
1494 ou tais medidas. Prof. **Elias A. Jorge** disse que convocar uma Reunião Extraordinária para discutir
1495 orçamento, sem a garantia de que haveria elementos para análise era muito complicado. Conselheira

1496 **Gysélle S. Tannous** reforçou a responsabilidade do Colegiado analisar a questão do orçamento.
1497 Continuou declarando que, caso não fossem encaminhados os elementos para análise, a Reunião
1498 Extraordinária poderia tratar das medidas a serem tomadas a respeito das outras questões levantadas.
1499 Reforçou a proposta de convocar Reunião Extraordinária, com participação do Ministério Público
1500 Federal. Conselheiro **Edmundo Ferreira Fontes** apresentou a seguinte proposta de encaminhamento:
1501 convocar uma Reunião Extraordinária, desde que houvesse elementos necessários para debater a
1502 questão do orçamento do Ministério da Saúde, assim propôs que fosse delegada responsabilidade da
1503 convocação da Reunião Extraordinária. E, caso as informações chegassem dentro de dez dias e
1504 houvesse tempo hábil, a Reunião seria convocada para o mês de agosto. Conselheira **Maria Eugênia**
1505 **C. Cury** lembrou que o prazo para que o orçamento fosse encaminhado para o Congresso era o dia 31
1506 de agosto de 2002. Assim, declarou que, para que a questão do orçamento fosse apreciada pelo
1507 Conselho, a reunião teria de acontecer antes do dia 31 de agosto de 2002. Lembrou questão levantada
1508 pela Doutora **Lenir**: O Conselho teria de ser dependente da vontade das entidades entrarem com um
1509 processo ou não cabia ao Conselho discutir os mecanismos para isso? Lembrou, nesse sentido, que o
1510 Conselho era composto por essas entidades, mas que esse tipo de ação não deveria ser uma decisão
1511 individual de entidades, tendo em vista que eram partes constituintes do Conselho e mecanismos do
1512 controle social. Nesse sentido, endossou a proposta de convocar a Reunião Extraordinária,
1513 considerando que havia várias questões a serem discutidas e várias decisões a serem tomadas.
1514 Conselheiro **Luiz Gonzaga Araújo** lembrou que no ano de 2001 acontecera uma reunião para discutir
1515 a questão do orçamento, porém os dados chegaram no Conselho na véspera da reunião. Nesse
1516 sentido, destacou a necessidade de tempo para avaliar a questão. Prof. **Elias A. Jorge** declarou que
1517 sempre houve dificuldade de discutir a questão do orçamento. Justificou que não fora apresentada
1518 proposta de convocação de Reunião Extraordinária, mas sim, avaliação da conveniência de realizá-la.
1519 Lembrou, ainda, que em julho de 2002 foi apresentada a proposta de pautar o tema. Do ponto de vista
1520 do cumprimento, declarou que a COFIN tivera preocupação, por ser uma Comissão do Conselho, do
1521 cumprimento da atribuição do Conselho se colocar à disposição para discutir. Declarou, assim, que
1522 não havia possibilidade de o Conselho ser acusado de não ter se posicionado para discutir a proposta
1523 orçamentária. Declarou que, no sentido da intervenção da Conselheira **Gysélle S. Tannous**, a
1524 realização da Reunião Extraordinária, ainda que sem o material para opinar, teria sentido. Sugeriu que
1525 a Reunião Extraordinária fosse realizada no 21 de agosto, para que a Comissão de Orçamento
1526 pudesse se reunir no dia 20 de agosto. Conselheira **Gysélle S. Tannous** declarou que houvera uma
1527 inversão de lógica, pois a agenda do CNS estaria sendo constituída a partir do descumprimento da
1528 agenda do controle social. Solicitou que fosse avaliada a proposta de, até mesmo, refazer a agenda do
1529 CNS, destacando a importância da presença da Assessoria Jurídica e do Ministério Público Federal na
1530 reunião. Prof. **Elias A. Jorge** apresentou a proposta de encaminhamento da Conselheira **Gysélle S.**
1531 **Tannous**: que fosse convocada Reunião Extraordinária pela Coordenação do CNS, possivelmente
1532 para o dia 21 de agosto de 2002, quarta-feira, com a presença de Assessoria Jurídica do CNS e do
1533 Ministério Público Federal a fim de discutir a proposta orçamentária para o ano de 2003 e assuntos
1534 gerais. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** confirmou que a proposta apresentada era de
1535 convocação da Reunião Extraordinária e que a reunião da COFIN aconteceria na véspera. Prof. **Elias**
1536 **A. Jorge** reforçou que a reunião da COFIN aconteceria na véspera da Reunião Extraordinária e
1537 lembrou que a reunião da Comissão era sempre aberta a todos que desejasse participar.
