



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA SEGUNDA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

ABERTURA: Aos quatro e cinco dias de outubro, de dois mil, às dez horas, na sala de reunião “Conselheiro Omilton Visconde”, do Conselho Nacional de Saúde, teve início a Centésima Segunda Reunião Ordinária do CNS. **APROVAÇÃO DAS ATAS:** Colocadas em apreciação, foram aprovadas as atas da 99^a, 100^a e 101^a Reunião Ordinária do CNS. **INFORMES: 01) Gerais** – O Coordenador Geral do CNS, **Nelson Rodrigues dos Santos** explicou que, por motivos de agenda, o material de apoio à pauta da reunião não pudera ser enviado na data prevista e, pelo mesmo motivo, os itens “*Relato da CPI de Medicamentos*” e “*Mesa-Redonda sobre Política para Portadores de Deficiência*” haviam sido transferidos para a próxima reunião. Fez, ainda, alusão aos microcomputadores e telefones que estavam à disposição dos Conselheiros, em sala específica e lembrou aos Conselheiros Titulares da necessidade de comunicar à Secretaria Executiva do CNS, com antecedência de cinco dias úteis, sobre o comparecimento dos Conselheiros Suplentes às reuniões. **02) Cumprimento do Regimento Interno e Deliberações Internas para o Funcionamento das Reuniões do CNS** – O Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**, objetivando manter o bom andamento das Reuniões Ordinárias e cumprir o Regimento Interno do CNS, fez esclarecimentos aos Conselheiros sobre: **1)** preparação e remessa de subsídios aos Conselheiros; **2)** duração do item de pauta; **3)** questões de ordem; e **4)** inscrição e duração de informes. **03) Importância do Item 11 da Pauta** – O Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** destacou a importância do Item 11 – Aplicação da NOB 96: progressos, problemas e perspectivas, bem como, da apresentação do documento “*Análise dos Aspectos do Processo de Descentralização do SUS*”, previamente distribuído aos Conselheiros. **04) Acompanhamento da Aceleração da Erradicação da Hanseníase no Brasil** - Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** informou que o CNS, no âmbito da questão da Hanseníase, elaborara duas Resoluções de grande impacto, referentes à descentralização da hanseníase na atenção básica e à política de hospitais colônias. Apesar disso, lembrou da Resolução sobre campanhas orientadoras periódicas de divulgação, que fora aprovada no CNS, porém, não estava sendo implementada. Em seguida, passou a palavra ao cantor **Ney Matogrosso**, que destacou a importância da questão da hanseníase, com incidência significativa no país, considerando que a base da erradicação da doença era a informação. Comunicou a existência de dois spots já elaborados, contendo informações importantes à população brasileira, solicitando ao CNS que interviesse junto ao Ministério da Saúde para a divulgação. Conselheiro **Sílvio Mendes de Oliveira Filho** cumprimentou o cantor **Ney Matogrosso** pelo papel por ele desempenhado com relação ao combate à hanseníase no país. O Dr. **Gerson Fernando**, responsável pelo Programa de Erradicação da Hanseníase/MS, fez o relato da situação atual da hanseníase no Brasil, destacando que a taxa de prevalência era de 3.7 doentes a cada dois mil habitantes. Corroborou com a colocação do cantor **Ney Matogrosso**, de que a informação à população sobre a doença era fundamental para o alcance da erradicação da hanseníase. Com relação à Resolução citada pelo Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**, que não fora implementada, o Conselheiro **Jocélio Drummond** considerou que o CNS deveria procurar saber o porquê da não implementação. Conselheiro **Heder Murari** concordou com o posicionamento apresentado pelo Conselheiro **Jocélio Drummond** e indagou sobre a data prevista para o início da veiculação da Campanha na mídia. Conselheira **Maria Lêda Dantas** agradeceu a presença e o empenho do cantor **Ney Matogrosso** com relação à erradicação da hanseníase e à saúde da população brasileira. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** destacou a importância da participação do cantor **Ney Matogrosso** na Campanha pela Erradicação da Hanseníase e aproveitou a oportunidade para criticar a forma discriminatória e pejorativa como fora elaborada a Campanha de Prevenção à Paralisia Infantil. Conselheira **Zilda Arns** também agradeceu a presença do cantor **Ney Matogrosso**, lembrando que o trabalho comunitário possui grande força no que se refere a informação à população. A propósito, indagou se os spots por ele mencionados contemplavam a questão do abandono às pessoas portadoras de hanseníase. O Dr. **Gerson Fernando** informou que o início da Campanha de Erradicação da Hanseníase estava previsto para o dia 16 de outubro de 2000 e que a mesma procurava priorizar municípios onde era identificada a maior concentração de casos de hanseníase. O cantor **Ney Matogrosso** agradeceu as homenagens prestadas pelos Conselheiros e

56 respondeu à Conselheira **Zilda Arns** que os spots possuíam apenas as informações básicas sobre a
57 doença, considerando que a questão do abandono era um próximo passo a ser implementado. **05)**
58 **Andamento da Aplicação da Emenda Constitucional nº 29** - O Coordenador **Nelson Rodrigues dos**
59 **Santos** lembrou que o artigo sétimo da PEC Aglutinativa 86-A, promulgada no mês passado, referente
60 à participação federal de cinco por cento sobre o orçamento empenhado em 1999 e ao crescimento
61 proporcional ao valor nominal do PIB para estados e municípios era considerado auto-aplicável.
