



Apresentação

As matérias que constam neste número foram discutidas e aprovadas nas 90^a e 91^a Reuniões Ordinárias do Conselho Nacional de Saúde realizadas, respectivamente, nos dias 1^o e 2 de setembro e 5 de outubro de 1999. Na Reunião Ordinária de setembro foi alterado o tema da 11^a Conferência Nacional de Saúde, que passa a ser **"Efetivando o Controle Social"**. Foi realizado debate com parlamentares sobre a recomposição do orçamento do SUS, a necessidade de vinculação de recursos para o setor e apresentado o "Manifesto pela Saúde", iniciativa da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e Frente Parlamentar de Saúde. Foi relevante o debate e a aprovação do documento **"Reforçando a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir os Princípios Constitucionais do SUS"**, que propõe a superação das pendências básicas de financiamento e de direcionamento estratégico no processo de construção do SUS. Outros destaques foram a aprovação do **Relatório Final da II Oficina de Trabalho "Inserção (do componente assistencial) dos Hospitais Universitários e os de Ensino - HUE no SUS"** e das **"Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico Profissional da Área da Saúde"**, que teve como subsídio documento produzido pela equipe técnica do Ministério da Educação e da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, e a proposta de contribuição elaborada pelas Associações Brasileiras de Enfermagem e Nutrição, as Federações Nacionais dos Enfermeiros e de Odontologia, os Conselhos Federais de Enfermagem, Nutricionistas e de Radiologia, o SENAC Nacional, a Escola Técnica de Saúde de Brasília e o Colégio Sena Aires/GO.

Foram aprovadas três recomendações que tratam da publicação de Portarias relativas à gestão e regulamentação do SUS, no sentido que sejam previamente discutidas e pactuadas na CIT e submetidas ao Plenário do CNS; que recomenda ao Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação que contemplem as posições dos gestores do SUS,

OPAS/OMS e Entidades de Profissionais de Nível Superior da Área de Ensino e de Pesquisa da Saúde, na elaboração final das "Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação Superior"; a que propõe a formação de Grupo de Trabalho para tratar do Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem; e a que objetiva constituir uma Comissão para atuar diante da regulamentação das Competências e Atribuições Governamentais relativas à Saúde do Trabalhador. E, finalmente, aprovada Moção de Desagrado à publicação de Portarias que tratam de políticas de saúde e repasses de recursos sem a prévia discussão e pactuação na CIT e no CNS.

Propostas

REFORÇANDO A OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Aprovado por Unanimidade na Reunião Ordinária de 5/10/99

PROPOSTAS DE SUPERACÃO DAS PENDÊNCIAS BÁSICAS DE FINANCIAMENTO E DE DIRECIONAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

I. Aprovação e Implementação imediatas da PEC 169/82-A

Objetivo: Assegurar um financiamento público suficiente, estável e adequado ao Sistema Único de Saúde, através da vinculação de recursos fiscais nas três esferas de Governo. Entre outras conseqüências: elevação significativa do Piso de Atenção Básica - PAB e dos Tetos Financeiros, estaduais e municipais, além das contrapartidas estaduais e municipais.

É também inadiável o estabelecimento do "como" e do "para quê" da utilização desses recursos em função das diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, e por isso seguem os itens II (Estratégias Básicas), III (Mecanismos

Implementadores da Construção do Modelo Assistencial "SUS" a serem Intensificados) e IV (Prioridades para as Ações Finalísticas do SUS Resolução 290/99, do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo ministro da Saúde, José Serra).

II - Estratégias Básicas:

As quatro estratégias básicas que seguem, foram formuladas em decorrência direta dos princípios e diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica de Saúde: Equidade, Universalidade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização/Regionalização e Controle Social.

1. Precedência à ampliação e aprofundamento da Atenção Básica à Saúde (Qualidade de Vida, Promoção e Proteção da Saúde e Recuperação Precoce da Saúde) e seu direcionamento para a estruturação da Atenção Integral à Saúde em articulação estreita com as ações e serviços de média e alta complexidade.

2. Construção da Descentralização, Gestão Pactuada e do Controle Social.

2.1 - Realização da Gestão Pactuada através de:

a) Discussão e Decisão transparente nas Comissões Intergestores (Tripartite em nível Nacional e Bipartite nos Estados) dos critérios de alocação de recursos na Atenção Básica à Saúde, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade;

b) Formulação nas Comissões Intergestores e a necessária publicização dos critérios de alocação de recursos em Investimento e Custeio, incluindo o desenvolvimento e incorporação de tecnologia de ponta na assistência e na produção de insumos básicos, a serem submetidos à aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde; e

c) Intensificação da cultura e prática do Planejamento e Estabelecimento de Prioridades e Metas, desde cada unidade prestadora de serviços até os Gestores Municipais e Estaduais. Incorporação de informações sobre apropriação de custos e a relação custo-efetividade no processo de decisões, e discussão e aprovação dos planos e respectivos orçamentos nos Conselhos de Saúde.

2.2 - Efetivação da Gestão Pactuada nas Comissões Intergestores (Tripartite-CIT, Bipartites-CIBs e Bipartites Regionais-CIRs), e seu Controle Social pelos Conselhos de Saúde nas três esferas de Governo.

3. Adequação da lógica dos repasses inter-governamentais e dos pagamentos às unidades prestadoras, à lógica do Modelo Assistencial "SUS", visando:

a) Repasses Globais Regulares Fundo a Fundo mediante o cumprimento das metas (quantitativas e qualitativas) constantes nos Planos e na Programação Pactuada Integrada - PPI, assim como o Controle Social dos Fundos de Saúde em cada esfera de Governo, pelos respectivos Conselhos de Saúde;

b) Pagamentos Globais Regulares as unidades prestadoras de serviços mediante o cumprimento das metas (quantitativas e qualitativas) e valores percapita pactuados com o Gestor, considerando sempre os custos, a relação custo-efetividade, e o equilíbrio financeiro de cada unidade, pública ou privada contratada ou conveniada; e

c) Manter os repasses Fundo a Fundo, integralmente destinados ao financiamento das metas (de investimento e custeio), constantes nos Planos e na Programação Pactuada Integrada-PPI, evidentemente aprovados nas instâncias competentes da Gestão e do Conselho de Saúde.