1538 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** mostrou preocupação com a continuação da discussão
1539 do tema “*Modalidades de remuneração*”, tendo em vista que o tema dizia respeito a orçamento
1540 quantitativo e remuneração da prestação de serviços. Sugeriu que o Plenário designasse um dos
1541 Grupos de Trabalhos do CNS ou constituísse um novo GT para elaborar estudo mais objetivados e
1542 completos, a fim de que o Plenário pudesse deliberar sobre o que versa o Art. 37 e 26 da Lei nº
1543 8.080/90: diretrizes para orçamentação, diretrizes de parâmetros assistenciais e diretrizes de
1544 remuneração. Nesse sentido, comentou a possibilidade de dar continuidade à discussão do tema na
1545 Reunião Extraordinária. **Aprovada a proposta de realização de Reunião Extraordinária. ITEM 10 –**
1546 **PROPOSTA DA COMISSÃO COORDENADORA DA PLENÁRIA NACIONAL DE CONSELHEIROS**
1547 **DE SAÚDE** – Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** lembrou que fora distribuído aos Conselheiros a
1548 síntese do relatório da Reunião do dia 25 de junho de 2002 com todos os coordenadores da Plenária e
1549 os Conselheiros **Ana Maria Lima Barbosa, José Luiz Spigolon, Carlos Alberto Gebrim Preto e**
1550 **Maria Natividade Santana**. Assim, conforme deliberação da X Plenária Nacional de Conselhos de
1551 Saúde, apresentou o seguinte encaminhamento: convocação da XI Plenária Nacional de Conselhos de
1552 Saúde, a ser realizada no ano de 2002, possivelmente na 2ª quinzena de novembro de 2002, e,
1553 consequentemente, convocação de reunião da Comissão Coordenadora para organizar o evento.
1554 Lembrou a importância da Plenária, tendo em vista que era o espaço de discussão mais importante
1555 com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde de temas como: Capacitação de Conselheiros,

1556 Recursos Humanos e o financiamento do SUS. Conselheira **Gysélle S. Tannous** lembrou o intenso
1557 processo de renovação do Poder Executivo e, nesse sentido, destacou a importância de fortalecimento
1558 dos novos Conselheiros que fariam parte dos Conselhos. Disse que o CNS já realizara os
1559 “considerandos” acerca dessa importância ao deliberar, por meio da Deliberação CNS nº 004, que
1560 tratava das diretrizes para as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde. Assim, endossou a
1561 proposta de realização da XII Plenária. Conselheira **Maria Natividade Santana**, em nome do FENTAS,
1562 solicitou a imediata convocação da XII Plenária, considerando que representava um dos espaços
1563 democráticos mais valiosos. Conselheiro **Edmundo Fontes** endossou a proposta de convocação da
1564 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e propôs que os Conselheiros que possuíam representação
1565 na Coordenação apresentasse uma proposta de como escolher os Conselheiros para participarem da
1566 XI Plenária, na 123ª Reunião Ordinária do CNS. Destacou a importância de pactuar como deveria ser a
1567 composição das Conferências Temáticas Nacionais e das Plenárias de Conselhos de Saúde. Coordenador
1568 **Nelson Rodrigues dos Santos** destacou a importância da Plenária Nacional e lembrou
1569 que a Secretaria Executiva perdera a condição, por si só, de substituir todo o trabalho de infra-estrutura
1570 política e de administração para a realização da Plenária. Disse que o grau de mobilização para
1571 realização das Plenárias de Conselhos e de Conselheiros era similar ao de uma Conferência Temática,
1572 necessitando de uma Comissão Organizadora com Secretaria Executiva. Recordou que a Plenária de
1573 Conselhos, por definição, seguia mais de perto as obrigações apresentadas na Lei nº 8080/90 e a
1574 Plenária de Conselheiros não teria de seguir, tão de perto, a Lei nº 8080/90, mas sim os movimentos