62 Contudo, a aplicabilidade deverá ser calculada em conformidade com a realidade do recolhimento de
63 impostos de estados e municípios e a sua base de cálculo permitia flexibilidade de interpretação, no
64 que se refere às ações e serviços de saúde. Em função disso, a Coordenação Geral do CNS remetera
65 para várias instituições (Tribunal de Contas da União, Tribunais de Contas dos Estados, Conselhos
66 Estaduais de Saúde, Ministério Público, dentre outras) as diretrizes e as medidas implementadoras,
67 aprovadas pelo CNS, no âmbito da referida PEC. Solicitou aos Conselheiros que auxiliassem nesse
68 trabalho de conscientização e articulação nos seus respectivos estados. **06) Situação do**
69 **CES/Maranhão** - Conselheiro **Jocélio Drummond** lembrou matéria anteriormente apresentada
70 referente à mudança abrupta de composição que sofrera o Conselho Estadual de Saúde do Maranhão,
71 mediante projeto de lei aprovado na Assembléia Legislativa daquele Estado, ferindo a Resolução nº 33
72 do CNS. Solicitou que o Conselho Nacional de Saúde se posicionasse sobre o assunto. Após as
73 discussões, o Plenário decidiu designar delegação de Conselheiros para proceder à visita ao Conselho
74 Estadual de Saúde do Maranhão. **07) Conselheira Maria Natividade Gomes Teixeira Santana**
75 informou que o Conselho Nacional de Educação iniciara uma seqüência de audiências públicas, com
76 vistas à definição das diretrizes curriculares de graduação de todas as áreas. Lembrou, então, de
77 deliberação aprovada em plenário, referente à realização de audiência pública entre os Conselhos
78 Nacionais de Educação e de Saúde, no sentido de debater as diretrizes curriculares de graduação da
79 área da saúde, solicitando à Secretaria Executiva que informasse o CNS sobre o andamento do
80 processo de realização da referida audiência. Informou, ainda, sobre a realização do 52º Congresso
81 Brasileiro de Enfermagem, de 21 a 26 de outubro, em Olinda/PE, colocando esse espaço à disposição
82 dos Conselheiros para a divulgação de temas ou assuntos que julgassem importantes. **08) Parceria**
83 **CNS/ANATEL** - O **Sr. Paulo Ricardo Balduíno**, Coordenador do Sub-Comitê de Saúde da ANATEL,
84 fez exposição sobre as aplicações desenvolvidas no âmbito da ANATEL com relação à telemedicina,
85 visando: redução de custos, redução de listas de espera, melhoria no atendimento, possibilidade de
86 consultas remotas, treinamento e educação continuada, eficiência, segurança e universalização da
87 saúde. Conselheiro **Mário César Scheffer** ressaltou a importância do avanço tecnológico das
88 telecomunicações, considerando que esse setor poderia ser colocado a serviço do controle social de
89 forma muito positiva. Convidou, ainda, a ANATEL para estabelecer parceria com a Assessoria de
90 Comunicação do CNS. Conselheiro **José Carvalho Noronha** sugeriu que fosse reservado ponto de
91 pauta para tratar exclusivamente do tema e solicitou explicações sobre a RINIS. Conselheiro **Augusto**
92 **Alves Amorim** observou que as iniciativas propostas pela ANATEL deveriam contemplar o treinamento
93 e aperfeiçoamento de recursos humanos, no âmbito da saúde. Conselheiro **Lindomar Tomé Lopes**
94 ponderou que o contexto ideológico de “*telemedicina*” não contemplava ações multidisciplinares de
95 saúde (enfermagem, assistência social e outros), observando que a denominação adequada do serviço
96 seria “*telessaúde*”. Conselheiro **Carlos Corrêa Martins** sugeriu que fosse agendada oficina de trabalho
97 sobre o tema. Conselheiro **Sílvio Mendes de Oliveira Filho** disse que a questão da informação para o
98 usuário, no SUS, era de extrema importância, observando que, com a privatização das empresas de
99 telecomunicação, houvera aumento de custo na utilização do serviço, para os gestores estaduais e
100 municipais. **ITEM 02 – RELATO DO GT/CNS DO “ACESSO E HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO**
101 **NO SUS”**: Conselheiro **Geraldo Adão** fez a apresentação do Relatório do Grupo de Trabalho sobre
102 Acesso e Humanização do Atendimento no SUS, destacando os seguintes objetivos: **1)** identificação
103 das causas que impedem o livre e fácil acesso do usuário aos recursos de saúde; **2)** identificação das
104 causas que contribuem para a deterioração da qualidade dos serviços e da qualidade da atenção no
105 atendimento; **3)** dar ordenamento, apurar o dimensionamento, priorizar e propor ações e políticas
106 estratégicas para superação das causas identificadas, de forma que as propostas sejam devidamente
107 harmonizadas entre os quatro atores do sistema. Em seguida, procedeu à leitura de vinte
108 recomendações propostas pelo Grupo de Trabalho ao Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS,
109 com os respectivos objetivos: **1)** desenvolvimento de estratégias voltadas para a organização do
110 Sistema de Saúde, em nível estadual e municipal, capazes de oferecer atenção integral, universal e
111 equânime à população, através de planos, programas e serviços compatíveis com o perfil
112 epidemiológico; **2)** adoção de medidas, no sentido de priorizar o efetivo acompanhamento do Sistema
113 de Saúde, por meio de mecanismos de controle interno específico, visando avaliar a eficiência e