4. Regulação das Operadoras Privadas de Planos e Seguros de Saúde, visando basicamente:

- Coibir a transferência de custos delas para o SUS; e
- Contribuir para a consecução dos Direitos do Consumidor de Planos e Seguros Privados de Saúde.

III - Mecanismos Implementadores da Construção do Modelo Assistencial "SUS" a serem Intensificados:

1. Efetivação do Planejamento Ascendente e da PPI, explicitando as Prioridades, Metas, Qualidade e Resultados, incluindo a Hierarquização e Regionalização. As Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e na ausência, as CIBs, devem ser os núcleos articuladores e efetivadores da Hierarquização/Regionalização, e da Regulação da Oferta-Demanda em nível loco-regional. Implementação de Centrais de Vagas.

2. Pactuação do Gestor com as unidades prestadoras, próprias, filantrópicas ou privadas, objetivando o estabelecimento de metas de produção de serviços (quantitativas visando garantir a cobertura universal e qualitativas, visando o impacto das ações na melhoria das condições de saúde) tendo em vista as relações custo-efetividade. Introduzir, sempre que possível o contrato de gestão como instrumento gerencial através do qual os compromissos com as metas possam estar estabelecidos de modo que todos

os prestadores possam estar submetidos ao papel regulador do Estado.

3. Conversão progressiva dos repasses convencionais (investimento e custeio) e daqueles baseados na produção de serviços (SIH e SIA/SUS) em repasses Fundo a Fundo de acordo com os planos, prioridades e metas dos sistemas locais e a programação pactuada e integrada (PPI).

3.1 - Os montantes dos novos repasses Fundo a Fundo devem ser calculados a partir das séries históricas anteriores, das estimativas de custos das metas a serem cumpridas e alterados gradativamente em função do princípio da Universalidade com Equidade, tudo negociado e pactuado no nível da CIT e CIBs.

3.2 - Os Gestores estaduais e municipais devem capacitar-se para remunerar os prestadores mediante o cumprimento de metas e resultados por unidade prestadora, previamente acordadas e integradas aos Planos e PPI. As diretrizes da capacitação devem também ser pactuadas na CIT e CIBs.

4. Reincorporação do PAB variável ao fixo, e do Subteto ao Teto, integrando-os às prioridades e metas dos Planos e à PPI. Incorporação dos repasses "PACS/PSF" ao PAB fixo, integrando-os também às prioridades e metas dos Planos e à PPI.

5. Confecção de planilhas de execução orçamentária que expressem nova estrutura programática e seu acompanhamento, visando a explicitação e transparência dos gastos com:

- Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, separadamente;
- Investimento e Custeio;
- Repasses Fundo a Fundo, Convencionais e por Produção; e
- Saldos entre o alocado e o gasto, inclusive dos Tetos e Subtetos: as reais justificativas da incapacidade de gastos e da reaplicação dos saldos.

6. Discussão e Pactuação na CIT e CIBs da implementação de repasses dos Estados aos Municípios sob a mesma lógica aqui proposta.

7. Discussão e Pactuação na CIT e CIBs de critérios para estratégias de priorização de intensificação de ofertas de serviços para demandas reprimidas (em nível nacional, estadual e municipal), sempre considerando-se a relação custo-efetividade e a diretriz da Equidade.

8. Política de Recursos Humanos: adequações à lógica do Modelo Assistencial "SUS", observando as seguintes estratégias básicas:

8.1 - Efetivação de práticas regulares de formulação de políticas de recursos humanos e de negociação entre gestores e trabalhadores de saúde, objetivando a adequação das condições de trabalho, salário e qualificação profissional, a qualidade e resolutividade dos serviços de saúde para a população;

8.2 - Implantação de Mesas de Negociação Permanentes em cada esfera de Governo, entre os Gestores e Trabalhadores de Saúde, com o objetivo de viabilizar acordos entre as partes no âmbito do SUS, que considerem: qualificação profissional, adesão e fixação dos profissionais de todos os graus de generalidade e especializações políticas de cargos, carreiras e salários, condições e jornadas de trabalho;

8.3 - Implementação das Diretrizes do Conselho Nacional de Saúde para formulação e aplicação de Norma Operacional Básica de Recursos Humanos pelas três esferas de Governo; e

8.4 - Retomada da atribuição legal do Conselho Nacional de Saúde, de deliberar sobre as necessidades sociais da autorização de novos cursos de ensino superior na área da saúde.

IV - Prioridades para as Ações Finais do SUS (Partes A e C da Resolução 290/99 do Conselho Nacional de Saúde, homologada pelo Ministro da Saúde, José Serra).

A - Prioridades

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

1 - Melhoria de gestão:

- a) continuar o processo de descentralização aos municípios assegurando condições para uma progressiva regionalização, em rede hierarquizada e integrada dos serviços de atendimento, incluindo-se a organização dos fluxos de demandas;
- b) modernização de processos administrativos de programação, controle e avaliação;
- c) desenvolvimento dos sistemas da informação;
- d) atualização da NOB-96; e
- e) implementação de política de Recursos Humanos.

- 2 - Melhoria de qualidade do atendimento:
- aperfeiçoamento das normas de atendimento e do processo e práticas de regulamentação e vigilância da prestação de serviços e da qualidade de insumos e fatores;
 - organização dos serviços de urgência e emergência; e
 - recomposição de valores para o pagamento de serviços e valorização dos mecanismos de pagamento em função de coberturas e resultados (prospectivos).