1575 sociais tais quais estariam se dando. Conselheira **Gysélle S. Tannous** lembrou discussão que
1576 ocorreu em reunião do CNS acerca de Plenária de Conselhos e Plenária de Conselheiros e, nesse
1577 sentido, esclareceu que a sua colocação na ocasião foi de que se tratava de uma Plenária de
1578 Conselhos de Saúde e que questionara se o Colegiado iria contra deliberação do CNS de ser uma
1579 Plenária de Conselhos. Disse, ainda, que a polêmica acerca de Plenária de Conselhos e Plenária de
1580 Conselheiros fora vencida, do ponto de vista da execução. Comentou, ainda, que houvera colocação
1581 sobre recursos orçamentários, e, com isso, solicitou que fosse realizada uma análise de recursos
1582 orçamentários globais do CNS. Afirmou que nunca apresentara dúvida sobre Plenária de Conselhos ou
1583 de Conselheiros, tendo em vista que participara ativamente da discussão e que estava claro que se
1584 tratava de uma Plenária de Conselhos, por consequência de necessidade convocatória do CNS.
1585 Ressaltou que era importante e oportuna discussão sobre infra-estrutura das Plenárias dentro do
1586 contexto global do orçamento do controle social. Declarou que, ao convocar a Plenária, o CNS
1587 reafirmava a importância da realização da mesma e, assim, afirmou a necessidade de discutir com a
1588 Coordenação da Plenária a maneira de viabilizar a realização da Plenária e outros aspectos
1589 importantes. Conselheiro **Edmundo Fontes** declarou que era responsabilidade do CNS convocar a
1590 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e de viabilizar a sua realização. Destacou que era possível
1591 conseguir paridade, delimitar limites de participação e estabelecer normas e critérios para as Plenárias
1592 de Conselhos de Saúde. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** esclareceu que as Plenárias de
1593 Conselhos de Saúde pressupunham delegação mínima de 6 Conselheiros por Conselho Estadual e
1594 não 2 a 4, conforme referendado na última Plenária. Esclareceu que, dessa maneira, caberia a
1595 paridade e a participação dos quatro segmentos “obrigados” pela Lei nº 8.142/90. Em seguida,
1596 comentou a questão da representatividade, destacando que as delegações de cada Estado teriam de
1597 corresponder, minimamente, a proporção do número total de Conselheiros de cada Estado. No que se
1598 refere à Comissão Organizadora, afirmou que a composição deveria refletir a composição do
1599 Conselho, ou seja, a Comissão teria de ser paritária, metade composta por usuários e a outra metade
1600 composta pelos três segmentos “exigidos” pela Lei nº 8.142/90. Por fim, disse que o regimento da
1601 Plenária determinava que a delegação seria de 2 a 4 Conselheiros, não havendo, dessa maneira,
1602 proporcionalidade de delegados conforme a quantidade de Conselheiros por Estado e que a Comissão
1603 Organizadora era eleita regionalmente. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** reforçou que a solicitação
1604 era de convocação de uma Plenária de Conselhos de Saúde e, nesse sentido, lembrou consideração
1605 de que era responsabilidade das três esferas de governo a organização e desenvolvimento da mesma,
1606 cabendo a esfera nacional a organização da estrutura. Sugeriu, caso fosse aprovada a convocação da
1607 Plenária, que fosse pautada para a 123ª Reunião Ordinária do CNS a apresentação de uma proposta
1608 ou projeto, a partir da Coordenação, justificando a necessidade de recursos humanos para auxiliar na
1609 organização da Plenária. E, a partir daí, fosse feito debate das questões apresentadas. Disse que,
1610 considerando as Plenárias de Conselhos de Saúde e as Conferências Temáticas fundamentais para o
1611 controle social, deveriam ser viabilizadas as condições, a infra-estrutura e o apoio para garantir o