114 eficácia da gestão e do processo de descentralização; **3)** desenvolvimento de políticas de recursos
115 humanos, abrangendo o conjunto dos trabalhadores dos diversos níveis de gestão; **4)** investimentos na
116 atenção secundária e terciária, por constituírem pontos de estrangulamento do Sistema, dificultando a

117 continuidade do tratamento do usuário; **5)** priorização da atenção básica à saúde, considerando a ótica
118 da vigilância à saúde, adotando os princípios da integralidade, hierarquização e intersetorialidade; **6)**
119 articulação com CONASS e CONASEMS para a criação de estratégias que garantam o
120 comprometimento dos gestores com a implementação do Sistema; **7)** criação de mecanismos que
121 possibilitem a capacitação continuada de Conselheiros de Saúde, visando qualificar a sua atuação no
122 controle social do SUS; **8)** criação de sistemas de informação e divulgação permanentes das ações e
123 serviços disponibilizados, garantindo transparência e acesso do usuário aos serviços; **9)** que a proposta
124 de humanização do atendimento no Comitê de Humanização do Ministério da Saúde tenha como
125 condição precípua todas as ações e readequação na gestão, controle e financiamento do SUS, para
126 garantir o acesso e o atendimento humanizado ao usuário; **10)** que a assistência à saúde da pessoa
127 portadora de deficiência, incluindo a assistência à reabilitação, seja prestada, observando-se os
128 princípios da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as
129 unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação públicos, contratados ou
130 filantrópicos, até os centros de referência em reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de
131 complexidade; **11)** que o Programa do Ministério da Saúde sobre Humanização do Atendimento no
132 SUS seja apresentado aos Conselhos de Saúde em todos os níveis, ficando estes responsáveis por
133 sua fiscalização; **12)** que as propostas de capacitação de pessoal envolvam todas as categorias
134 profissionais, com a criação de processo de educação continuada, visando garantir a atualização,
135 qualidade e a competência do profissional; **13)** que seja mantido o Grupo de Trabalho do CNS para o
136 acompanhamento das propostas aprovadas pelo Plenário, quanto à sua implementação e avaliação de
137 resultados, bem como o acompanhamento do Programa do Ministério da Saúde; **14)** criação de política
138 de medicamentos, que tenha como prioridade a reorientação da assistência farmacêutica e a
139 implantação efetiva da relação de medicamentos essenciais; **15)** ampliação de procedimentos
140 ambulatoriais no atendimento à atenção básica, garantindo o nível de resolutividade da atenção em
141 saúde; **16)** ampla divulgação das possibilidades de financiamento pelo REFORSUS, disponibilizando
142 técnicos para apoiar a elaboração de projetos; **17)** criação de mecanismos de controle de informação
143 sobre demanda reprimida; **18)** garantia de ações intersetoriais visando à melhoria da qualidade de vida
144 e consequente promoção da saúde; **19)** implementação, por meio de normatização, da
145 descentralização da distribuição de órteses e próteses com ampla divulgação para o acesso do usuário
146 aos referidos equipamentos e **20)** promoção de pesquisa que confirme a paridade e a
147 representatividade dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e, se necessário, recomende e
148 oriente a correção à luz da legislação. Conselheiro **Cláudio Duarte** destacou a importância do aspecto
149 do acesso e humanização da saúde, bem como, do papel do Ministério da Saúde, no sentido de
150 estabelecer diretrizes que possam viabilizar essas questões. Acrescentou, ainda, que várias das
151 recomendações apresentadas não se dirigiam apenas ao Ministério da Saúde, mas, também, ao
152 CONASS e CONASEMS. Considerando apropriada a colocação do Conselheiro **Cláudio Duarte**, o
153 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** sugeriu que todas as recomendações fossem dirigidas ao
154 Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. Conselheiro **Sílvio Mendes de Oliveira Filho** ponderou
155 que algumas das recomendações contemplavam as injustiças sociais, o que a seu ver, extrapolava a
156 competência do Conselho Nacional de Saúde. Disse, ainda, que as recomendações que se referem à
157 atenção básica, órteses e próteses e Política de Medicamentos deveriam ser revistas, visto que o
158 recomendado já estava implementado no Ministério da Saúde. Conselheira **Izabel Maria Loureiro**
159 **Maior** sugeriu que as recomendações de número dez e dezenove fossem anexadas, por se tratarem do
160 mesmo assunto, e manifestou a sua estranheza com relação a ausência de outros grupos vulneráveis
161 para o Sistema de Saúde, visto que as recomendações referiam-se basicamente aos portadores de
162 deficiência. Conselheiro **Carlos Corrêa Martins** observou que um grande problema do Sistema era o
163 entendimento da população sobre o SUS, sugerindo a elaboração de Campanha Orientadora, inclusive,
164 utilizando-se instâncias como os Conselhos Locais de Saúde. Conselheiro **José Carlos Passos**