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

- enfermidades preveníveis por imunização;
- endemias principais: malária, tuberculose, dengue, cólera, chagas e hanseníase especialmente;
- DST/Aids;
- saúde reprodutiva, maternidade e infância;
- condições crônicas preveníveis: hipertensão, diabetes, formas de câncer, etc;
- atenção específica aos portadores de deficiência e de patologias;
- violência no trânsito, no lar, no ambiente de trabalho e na escola; e
- drogas, prevenção e tratamento, com ênfase na adolescência.

4 - Promoção e participação em saúde:

- informação para capacitação em autocuidado (hábitos e comportamentos) e para a organização e participação cidadã e comunitária;
- fortalecimento do Sistema Nacional de Controle Social com base no funcionamento dos Conselhos (Nacional, Estaduais e Municipais) de Saúde;
- valorização dos mecanismos de cooperação e parceria dentro do Estado (entre níveis, instituições e setores) e do Estado com a Sociedade Civil.

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

C - Controle Social Específico

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

Governo e sua execução para fiscalizar e controlar o cumprimento dessas orientações. Para esse efeito os Conselhos se articularão com os órgãos legislativos correspondentes (Câmaras de Vereadores, Assembleias Legislativas e o Congresso Nacional) e seus órgãos de apoio e com o Ministério Público se for necessário.

Relatório

RELATÓRIO FINAL

Aprovado por Unanimidade na Reunião Ordinária de 5/10/99

II OFICINA DE TRABALHO "INSERÇÃO (DO COMPONENTE ASSISTENCIAL) DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E OS DE ENSINO - HUE" NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS 11 E 12/8/99

"Utilização estratégica dos recursos do fator de incentivo ao desenvolvimento do ensino e pesquisa de saúde (FIDEPS) e os de outras fontes"

NOTA PRELIMINAR:

A concretização dos propósitos do FIDEPS, aqui resgatados e melhor direcionados, e a aplicação integral dos recursos captados em outras fontes segundo os princípios e diretrizes do SUS, não terão qualquer possibilidade de substituir o grave desfinanciamento público dos serviços de saúde. Esta questão encontra-se afeta à esfera macroeconômica e macropolítica no país, permanecendo o grande desafio do reagendamento pela Sociedade e Governo, de um Projeto de Emenda Constitucional (PEC) visando financiamento estável e suficiente para o setor.

Os mecanismos para melhor orientação e controle da aplicação dos recursos do FIDEPS e os de Outras Fontes, objeto desta oficina, visam, especificamente, contribuir para uma estrutura dos gastos do SUS regional incluindo o HUE, menos desperdiçadora e mais aderente aos princípios e diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, além do "fôlego" para continuar promovendo a imprescindível aglutinação e parcerização dos atores envolvidos, e a elevação da sua credibilidade e força política no contexto do reagendamento da PEC, da construção do SUS e da viabilização da missão dos HUE.

FIDEPS

Deve ser aplicado em mecanismos efetivos de inserção no SUS regional. Este incentivo não deve permanecer preso à mera produção de serviços e graus do ensino de pós-graduação no HUE, mas sim ao Ensino e Pesquisa nos

Serviços de complexidade primária e secundária extramurais, na rede de serviços da região, e complementarmente, nos serviços de complexidade terciária do HUE. O Programa de Integração Ensino-Serviço (PIES) deve ser reforçado e agilizado, com ampliação da sua composição para a ABRAHUE, ANDIFES, ABEM, ABEN, ANMR, DENEM e outros atores imprescindíveis, além da criação de instância correspondente do PIES nacional em cada uma das cinco macrorregiões do país.

MECANISMOS E METAS:

1. Elaboração de Protocolos de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas de forma integrada com os profissionais das unidades ambulatoriais e hospitalares do SUS da região de influência direta (públicas e privadas conveniadas/contratadas), com destaque às ações de Atenção Básica à Saúde (Promoção, Proteção e Diagnóstico Precoce) e de Média Complexidade (Ambulatórios de Especialidade, Laboratórios, Hospitais Gerais de Pequeno e Médio Porte e Serviços de Urgência/Emergência).

2. Da mesma forma, elaboração de instrumentos de Referência e Contra-Referência.

3. Aprimoramento técnico integrado com profissionais das unidades ambulatoriais e hospitalares do SUS da região, através de Reuniões de Discussão Clínica de casos selecionados pelas equipes dessas unidades.

4. Participação dos HUE e Instituições de Ensino Superior (IES) nas instâncias de Gestão Descentralizada do SUS: Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em cada Estado, Comissão Intergestores Regional (CIR), no âmbito da Diretoria Regional de Saúde do Estado, e nos Conselhos de Saúde do Estado Capitais e Municípios-Sede de HUE.

5. Reconhecimento da elaboração de Protocolos Técnicos de Condutas, de instrumentos de Referência e Contra-Referência e do Aprimoramento Técnico (Educação Continuada), em nível de mecanismos privilegiados de discussões, negociações e pactuações entre o HUE/IES e os Gestores Descentralizados e Profissionais da rede de serviços da região, centrados nas Secretarias Municipais de Saúde.

6. Elevação progressiva da porcentagem de casos encaminhados no atendimento ambulatorial, incluindo os serviços auxiliares de diagnose e terapia e de internações eletivas, visando reduzir a demanda espontânea em nível residual. As

internações de urgência/emergência devem ser realizadas, prioritariamente, através de central de vagas e agendamentos. Os prazos, etapas e metas serão definidos nos pactos do HUE e Gestores do SUS na sua região de abrangência direta, a partir da pactuação dos Protocolos de Condutas e dos Instrumentos de Referência e Contra-Referência.

7. Efetivação do disposto nos itens anteriores: somente viável através do exercício da pactuação de objetivos específicos e contrapartidas definidas, a começar com o Município-Sede do HUE, e tendo como "pano de fundo" a implementação da Programação Pactuada Integrada (PPI), instrumento básico e decisivo da construção regional do SUS. O atual repasse direto do Ministério da Saúde aos HUE, mesmo nos Municípios e Estados habilitados na Gestão Plena do Sistema, não interferirá na participação decisiva dos Municípios em todas as pactuações referidas, apesar de permanecer controverso o pleno exercício da sua capacidade regulatória na vigência do repasse direto.