1612 desenvolvimento das mesmas. Por fim, declarou que o Colegiado teria condições de aprovar a
1613 proposta de convocação da Plenária, tendo em vista que muitas das questões levantadas foram
1614 superadas e que na Reunião de setembro de 2002, o Plenário poderia discutir a questão a partir de
1615 uma proposta concreta. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** completou a proposta

1616 apresentada pela Conselheira **Maria Eugênia Cury** lembrando que as mesmas limitações foram
1617 apresentadas antes da realização da última Plenária e que na ocasião o Colegiado concordou com as
1618 realidades colocadas. Assim, disse que fora eleita uma Comissão Mobilizadora para “recolher” infra-
1619 estrutura essencial para realização da Plenária. Continuou explicando que a Comissão obteve
1620 sucessos além da previsão, porém não conseguira completar a delegação que lhe fora atribuída.
1621 Nesse sentido, disse que era viável a formação de uma Comissão Mobilizadora para “buscar” a infra-
1622 estrutura necessária a realização da XI Plenária, considerando que a Secretaria Executiva não tinha
1623 condições de conseguir isso. Conselheiro **Edmundo Fontes** sugeriu que as questões de ordem mais
1624 específicas, em relação à estrutura, fossem discutidas a partir da proposta que seria apresentada pela
1625 Comissão Organizadora da Plenária. Conselheira **Ana Maria Barbosa** disse que a Comissão
1626 Organizadora considerava que haveria todo esforço das Entidades e dos Gestores para viabilizarem a
1627 realização da Plenária e, assim, reforçou a importância da convocação da mesma. Coordenador
1628 **Nelson Rodrigues dos Santos** enfatizou que a Secretaria Executiva não era contra a convocação da
1629 Plenária, porém, frente à realidade concreta de sua limitação, estaria estruturada para dar apoio as
1630 Reuniões Ordinárias e Extraordinárias, aos Grupos e as Comissões do CNS e não poderia fornecer
1631 infra-estrutura à Plenária. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** se colocou à disposição para
1632 “buscar” a infra-estrutura necessária à realização da Plenária e afirmou que haveria todo empenho
1633 para que a mesma acontecesse em Brasília, no prazo esperado. Coordenador **Nelson Rodrigues dos**
1634 **Santos** disse que, assumida a “responsabilidade” de busca para conseguir apoio, não havia dúvida em
1635 relação ao sucesso da Plenária. **Aprovada a convocação da Plenária Nacional de Conselhos de**
1636 **Saúde a ser realizada, possivelmente, na 2ª quinzena de novembro e a proposta de reunião da**
1637 **Comissão Coordenadora, a ser realizada no dia 03 de setembro de 2002. ITEM 11 – ASSUNTOS**
1638 **PARA A PAUTA DA 123ª REUNIÃO ORDINÁRIA E ENCERRAMENTO** – Conselheira **Clair**
1639 **Castilhos** solicitou um ponto de pauta para o GT responsável pela organização da 1ª Conferência
1640 Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Conselheira **Ana Maria Lima**
1641 **Barbosa** solicitou que a apresentação da Comissão Organizadora da Plenária Nacional de Conselhos
1642 de Saúde fosse pautada para o primeiro dia de Reunião do CNS. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**
1643 solicitou resposta ao Ofício do FENTAS que apresentava proposta de incorporação da Conselheira
1644 **Maria Natividade Santana** na Comissão de Pauta. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**
1645 propôs que as representações das Entidades do CNS se reportassem a Secretaria Executiva para
1646 solicitar informações e pontos de pautas. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** solicitou que a questão da
1647 Educação Tecnológica fosse pautada para 123ª Reunião Ordinária. Lembrou que o ponto de pauta
1648 para Capacitação dos Conselheiros era automático, não havendo, assim, necessidade de solicitação.