165 considerou imprescindível a definição de “gastos com saúde”, sugerindo que houvesse recomendação
166 do CNS ao Ministério da Saúde nesse sentido. Conselheiro **Jocélio Drummond** sugeriu que o
167 documento apresentado fosse encaminhado ao Ministério da Saúde para estudá-lo, qualificando-o
168 tecnicamente. Conselheiro **Sílvio Mendes de Oliveira Filho** sugeriu que fosse encaminhado, também,
169 ao CONASS e CONASEMS. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** disse que a intenção do Grupo de
170 Trabalho era provocar esse tipo de discussão no CNS, lembrando que o documento fora elaborado com
171 base nas experiências vivenciadas pelos próprios usuários. Conselheiro **Lindomar Tomé Lopes**
172 levantou a necessidade de discussão e aprofundamento de discussões do CNS com relação às
173 Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** considerou a 11^a
174 Conferência Nacional de Saúde o fórum adequado para proceder à discussão do documento
175 apresentado. O Coordenador Nelson Rodrigues dos Santos explicou que os trabalhos do grupo eram
176 independentes da realização da 11^a Conferência Nacional de Saúde. Conselheira **Clair Castilhos**
177 observou que o documento apresentado serviria de subsídio para todos os Conselheiros do CNS, que

178 são membros natos da referida Conferência. APÓS AS DISCUSSÕES, O PLENÁRIO DO CNS DECIDIU
179 ENCAMINHAR AS RECOMENDAÇÕES DO GRUPO DE TRABALHO (INCORPORANDO AS SUGESTÕES DOS
180 CONSELHEIROS), PARA APRECIAÇÃO DA TRIPARTITE. **ITEM 03 – CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** - O Dr.
181 **Geraldo Biasoto**, Secretário de Investimentos de Saúde do Ministério da Saúde, lembrou que o projeto
182 do Cartão Nacional de Saúde passara por várias fase de elaboração, encontrando-se, hoje, na etapa
183 final, com vistas à sua implementação. Destacou o apoio dado pelo CONASS e CONSASEMS ao
184 projeto e informou que o mesmo previa monitoramento estreito com relação à implantação do cartão. A
185 seguir, a Dra. **Rosani Evangelista da Cunha**, Gerente do Projeto, detalhou o processo, destacando: **1)**
186 a fundamentação da elaboração do projeto (necessidade de identificação do usuário, de definição de
187 critérios de financiamento e de ferramentas de gestão efetivas para o SUS); **2)** objetivos do sistema; **3)**
188 processo em curso, no âmbito da implementação; **4)** integração do Cartão com os sistemas de
189 informação; **5)** níveis de atendimentos previstos; **6)** utilização do Cartão para o Sistema Único de
190 Saúde; **7)** projeto-piloto do Cartão Nacional de Saúde (44 municípios); e **8)** proposta de expansão do
191 Cartão, baseada em três eixos: cadastramento em âmbito nacional, desenvolvimento de novas
192 oportunidades nas unidades de saúde e expansão física do sistema. Conselheira **Maria Lêda Dantas**
193 indagou se estava contemplado no projeto do cartão o acompanhamento de adesão aos planos
194 privados de saúde e, também, se o cadastro era sigiloso, respeitando a privacidade do usuário do SUS.
195 Conselheiro **Carlos Corrêa Martins** indagou sobre o critério para a escolha dos quarenta e quatro
196 municípios que compõem o projeto-piloto e quando se daria a expansão do projeto para o restante do
197 país. Conselheiro **Lindomar Tomé Lopes** perguntou se o projeto resgatava experiências anteriores,
198 como a do Cartão-SUDS, e se os profissionais e gestores de saúde estavam sendo preparados para o
199 projeto de implementação do Cartão-SUS. Indagou, ainda, como o cartão contemplaria as pessoas que
200 não possuíssem inscrição no PIS/PASEP. A Sra. **Rosani Evangelista Cunha** respondeu que seria feito
201 um cruzamento com os dados do cadastro da Agência de Saúde Suplementar, de portadores de planos
202 privados de saúde, proporcionando a regulamentação do resarcimento ao SUS. Acrescentou que o
203 projeto previa estratégias para garantir do sigilo das informações nele contidas e informou fora
204 articulado com a Caixa Econômica Federal a disponibilidade de números provisórios de PIS/PASEP
205 para os indivíduos que não o possuem. Colocou, também, que os quarenta e quatro municípios do
206 projeto-piloto haviam sido escolhidos por terem sido neles identificadas experiências de uso ou
207 processo de implantação do Cartão-SUS. Com relação à colocação do Conselheiro **Lindomar**, disse
208 que não havia sido considerada a experiência do Cartão-SUDS. Conselheiro **Heder Murari** observou
209 que o Cartão-SUS poderia incorrer no risco de quebra do princípio da universalidade e manifestou
210 posição contrária dos profissionais de saúde com relação à ausência de discussão sobre a
211 remuneração dos mesmos (Tabela de Procedimentos do SUS) no âmbito do Cartão-SUS. Conselheiro
212 **Sólon Viana** indagou se o Cartão-SUS previa informações sobre os benefícios que o SUS poderia
213 trazer aos usuários do Sistema. Conselheiro **Mário César Scheffer** perguntou como seria
214 compatibilizado o Cartão-SUS com o CICLON (cartão exclusivo para pacientes portadores do vírus da
215 AIDS). A Sra. **Rosani Evangelista**, com relação à colocação do Conselheiro **Heder Murari**, disse que
216 o projeto estava a disposição para receber contribuições dos representantes de profissionais de saúde.