8. Elevação progressiva da porcentagem de atendimentos ambulatoriais e hospitalares de complexidade terciária do HUE visando zerar o atendimento de complexidade primária e reduzir o de complexidade secundária em nível necessário para a confirmação diagnóstica dos casos de complexidade terciária e seu atendimento, caracterizando o HUE como Hospital de Referência Regional. Os prazos, etapas e metas serão definidos nos pactos do HUE e Gestores do SUS na sua região de abrangência direta, de acordo com as seguintes variáveis:

- capacidade instalada de complexidade terciária no HUE;
- capacidade do HUE de desenvolver e incorporar Ciência e Tecnologia de Saúde e de fixar especialistas de alto nível; e
- capacidade instalada dos serviços de complexidade primária e secundária nos ambulatórios e hospitais do SUS regional e seu potencial de desenvolvimento rápido, se for o caso.

9. Inserção do HUE no SUS regional como parte de processo maior, que abrange a inserção do Ensino e Pesquisa, isto é, das IES. Por isso as diretrizes básicas da inserção são, também, da competência das IES e não exclusivas do SUS. Além do reordenamento dos recursos alocados no FIDEPS, sob supervisão do PIES, caso necessário, deverão ser disponibilizados recursos novos, visando incentivar as IES que cumprirem metas de atividades extramurais.

10. No mais breve prazo o repasse do FIDEPS deverá ser na forma de Fundo a Fundo, cuja aplicação deverá ser acompanhada e avaliada mediante o cumprimento de metas do HUE, definidas no seu plano anual de inserção no SUS regional, por sua vez, discutido e aprovado no PIES e encaminhado à aprovação na CIR e CIB.

11. Qualquer outra forma de repasse que venha substituir o pagamento por produção (Tabela SUS), deverá absorver os objetivos do FIDEPS aqui delineados, e os respectivos recursos.

OUTRAS FONTES DE RECURSOS:

Incluem Recursos provenientes de ressarcimentos dos atendimentos de consumidores de planos e seguros privados, de Contratos de Operadoras Privadas de Planos e Seguros com HUE, conforto de hotelaria e outros. Independentemente da natureza da "outra fonte" estes recursos devem ser integralmente aplicados no HUE, subordinados aos princípios e diretrizes Constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde: Universalidade e Equidade. Tanto os consumidores de planos e seguros privados como os não consumidores, são usuários do SUS, com iguais direitos perante a Lei, à qualidade e resolutividade do atendimento no HUE, incluindo as esperas no agendamento ambulatorial e hospitalar, em outras palavras, não há respaldo legal nem ético para o estabelecimento de "duas filas" para o atendimento.

MECANISMOS E METAS:

1. Gastos básicos e estratégicos em:

1.1. Manter o mais elevado nível de qualidade e resolutividade assistencial, estreitamente apoiado por atividades de pesquisa de desenvolvimento e incorporação de tecnologias de ponta em saúde, realizadas no próprio HUE/IES;

1.2. Elaboração e Operacionalização de Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) moderno, multiprofissional e que contemple a fixação e aderência de profissionais de alto padrão, vis-à-vis o mercado no setor. O PCCS deve contemplar ainda, margem de adicionais especiais, objetivando a fixação e aderência de especialistas e pesquisadores que atingiram situação de serem disputados em mercado sofisticado em nível nacional e internacional. As pontuações do PCCS para os objetivos de fixação e aderência não precisam depender exclusivamente dos valores monetários, se for considerado como comprovado valor de realização profissional, o simples fato de integrar o quadro de um HUE de elevado prestígio na região e no Estado. A conjugação dos dois níveis de valores deve assegurar a

fixação e aderência em tempo integral (com ou sem dedicação exclusiva); e

1.3. Plena ocupação da capacidade instalada do HUE, hoje ainda com significativas ociosidades (gerais ou por serviços, por equipamentos ou por horas-especialista), em especial nos procedimentos de maior complexidade.

2. Oferta da mesma qualidade e resolutividade assistencial aos usuários do SUS, consumidores ou não de planos e seguros privados de saúde, devendo permanecer eliminada qualquer hipótese de repressão da demanda do usuário "SUS-dependente" pelo usuário consumidor de plano ou seguro privado, com a mera justificativa de um ser consumidor privado e o outro não.

3. A opção dos usuários do SUS, consumidores de planos e seguros privados, para receberem assistência no HUE deve ser consequência natural da competência do HUE oferecer a estes usuários, além de uma qualidade e resolutividade evidentes e adequadamente comunicadas, também um acolhimento, relacionamento na recepção e prazos de esperas humanizados, competência esta, **obrigatoriamente estendida** aos usuários "SUS-dependentes", o que é seguramente viável se a estratégia dos gastos dos recursos captados com os contratos das operadoras privadas, e de outras fontes, forem utilizados igualmente na qualidade da assistência, acolhimento, recepção e prazos de esperas, para todos, nivelando-se a oferta "por cima".

4. O estabelecimento de teto ou percentual da capacidade instalada dos HUE (leitos, procedimentos, etc.) a ser reservado para os usuários de planos e seguros privados, é sumariamente improcedente, devido a dois fatores:

4.1. A grande diversidade regional e microrregional do país quanto:

- ao percentual populacional que é usuário de planos e seguros privados (de 0 a mais de 60%);
- à capacidade instalada para serviços de complexidade secundária e terciária em cada HUE;
- ao perfil das ociosidades de cada HUE (geral, de serviços, de equipamentos, de horas-especialista, etc.); e
- à capacidade instalada para serviços de complexidade primária e secundária na rede ambulatorial e hospitalar da região, o que por si só condena qualquer nivelção de teto ou percentual, por submeter a imprescindível flexibilidade da oferta-

demanda a uma irrefreável pressão pela nivelção da ocupação dessa reserva.