1649 Falou da proposta de os membros do Grupo de Trabalho de Capacitação se dirigem aos locais onde
1650 estaria acontecendo o treinamento dos monitores, conforme definição do CNS. Conselheira **Maria**
1651 **Natividade Santana** apresentou solicitação do FENTAS de pautar discussão acerca das medidas
1652 tomadas para o combate do *Aedes aegypti*. Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** informou
1653 que a Resolução com novas diretrizes para o controle do *Aedes aegypti* fora homologada, conforme
1654 deliberação do Plenário. Esclareceu que o Plano para o controle do *Aedes aegypti* fora enviado ao
1655 CNS e seria remetido aos Conselheiros. Falou, nesse sentido, da proposta de um GT do CNS
1656 estimular a criação de GTs nos Conselhos Estaduais e Municipais para acompanhar *in loco* o controle
1657 do *Aedes aegypti*. Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** lembrou a proposta de Reunião Extraordinária
1658 para o dia 21 de agosto de 2002 para discutir a questão do orçamento e a remuneração dos
1659 prestadores de serviço. Solicitou que o tema da remuneração dos prestadores entrasse em pauta
1660 somente depois de esgotada a discussão sobre orçamento. Conselheira **Gyselle S. Tannous**
1661 parabenizou o setor de informatização dos documentos do CNS devido à melhoria. Lembrou que as
1662 Atas da 120ª e 121ª não haviam sido aprovadas. Recordou, ainda, que fora estabelecido que a
1663 apresentação da COFIN entraria em pauta, no máximo, na manhã do segundo dia de reunião. Apelou,
1664 assim, para que a apresentação da COFIN fosse pautada para o primeiro dia e, caso não fosse
1665 possível, acontecesse na manhã do segundo dia de reunião. Definidos esses assuntos, deu-se por
1666 encerrada a reunião. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: Aos 07 de agosto de 2002:
1667 **Adeliana Dal Pont, Ana Maria Lima Barbosa, Augusto Alves Amorim, Carlos Alberto Ebeling**
1668 **Duarte, Cibele Guerresi de Mello Osório, Clair Castilhos Coelho, Edmundo Ferreira Fontes, Elias**
1669 **Rassi Neto, Francisco das Chagas Monteiro, Gianni Franco Samaya, Gilson Irenio Magalhães,**
1670 **Gyselle Saddi Tannous, José Carvalho de Noronha, Justino Alves Pereira, Luiz Gonzaga de**
1671 **Araújo, Maria Eugênia C. Cury, Maria Leda de R. Dantas, Maria Luíza Jaeger, Maria Natividade G.**
1672 **S. T. Santana, Mozart de Abreu Lima, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Corrêa, Paulo**
1673 **Romano, Sérgio Luiz Magarão, Solon Magalhães Viana, Tito Oliani, Vera Lúcia Marques Vita,**
1674 **William Saad Hossne e Zilda Arns Neumann**. Aos oito de agosto de 2002: **Adeliana Dal Pont, Ana**
1675 **Maria Lima Barbosa, Augusto Alves Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Cibele Guerresi de**

1676 Mello Osório, Clair Castilhos Coelho, Edmundo Ferreira Fontes, Elias Rassi Neto, Francisco das
1677 Chagas Monteiro, Geraldo Adão Santos, Gianni Franco Samaya, Gilson Irenio Magalhães,
1678 Gysélle Saddi Tannous, José Carvalho de Noronha, Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Eugênia C.
1679 Cury, Maria Leda de R. Dantas, Maria Luíza Jaeger, Maria Natividade G. S. T. Santana, Mozart de
1680 Abreu Lima, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Corrêa, Paulo Romano, Sérgio Luiz
1681 Magarão, Solon Magalhães Viana, Tito Oliani, Vera Lúcia Marques Vita, William Saad Hossne e
1682 Zilda Arns Neumann.