217 Acrescentou que o Cartão possuía várias informações sobre o cidadão e sobre os serviços do SUS a
218 ele prestados e que o Cartão-SUS e o CICLON seriam utilizados concomitantemente, apesar de o
219 projeto prever a integração com outros sistemas de informação. Conselheira **Neide Regina Barriguelli**
220 indagou o porquê da não utilização do número do C.P.F., visto que a experiência mostrara-se eficiente
221 no que se refere ao grupo dos renais crônicos e, também, sobre o custo do projeto, como um todo.
222 Aproveitou a oportunidade para manifestar o seu descontentamento com relação à não participação do
223 CNS na elaboração do projeto do Cartão-SUS. O Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**
224 lembrou à Conselheira que o “Cartão-SUS” havia sido tema de pauta de reuniões do CNS por três
225 vezes. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** considerou indispensável o cadastramento universal
226 para controle do SUS, tendo em vista a “seleção” de clientela estabelecida pelos planos privados de
227 saúde. Solicitou, ainda, explicação sobre as estruturas dos relatórios gerados através do Cartão-SUS.
228 Sugeriu, ainda, que fosse encaminhado ao usuário e ao profissional de saúde do sistema, de forma
229 periódica, extrato de utilização e prestação de serviços, respectivamente. Conselheira **Maria**
230 **Natividade Gomes Teixeira Santana** indagou se existia avaliação sobre o andamento do projeto nos
231 quarenta e quatro municípios, solicitando que a mesma fosse apresentada ao CNS. Indagou, ainda,
232 qual seria o real objetivo do Cartão, ou seja, se o custo-benefício do projeto apresentaria saldo positivo.
233 Conselheiro **José Luiz Spigolon** perguntou se o Cartão previa orientações ao usuário do sistema para
234 os casos de urgência e emergência e indagou se os recursos orçados para o cartão contemplavam
235 toda a sua implementação e manutenção. Dr. **Geraldo Biasoto** disse que o custo do projeto era
236 mínimo frente às possibilidades de controle do SUS que o mesmo iria proporcionar. Além disso, o
237 projeto previa diversos benefícios para o usuário, tais como: melhoria de condições de marcação de
238 consultas e exames, informação sobre histórico do paciente, agilização do trabalho nas unidades de

239 saúde. Acrescentou que os relatórios resultantes do sistemas seriam elaborados de forma padrão, além
240 de estar prevista a viabilização aos gestores municipais e estaduais em montar os seus próprios
241 relatórios. Observou que a decisão de não utilizar o número do C.P.F. fora baseado na integração do
242 cadastro do PIS/PASEP com o cadastro do FGTS e da Previdência Social, além do não envolvimento
243 desse número com a questão fiscal. A **Sra. Rosani** colocou que ainda não havia avaliação do projeto
244 nos quarenta e quatro municípios que compõem o projeto-piloto, mas, existiam avaliações isolas que
245 estavam à disposição dos Conselheiros. Com relação à sugestão do Conselheiro **José Carvalho de**
246 **Noronha**, de envio periódico de informações aos usuários e aos profissionais de saúde, estava
247 contemplada no projeto, sendo essa uma decisão dos gestores estaduais e municipais. Conselheiro
248 **Heder Murari** reiterou a necessidade de discussão sobre a Tabela de Procedimentos do SUS.
249 Conselheiro **Augusto Alves Amorim** observou que a questão de recursos humanos não deveria ser
250 discutida no âmbito do Cartão-SUS e, sim, em outras instâncias do Ministério da Saúde. Foi APROVADA
251 A PROPOSTA DO CONSELHEIRO **JOCÉLIO DRUMMOND** DE CRIAÇÃO DE GRUPO DE TRABALHO PARA
252 ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE, INTEGRADO PELOS
253 CONSELHEIROS **JOSÉ CARVALHO DE NORONHA, JOSÉ LUIZ SPIGOLON, HEDER MURARI, MARIA LÉDA**
254 **DANTAS, ALÉM DE REPRESENTANTE DOS TRABALHADORES, A SER INDICADO POSTERIORMENTE**. Conselheiro
255 **Jocélio Drummond** sugeriu que fosse encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde o Projeto do
256 Cartão-SUS e que fossem estabelecidas parcerias com alguns dos gestores municipais onde está
257 instalado o projeto-piloto, para adicionar informações, de forma a subsidiar o Grupo de Trabalho
258 aprovado pelo Plenário. **ITEM 04 – RELATO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT:**
259 Adiado para a próxima reunião. **ITEM 05 – RELATO DA COMISSÃO ORGANIZADORA DA 11ª**
260 **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE:** Inicialmente, Conselheira **Maria Léda Dantas** prestou
261 homenagens à Conselheira **Rita de Cássia B. Barata**, que estava deixando o Conselho para assumir a
262 Coordenação Geral da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Na condição de Coordenadora da
263 Comissão Organizadora da 11ª Conferência Nacional de Saúde, **Dra. Rita de Cássia B. Barata** fez o