4.2. O grande risco de não ser possível conter a "corrida" que, muito provavelmente, seria desencadeada pelas Operadoras Privadas aos HUEs que venderem seus leitos a preços menores, ou pelos HUEs às Operadoras, oferecendo serviços até o teto permitido, considerando o atual quadro do desfinanciamento do SUS.

Por isso, a identificação do limite de oferta de serviços para consumidores de planos e seguros privados deve se dar no processo da pactuação do HUE e Gestores Descentralizados do SUS em cada região, visando sempre impedir o deslocamento do usuário "SUS-dependente" pelo usuário de planos e seguros privados. Esta pactuação será, também, a instância capaz de impedir que o HUE seja compelido a ficar dependente das Operadoras Privadas, mas que, ao mesmo tempo, mantenha para elas ofertas de possíveis ociosidades de capacidade instalada, além da "fila única" para toda a capacidade instalada, ociosa ou não.

5. O mapeamento e atualização periódica da capacidade instalada ociosa ou de excedentes de ofertas (geral, por serviços, por equipamento e por horas-especialista) deve ser apresentado e discutido no Conselho do Hospital e com os Gestores Descentralizados do SUS, a luz da realidade de cada HUE, da capacidade instalada dos serviços de saúde da região e do perfil da repressão da demanda na região, visando delimitar as ofertas de serviços aos usuários "SUS-dependente" e consumidores de planos e seguros privados sem a criação de "duas filas" e transgressão dos princípios da Universalidade e Eqüidade.

6. O conforto de hotelaria, adicional ao conforto mínimo e humanizado, ofertado universal e eqüitativamente segundo normas do SUS, pode ser "vendido" a usuários que desejam consumi-lo, mas sob duas condições:

- A oferta de salas e apartamentos com conforto adicional não deverá ultrapassar o limite, além do qual estabelece-se a repressão da demanda dos usuários "SUS-dependentes" aos serviços do HUE de referência regional. Este limite deve ser definido pela pactuação com os Gestores Descentralizados do SUS, em especial a CIR e/ou a Secretaria de Saúde do Município-Sede.
- Os preços dos confortos adicionais de hotelaria devem constar de uma tabela de conhecimento público, sua contabilidade disponível ao controle e avaliação

pelos Gestores do SUS, e o "lucro" totalmente integrado à execução orçamentária do HUE, na Universalidade e Eqüidade da oferta de serviços.

7. Os recursos captados pelo HUE em "outras fontes", devem ser aplicados segundo um Plano Anual de Aplicação, subordinado aos princípios da Universalidade e Eqüidade, e cuja execução deve estar disponibilizada às instâncias de Avaliação e Controle da Gestão Descentralizada do SUS e os Conselhos de Saúde (do Município-Sede e do Estado).

8. Os HUEs deverão contar com a imprescindível autonomia gerencial, a fim de assumirem as competências referentes ao cumprimento das metas assistenciais pactuadas, receber os recursos correspondentes, executar um plano de cargos, carreiras e salários moderno, incorporar, desenvolver e aplicar tecnologias de ponta, e outros desafios.

9. O exercício liberal da Medicina e outras profissões na área da saúde (negociação, assistência e pagamento acertados pessoalmente entre o profissional e o cliente) é forma de prática profissional normal no setor privado, mas cuja relação médico-paciente dificulta, a um nível incontrolável, a realização da Universalidade e Eqüidade no Hospital Público/HUE, já que implica, de partida, na configuração das "duas filas". Além deste impedimento, pesa, também, o fato comprovado de que não é o exercício liberal da profissão no HUE, o fator que fixa o profissional de alto padrão e mesmo o especialista ou pesquisador de ponta na instituição, mas, sim, a existência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários moderno e competitivo que garanta a fixação e aderência ao projeto institucional conforme referido no subitem 1.2.

RAZÕES DA ESTRATÉGIA ÚNICA:

(Utilização dos recursos do FIDEPS e os de Outras Fontes)

É a própria relação de mútua causa-efeito da Inserção do HUE no SUS, com a Elevação da sua Qualidade e Resolutividade enquanto Referência Regional de Complexidade Terciária. Destaques:

1. O baixo grau de organização do Sistema de Saúde na região, a ausência ou precariedade de mecanismos de Referência e Contra-Referência, pactuados com os Gestores Municipais do SUS e a rede ambulatorial e hospitalar da região, incluem a não inserção do HUE no SUS regional e acarreta entre outras graves distorções, a inevitável pressão de demanda e conseqüente atendimento de problemas de saúde de complexidade primária e

secundária no interior do HUE, chegando em regra, de 50% a 70% do seu atendimento total, especialmente o ambulatorial, o que vem sufocar e restringir drasticamente a oferta de serviços de complexidade terciária pelo HUE, o que não raro, reflete-se em margens insustentáveis de ociosidade ou subutilização de equipamentos sofisticados e horas-especialistas, nos HUEs com mais capacidade instalada de complexidade terciária.

2. O usuário do SUS que sofre grandes esperas para consultas especializadas, procedimentos sofisticados e internações de complexidade terciária, tem a sua demanda reprimida (é "deslocado") em regra, por outro usuário do SUS que está recebendo atenção de complexidade primária ou secundária dentro do mesmo hospital. Esta distorção da oferta-demanda é várias vezes maior que o deslocamento do usuário "SUS-dependente" pelo usuário rico ou consumidor de plano e seguro privado de saúde, o que não deve justificar esta segunda forma de deslocamento do "SUS-dependente", nem a conclusão que a sua eliminação, por si, eliminará a repressão da demanda de assistência de alta complexidade no HUE. Apenas confere o imprescindível realismo aos projetos de transformação do quadro vigente, rumo à construção do SUS.

3. A reorientação dos gastos dos recursos do FIDEPS e os de Outras Fontes deve constar de Planos de Aplicação específicos, que por sua vez integrem o Plano de Metas (meio e fim) do HUE. O Plano de Metas do HUE deve ser debatido e aprovado em compatibilidade com a Programação Pactuada Integrada-PPI da região de influência, articulada e aprovada pela CIR, e tendo a CIB como instância final e aprovação.

Este Relatório foi debatido e aprovado pela totalidade dos participantes da Oficina de Trabalho, a seguir relacionados:

Dr. Antonio Carlos R. de Oliveira Júnior - Representante do Fundo Nacional de Saúde - FNS/MS; Dr. Atílio Mazzoleni - Secretaria de Ensino Superior/MEC; Dr. Augusto Alves de Amorim - Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS; Dr. Ayrton Pires Brandão - Diretor da Fundação Cardiovascular Pedro Ernesto - UERJ; Dr. Claudio Duarte da Fonseca - Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS; Dr. Edmundo Gallo - Representante do CONASEMS; Dr. Francisco Barbosa Neto - Diretor do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ e Representante da ABRAHUE; Dr. Gilson Coleman - Diretor do Hospital Universitário de Marília, SP; Dr. Jorge João Chacha - Reitor da Universidade Federal de MS - Campo Grande - Representante da ANDIFES; Dr. José Ademar Baldim - Diretor do

Hospital Universitário Alzira Velano, MG e Representante da ABRAHUE; Dr. José Antonio F. Ramirez - Diretor do INCOR-FM/USP; Dr. José Luís da Silva Valente - Secretaria de Ensino Superior/MEC; Dr. José Roberto Ferraro - Diretor do Hospital São Paulo da UNIFESP e Presidente da ABRAHUE; Dr. Lúcio Borges Barcelos - Representante do CONASEMS e Secretário de Saúde de Porto Alegre; Dr. Luís Eurico Valandro - Diretor Técnico do Grupo Hospitalar Conceição; Dr. Luís Gordoni Júnior - Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/MS; Dr. Marcelino Osmar Vieira - Diretor do Hospital Universitário da UFSC e Representante da ABRAHUE; Dra. Maria Luiza Jaeger - Secretaria de Saúde do RS - Representando o CONASS; Dr. Nelson Rodrigues dos Santos - Coordenador-Geral do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS; Dr. Ricardo Lagreca - Diretor do Hospital Universitário Onofre Lopes - UFRN; Dr. Ruy Germano Nedel - Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS; Dr. Samuel Gohman - Assessor da ANDIFES; Dr. Sérgio Luís Magarão - Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS.

Recomendações

RECOMENDA QUE AS PORTARIAS RELATIVAS À GESTÃO E REGULAMENTAÇÃO DO SUS SEJAM DISCUTIDAS E PACTUADAS NA CIT E SUBMETIDAS AO CNS PREVIAMENTE ÀS SUAS PUBLICAÇÕES

RECOMENDAÇÃO Nº 013/99

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

- as definições legais de organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no país, especificadas na Constituição Federal, as Leis 8.080 e 8.142/90 e na NOB-96;
- os posicionamentos prévios do Conselho Nacional de Saúde, constantes das Recomendações 1º e 2/99;
- a cultura institucional sempre presente, de centralização e recentralização de normas e procedimentos que regulam a implementação do SUS no Brasil, particularmente as Portarias referentes a alocação de recursos financeiros e ao estabelecimento de tetos

financeiros estaduais e municipais;

- a imprescindibilidade de atuação solidária e compartilhada entre os três níveis da Direção do SUS, visando sua plena implementação, num quadro de reconhecida insuficiência de recursos públicos para a saúde;
- a recente Recomendação nº 12/99 do CNS;
- a publicação repetitiva de Portarias do MS cujo conteúdo exigiria pactuação na CIT e deliberação do CNS conforme Lei. 8.142/90. Tais quais as Portarias publicadas no dia 31/8 de números 1.125, 1.126, 1.127, dentre muitas outras.

RECOMENDA:

1. que as portarias relativas à gestão e regulamentação do SUS, em especial aquelas mais relevantes que tratam de alterações da forma e montantes dos repasses financeiros e indução do modelo assistencial, sejam discutidas e pactuadas na CIT e submetidas ao CNS previamente as suas publicações, nos termos da legislação em vigor;

2. que os Gestores do SUS ampliem os esforços para a pactuação, na Comissão Intergestores Tripartite, das normas e procedimentos implementadores do SUS no nível nacional;

3. que os Gestores do SUS observem as prerrogativas legais dos Conselhos de Saúde, especificamente o caráter deliberativo sobre as políticas de saúde, incluindo os aspectos financeiros e orçamentários;

4. que os Gestores do SUS elaborem estratégias a serem apreciadas nos respectivos Conselhos de Saúde, com vistas à obtenção de recursos financeiros estáveis e suficientes para a saúde;

5. que o Ministério da Saúde agilize a formulação de estratégias a serem apreciadas pelo Conselho Nacional de Saúde, referentes aos critérios e à implantação de reajustes nas Tabelas de Procedimentos e Valores, e à recomposição dos Tetos Financeiros dos Estados e Municípios, em reforço ao disposto na Recomendação CNS nº 12/99;

6. que os Gestores do SUS agilizem a constituição de um Sistema Nacional de Acompanhamento e Avaliação dos Impactos das Ações e Serviços do SUS no nível da saúde da população, incluindo subsídios aos Conselhos de Saúde no exercício do Controle Social;

7. que os Gestores do SUS definam, com urgência, suas responsabilidades em relação

aos recursos humanos no Sistema Único de Saúde, incluindo a legalização das relações trabalhistas no PACS, PSF e dos Agentes de Saúde que combatem as endemias (dengue, calazar, malária), conforme as diretrizes já aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Plenário do CNS em sua Nonagésima Reunião Ordinária.