264 relato das deliberações ocorridas, destacando que: **1)** o local escolhido para realização da Conferência
265 foi a Academia de Tênis de Brasília (em razão do preço ser bem menor que o apresentado pela
266 Universidade de Brasília); **2)** a Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde assumira os custos
267 de divulgação da Conferência; **3)** fora aprovada “frase-chave” (slogan) da Conferência: “O Brasil
268 falando como quer ser tratado”; **4)** fora acertada a distribuição de delegados indicados por entidade
269 nacionais; **5)** a Comissão Organizadora aguardava sugestões dos Conselheiros para os subtemas da
270 Conferência. **ITEM 06 – AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DA AGENDA BÁSICA 2000:** O
271 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos**, ao apresentar esse item, chamou a atenção para os
272 seguintes aspectos: **I)** Acompanhamento: **a)** do Planejamento do Ministério da Saúde (não
273 implementado); **b)** do Orçamento do Ministério da Saúde (total ou parcialmente implementado); **c)** do
274 financiamento do SUS nas três esferas de Governo (total ou parcialmente implementado) e **d)** da
275 preparação da 11ª Conferência Nacional de Saúde (total ou parcialmente implementado). **II)**
276 Acompanhamento Especial: **a)** no campo de atenção básica à saúde (implementado); **b)** investimento
277 dirigido à equidade (não implementado); **c)** insumos básicos (implementado); **d)** articulações
278 intersetoriais visando a promoção e educação à saúde (parcialmente implementado); **e)** capacitação da
279 gestão do sistema em três níveis: informação para decisão (não implementado), vigilância em saúde
280 (não implementado) e Política de Recursos Humanos (implementado). **III)** Acompanhamento
281 Permanente: **a)** atenção integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, dos portadores de
282 deficiência, dos indígenas, dos idosos, dos trabalhadores e outros (parcialmente implementado); **b)**
283 doenças emergentes (não implementado); **c)** humanização no atendimento (implementado) e **d)** análise
284 e acompanhamento trimestral de conjuntura macroeconômica e política (parcialmente implementado).
285 **IV)** Controle Social: **a)** fortalecimento da infra-estrutura institucional de apoio aos Conselhos de Saúde e
286 Controle Social (não implementado); **b)** sistematização de informação e comunicação dos Conselhos
287 em todos os níveis, especialmente quanto aos indicadores sociais e epidemiológicos de repasses e
288 gastos de recursos (não implementado); **c)** capacitação de Conselheiros e Gestores (implementado); **d)**
289 construção de alianças importantes para atuação do CNS e efetivação do controle social (parcialmente
290 implementado); **e)** estabelecimento de “áreas-chaves” para o controle social pelo CNS, nos três níveis
291 de governo (não implementado); **f)** papéis e competências dos Conselhos de Saúde (parcialmente
292 implementado); **g)** Plenárias e encontros de Conselheiros de Saúde (implementado) e **h)**
293 aprofundamento das práticas democráticas de representatividade e aprimoramento legal da indicação,
294 designação e sucessão de Conselheiros (não implementado). **V)** Temas Conjunturais Relevantes: **a)**
295 controle social das operadoras privadas de planos e seguros de saúde (parcialmente implementado); **b)**
296 atualização da NOB 96 ou formulação de NOB 2000 (implementado). Conselheiro **José Luís Spigolon**,
297 referindo-se ao item “Acompanhamento Especial”, manifestou o seu descontentamento com relação a
298 ausência de relatórios de aplicação dos recursos oriundos do REFORUS. O Coordenador **Nelson**
299 **Rodrigues dos Santos** disse que a Comissão de Coordenação Geral do CNS estava estudando

300 proposta de mesa-redonda, a ser realizada no início de 20001, objetivando discutir estratégias de
301 investimentos em saúde. Conselheiro **Cláudio Duarte**, ratificou a colocação do Coordenador,
302 lembrando que, após o REFORsus, fora introduzida no Ministério da Saúde, lógica diferenciada de
303 planejamento ascendente dos investimentos no Sistema de Saúde, o que favorecera o investimento em
304 áreas estratégicas do SUS. Conselheira **Maria Lêda Dantas** levantou a necessidade de proceder
305 acompanhamento ao PROFAE. Conselheiro **Sérgio Piola** sugeriu que fosse efetuada discussão
306 aprofundada sobre os critérios orientadores da Política de Investimentos do Ministério da Saúde. Conselheira **Zilda Arns** manifestou seu contentamento quanto aos investimentos efetuados com
307 recursos REFORsus, os quais pudera identificar em visitas feitas à unidade de saúde, porém
308 considerou escassos os investimentos em recursos humanos e falha a articulação entre gestores
309 estaduais e municipais. Conselheiro **Jocélio Drummond** disse que o CNS estava se pautando nas