RECOMENDA AO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E AO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO QUE CONTEMPLAM AS POSIÇÕES DOS GESTORES DO SUS, OPAS/OMS E DAS ENTIDADES DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR DA ÁREA DE ENSINO E DE PESQUISA DA SAÚDE NO PROCESSO DE ELABORAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE GRADUAÇÃO SUPERIOR

RECOMENDAÇÃO Nº 014/99

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

1. a especificidade da formação de Recursos Humanos para o Setor Saúde compete ao Sistema Único de Saúde (Art. 200, III da Constituição Federal);

2. a Lei Orgânica de Saúde preconiza como um dos objetivos e atribuições do SUS a ordenação e a participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos na área de saúde;

3. as diretrizes especiais para a formação de recursos humanos para o SUS, aprovadas na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em setembro de 1993;

4. as entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde vêm discutindo ao longo de anos a modernização e adequação da formação profissional às necessidades do SUS, atendendo às exigências de mercado e de tecnologia;

5. as propostas elaboradas pelas Comissões de Especialistas da SESU/MEC colidem com a necessidade de formação de Recursos Humanos para o SUS.

RECOMENDA:

Ao Ministério da Educação e ao Conselho Nacional de Educação, que seja pautada uma audiência pública específica para a área de saúde com a participação da representação de: gestores

do SUS no MS e representantes do CONASS e CONASEMS, OPAS/OMS, entidades nacionais representativas das categorias de profissionais de nível superior da área de ensino e de pesquisa da saúde, a fim de que esses segmentos tenham suas posições contempladas na elaboração das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação Superior.

Plenário do CNS em sua Nonagésima Reunião Ordinária.

RECOMENDA A FORMAÇÃO DE GRUPO DE TRABALHO JUNTO À COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS PARA TRATAR DO PROGRAMA DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM, FACE SUA IMPORTÂNCIA PARA O FUNCIONAMENTO DO SUS.

RECOMENDAÇÃO Nº 015/99

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Nonagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 1º e 2 de setembro de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o contido na Recomendação nº 009/99 do CNS e considerando:

- a importância do PROFAE para o funcionamento do SUS;
- a inexistência de um posicionamento do CNS sobre o PROFAE;
- o início das atividades do PROFAE no Estado do Espírito Santo; e
- a Recomendação 009/99 que determinou a reativação do Grupo de Trabalho com a indicação de seus 5 (cinco) integrantes num prazo de 30 (trinta) dias.

RECOMENDA:

1. a formação de Grupo de Trabalho com:

- 1 (um) representante do CONASS;
- 1 (um) representante do CONASEMS;
- 1 (um) representante do CNTSS;
- 1 (um) representante do CNTS; e
- 1 (um) representante da ABEn.

2. o imediato funcionamento do Grupo de Trabalho junto à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH.

Plenário do CNS em sua Nonagésima Reunião Ordinária.

RECOMENDA A CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO PARA TRATAR DO PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES GOVERNAMENTAIS NO CAMPO DE SAÚDE DO TRABALHADOR.

RECOMENDAÇÃO Nº 016

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Nonagésima Reunião Ordinária, realiza-

da nos dias 1º e 2 de setembro de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e considerando:

1) a necessidade de acelerar a regulamentação das competências e atribuições governamentais no campo de Saúde do Trabalhador;

2) a necessidade de acompanhar os desdobramentos referente a Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADIN (Medida Liminar nº 1.893-9), conforme Recomendação nº 006/99, aprovada na 88ª Reunião Ordinária do CNS.

RECOMENDA:

Constituir comissão integrada pelos representantes do CONASS, CONASEMS, Secretário Executivo do CNS, Secretário de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, e representando a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CIST - Jacinta de Fátima Sena da Silva e Tania Maria Guimarães e Souza Monteiro, com a finalidade de, em audiência com o Senhor ministro da Saúde, definir estratégias visando a regulamentação das competências e atribuições no âmbito da Saúde do Trabalhador e atuação relacionada a ADIN, junto ao Supremo Tribunal Federal.

Plenário do CNS em sua Nonagésima Reunião Ordinária.

Moções

MOÇÃO DE DESAGRADO À PERMANÊNCIA DA PUBLICAÇÃO DE PORTARIAS ACERCA DE DIRETRIZES DE GASTOS DE SAÚDE, SEM A ADEQUADA PARTICIPAÇÃO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE E DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

MOÇÃO Nº 005/99

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Nonagésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 1º e 2 de setembro de 1999, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, decidiu pela aprovação da presente moção de desagrado em face da constante desatenção de setores da Secretaria de Assistência à Saúde - SAS, do Ministério da Saúde, para com este Conselho, consubstanciada nos seguintes fatos:

1. Não atendimento das deliberações anteriores do CNS nºs 001/99, 002/99 e 012/99, que dispõem sobre a publicação de Portarias sem a prévia discussão na Comissão Intergestores

Tripartite - CIT e no Conselho Nacional de Saúde - CNS, bem como aos convites dirigidos ao titular da referida Secretaria que se fez representar por assessores ou técnicos, nem sempre afeitos às áreas de atuação do Órgão.

2. Elaboração de grande número de Portarias, modificando substancialmente as políticas assistenciais, através da alteração de valores de tetos e subtetos financeiros dos Estados e Municípios e de valores remunerativos da tabela de procedimentos, atropelando os processos pactuados e/ou definidos em lei, desconsiderando as competências próprias deste Conselho.

3. Publicação na véspera da reunião do CNS em 31/8/99, das Portarias GM n.ºs 1.125, 1.126 e 1.127, esta última, referente aos repasses e controle de recursos para os Hospitais Universitários e de Ensino, a qual desconsiderou os encaminhamentos amplos e de alto nível acertados em recente Oficina de Trabalho promovida pelo CNS e com importante participação da SAS e SPS, cuja matéria foi pautada e relatada nessa oficina.

Estes fatos geram insatisfações generalizadas e desnecessárias no âmbito do Conselho Nacional de Saúde e se sobrepõem às suas atribuições legais além de se constituir em péssimo exemplo para as instâncias Estadual e Municipal da gestão do SUS, exigindo uma imediata revisão de postura daqueles que insistem em não reconhecer a importância e a necessidade do pleno exercício do Controle Social, através dos Conselhos de Saúde.