310 políticas públicas do setor federal e deixando de cumprir o papel de articulação ao nível estadual e
311 municipal. Conselheiro **Heder Murari** informou que estava recebendo demandas sobre a questão da
312 terceirização das unidades de saúde, o que apontava a necessidade de intervenção do CNS nesse
313 sentido. **ITEM 07 – FORTALECIMENTO DA INFRA-ESTRUTURA DO CONTROLE SOCIAL PELOS**
314 **CONSELHOS DE SAÚDE: REDE DE INFORMAÇÕES, INTERCÂMBIOS E ACOMPANHAMENTO:** O
315 Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** falou da iniciativa da Secretaria de Políticas de
316 Saúde/MS voltada ao fortalecimento da infra-estrutura do controle social pelos Conselhos de Saúde,
317 envolvendo: **1)** catálogo de endereços dos atores da área da saúde (Conselhos Estaduais e Municipais
318 de Saúde, COSEMS, Secretarias Estaduais de Saúde, Assembléias Legislativas, Comissões do
319 Senado Federal e da Câmara Federal, Ministérios Públicos dos Estados, OPAS, órgãos vinculados ao
320 Ministério da Saúde e outros); **2)** pesquisa efetuada nos Conselhos Estaduais e Municipais (das
321 Capitais), contemplando itens como endereço e telefone atualizados, organização e funcionamento,
322 frequência de reuniões, composição e agenda básica dos referidos Conselhos. Conselheiro **Cláudio**
323 **Duarte** observou que a iniciativa da SPS/MS era imprescindível para o fortalecimento do controle social
324 e externou a intenção do Ministério de Saúde em formalizar um Cadastro Nacional de Conselhos e
325 Conselheiros de Saúde. Conselheiro **Jocélio Drummond** sugeriu fosse aplicada, nos Conselhos de
326 Saúde das Capitais, pesquisa qualitativa semelhante à proposta pela SPS/MS, através das
327 representações da CUT, CNBB e fórum de patologias, com a finalidade de fazer o cruzamento das
328 informações. O Coordenador sugeriu que a proposta do Conselheiro **Jocélio Drummond** fosse
329 ampliada à todas as entidades representadas no Conselho. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**
330 lembrou que a CONEP possuía cadastro atualizado de Conselhos de Saúde e considerou que a 11ª
331 Conferência Nacional de Saúde poderia ser o momento oportuno para atualizar o cadastramento
332 proposto pela SPS/MS. **ITEM 08 – APRIMORAMENTO DO CONTROLE SOCIAL E DA RELAÇÃO**
333 **GESTORES-CONSELHOS DE SAÚDE:** Conselheiro **Cláudio Duarte**, inicialmente, colocou que a PEC
334 da Saúde e o processo de descentralização do sistema de saúde apontavam para a necessidade de
335 aprimoramento normativo do controle social e da relação entre gestores e Conselhos de Saúde. Nesse
336 sentido, o Ministério da Saúde vinha solicitar interação com o Conselho Nacional de Saúde, com vistas
337 ao estabelecimento de agenda de discussão, objetivando o aperfeiçoamento dos instrumentos
338 normativos e jurídicos, fortalecendo, assim, o controle social nos três níveis de gestão. Para tanto, fora
339 identificada a necessidade de estudo aprofundado da legislação e interface com o Conselho Nacional
340 de Saúde, bem como com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Apresentou, então, minuta
341 de instrumento jurídico, elaborada pelo Ministério da Saúde, contendo as seguintes diretrizes: **I)**
342 fortalecer e detalhar o papel deliberativo dos Conselhos Estaduais, Municipais e Nacional de Saúde; **II)**
343 formalizar o processo de elaboração de planos de saúde municipais e estaduais e o plano nacional,
344 bem como dos respectivos relatórios de gestão; **III)** compromissos de metas por parte dos Conselhos
345 Estaduais e Municipais de Saúde; e **IV)** fornecer subsídios para o funcionamento eficaz dos Conselhos
346 Estaduais e Municipais de Saúde. O Coordenador sugeriu que fossem incluídas na minuta apresentada
347 as questões referentes à paridade nos Conselhos e de planos privados de saúde. Conselheiro **Carlos**
348 **Corrêa Martins** corroborou com a colocação do Coordenador no que tange à paridade nos Conselhos
349 de Saúde e informou que a CONAM estava elaborando estudo no sentido de estabelecer a definição de
350 “usuários de saúde”. Conselheiro **Lindomar Tomé Lopes** solicitou que a minuta fosse distribuída aos
351 Conselheiros para que os mesmos começassem de imediato a trabalhar junto as consultorias jurídicas
352 de suas representações e, posteriormente, encaminhar as suas contribuições. Conselheiros **Augusto**
353 **Alves Amorim** lembrou que o documento apresentado iria atender a uma demanda antiga, inclusive,
354 no que diz respeito à questão orçamentária. Conselheiro **Jocélio Drummond** observou que um dos
355 maiores problemas que o CNS enfrentava era a questão da não homologação das suas Resoluções e,
356 com relação aos Conselhos de Saúde em geral, a questão do caráter deliberativo dos mesmos,
357 solicitando maiores informações sobre a discussão desses temas no âmbito do Ministério da Saúde.