Plenário do CNS em sua Nonagésima Reunião Ordinária.

Pauta

Pauta da Nonagésima Reunião Ordinária - 1995/1999

Data: 1.º e 2 de setembro de 1999

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

Dia: 1.º/9/99

Início: 10 horas

Término: 18 horas

10h às 11h30 - Abertura, aprovação das atas e informes

ITEM 01 "SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE DIRETRIZES DE PLANOS DE SAÚDE NO SUS"

11h30 às 13h - Apresentação: Conselheiro Olympio Távora Corrêa

13h às 14h - Almoço

ITEM 02 - RECOMPOSIÇÃO DO ORÇAMENTO DO SUS: "MANIFESTO PELA SAÚDE", DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA DA CÂMARA FEDERAL E DA FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE

14h às 16h - Apresentação: Deputados Federais coordenados pelo Deputado Alceu Colares - Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família e Deputado Ursicino Queiroz - Coordenador da Frente Parlamentar da Saúde, Conselheiros Representantes do MS, CONASS, CONASEMS e Prestadores e Coordenador da Comissão de Orçamento e Finanças do CNS

ITEM 03 - RELATÓRIO DA MESA-REDONDA DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

16h às 17h - Apresentação: Conselheiro Olympio Távora Corrêa

ITEM 04 - PROPOSTA DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS

17h às 18h - Apresentação: Conselheiro Gilson Cantarino O'Dwyer

Dia: 2/9/99

Início: 9 horas

Término: 18 horas

ITEM 05 - RELATOS DO ENCONTRO NACIONAL DO CONASEMS (28 A 30/8) E DA ASSEMBLÉIA DO CONASS (18/8): SEUS SIGNIFICADOS NA ATUAL CONJUNTURA DO SUS

09h às 10h - Apresentação: Conselheiro Silvio Mendes e Gilson Cantarino

ITEM 06 - RELATO DA REUNIÃO DA CIT DE 19/8/99

10h às 11h - Apresentação: MS - CONASS - CONASEMS

ITEM 07 - RELATO DA REUNIÃO DA COMISSÃO DE CONSELHEIROS COM O SECRETÁRIO EXECUTIVO DO MS, DR. BARIAS NEGRI, EM 24/8/99

11h às 12h - Apresentação: Conselheiros Sérgio Piola, Olympio Távora e demais Conselheiros presentes

ITEM 08 - RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DO CNS: EXECUÇÃO DE 1999, ORÇAMENTAÇÃO DO ANO 2000 E PEC DE REFORMA TRIBUTÁRIA

12h às 13h

13h às 14h - Almoço

14h às 15h30 - CONTINUAÇÃO DO ITEM 08

15h30 às 16h - ENCERRAMENTO

**Pauta da Nonagésima Primeira
Reunião Ordinária - 1995/1999**

Data: 5, 6 e 7 de outubro de 1999

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

Dia: 5/10/99

Início: 10h

Término: 18h30

10h às 11h30 - Abertura, aprovação da ata, resumo executivo e informes

01. FÓRUM NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
Apresentação: Marilena Gentile - SPS/MS

02. CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS E PROCURADORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO
Apresentação: CG/Conselho Nacional de Saúde e Secretaria de Investimento

03. HOMOLOGAÇÃO DA RESOLUÇÃO CNS Nº 292/99
Apresentação: Conselheiro William Saad Hossne

04. INICIATIVA DE PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO SENAR
Apresentação: Conselheiro Augusto Alves de Amorim

05. TREINAMENTO INTERATIVO PARA ENSINO A DISTÂNCIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS
Apresentação: Conselheiro Augusto Alves de Amorim

06. ESTUDO DE CRITÉRIOS PARA AUTORIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DE ESCOLAS MÉDICAS - AMB
Apresentação: Conselheiros Ricardo M. de Macedo e Antônio Celso Nunes Nassif

07. INSTALAÇÃO DA CPI DOS MEDICAMENTOS
Apresentação: Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde

ITEM 01 - MANIFESTAÇÕES DO DIA 22/9/99
11h30 às 12h - Introdução: Coordenação - Geral do Conselho Nacional de Saúde

ITEM 02 - A PEC, REFORMA TRIBUTÁRIA E OS ORÇAMENTOS DE 1999 E 2000

12h às 13h - Apresentação: Comissão de Orçamento e Finanças/CNS

13h às 14h - Almoço

ITEM 03 - DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO "REFORÇANDO A OUSADIA DE CUMPRIR E FAZER CUMPRIR OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE"

14h às 15h30 - Apresentação: Coordenação - Geral do Conselho Nacional de Saúde

ITEM 04 - DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DA MESA-REDONDA "ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE"
15h30 às 16h - Apresentação: Conselheiro Olympio Távora Corrêa

ITEM 05 - DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DA II OFICINA DE TRABALHO "INSERÇÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E OS DE ENSINO - HUE, NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS"

16h às 17h30 - Apresentação: Conselheiro Sérgio Luís Magarão

ITEM 06 - DISCUSSÃO E APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DO GRUPO DE TRABALHO DO CNS SOBRE "ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E O SUS"

17h30 às 18h30h - Apresentação: Conselheiro Sérgio Piola

DIAS : 06 e 07/10/99

Início: 9h

Término: 18h

ITEM 07 - PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO "DEZ ANOS DO SUS - UM PACTO NACIONAL PELA SAÚDE" NA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Apresentação: Programa Anexo

Edição

Assessoria de Comunicação Social do CNS
Conselho Nacional de Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco "G"

Anexo - Ala B - 1º Andar

Salas 128 a 147 - CEP 70058-900

Brasília-DF

Fones: (061) 225-6672 266-8803

315-2150 315-2151

Fax: (061) 315-2414 315-2472

e-mail: cns@saude.gov.br

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

Revisão, editoração, impressão e acabamento

Coordenação de Processo Editorial/MS



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