358 Conselheira **Neide Regina Barriguelli** corroborou com a colocação do Conselheiro **Carlos Corrêa**
359 **Martins**, de definição do conceito de “usuário de saúde”. Conselheiro **José Carvalho de Noronha**

361 sugeriu que a minuta apresentada fosse encaminhada para debate na 11ª Conferência Nacional de
362 Saúde. Conselheiro **Diógenes Martins Sandim** considerou a iniciativa do Ministério da Saúde
363 extremamente positiva para o controle social do SUS, principalmente, no que se refere
364 descentralização do mesmo, face a cultura centralizadora dos gestores estaduais e municipais de
365 saúde. Conselheiro **Cláudio Duarte** manifestou-se contrariamente à proposta de apresentação e
366 discussão do documento na 11ª Conferência Nacional de Saúde. **ITEM 09 – PLANO DE TRABALHO**
367 **DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL- CCG/CNS:** Adiado para a próxima reunião. **ITEM 10 –**
368 **RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS – CONFIN/CNS:** O Prof. **Elias Jorge**
369 informou sobre a impossibilidade de apresentação do Relatório da Comissão de Orçamento e
370 Financiamento do CNS, em função da não publicação da Portaria que se refere à execução
371 orçamentária do Ministério da Saúde. Apresentou, então, duas sugestões da CONFIN ao Plenário do
372 CNS: **1)** definição de data limite para manifestação dos Conselheiros que desejarem se incorporar às
373 atividades de acompanhamento da implementação da EC-29 e **2)** que o Plenário reitere à Comissão
374 Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente a necessidade de priorizar em suas atividades o
375 acompanhamento orçamentário e financeiro de 2000, a tramitação do orçamento de 2001 no
376 Congresso nacional, bem como desenvolver estudos sobre formas alternativas de viabilizar e
377 operacionalizar a execução orçamentária e financeira do item Saneamento Básico, visando quebrar o
378 círculo vicioso das sucessivas inscrições de Restos a Pagar, cuja não execução, em geral, resulta em
379 cancelamentos. As SUGESTÕES FORAM APROVADAS E FORAM INIDICADOS OS CONSELHEIROS **GERALDO**
380 **ADÃO, HEDER MURARI E CARLOS CORRÊA MARTINS** PARA COMPOR A COMISSÃO QUE IRÁ PROCEDER AO
381 ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA EC-29. **ITEM 11 – APLICAÇÃO DA NOB 96: PROGRESSOS,**
382 **PROBLEMAS E PERSPECTIVAS:** Dr. **Renilson Rehem**, Secretário de Assistência à Saúde, do
383 Ministério da Saúde, iniciou sua exposição destacando a evolução significativa do processo de
384 descentralização do SUS, considerando-o, atualmente, irreversível. Em seguida, passou a palavra à
385 Dra. **Maria Helena Brandão**, que falou sobre os aspectos da descentralização com relação à aplicação
386 da NOB 96, lembrando que o processo de descentralização começara a ser discutido a partir da NOB
387 93, a qual instituíra o sistema de transferência fundo a fundo e, em seguida, as tendências da gestão
388 instituídas pela NOB 95. Por conseguinte, a NOB 96 propusera novas formas de gestão, gerando a
389 seguinte situação: municípios não habilitados, municípios habilitados em gestão de atenção básica,
390 municípios habilitados em gestão plena do sistema, além do Distrito Federal, também habilitado na
391 gestão plena do sistema. Fez, ainda, alusão às características dos municípios habilitados, no que se
392 refere ao PAB, procedimentos de alta complexidade, número de leitos, AIH's, dentre outros, e destacou
393 os problemas identificados a partir da avaliação da aplicação da NOB 96 em estados e municípios: **1)**
394 existência de gestão pública, garantindo o acesso do usuário e qualidade de serviço; **2)** interligação
395 entre os sistemas municipais, com vistas à garantia do papel regulador do estado; e **3)** necessidade de
396 expansão do conceito de atenção básica. Conselheira **Zilda Arns** indagou quantos eram os municípios
397 que ainda não possuíam médicos e como as equipes de Saúde da família atuavam nesses municípios.
398 Conselheiro **José Carvalho de Noronha** observou que o Conselho Nacional de Saúde deveria apoiar a
399 iniciativa do Sistema Nacional de Planejamento em Saúde, por considerá-los imprescindível ao
400 processo de descentralização do SUS. Conselheiro **José Luiz Spigolon** corroborou com a colocação
401 do Conselheiro **José Carvalho de Noronha**, parabenizando a Dra. **Maria Helena** pela exposição.
402 Conselheiro **Jocélio Drummond** indagou sobre o papel esperado do Conselho Nacional de Saúde na
403 discussão da nova legislação, pelo Ministério da Saúde. Conselheiro **Heder Murari** apontou a
404 necessidade de discussão do acesso ao Sistema para algumas especialidades, citando como exemplo
405 as consultas oftalmológicas, reiterando a necessidade de debate sobre a questão da remuneração dos
406 profissionais de saúde. Conselheira **Neide Barriguelli** indagou como seria resolvida a questão dos
407 doentes renais crônicos, externando as dificuldades encontradas por esses pacientes, para os quais o
408 atendimento é prestado através de hospitais conveniados. Conselheiro **José Luiz Spigolon** observou
409 que os gestores de determinados municípios não possuíam as informações referentes à cobertura e
410 aos serviços prestados, bem como a funcionalidade dos Sistemas AIH e SIA, sugerindo que o
411 Ministério da Saúde disponibilizasse técnicos para receberem informações e formatá-las em um modelo
412 simplificado de saúde para esses municípios. Conselheira **Maria Natividade Gomes Teixeira Santana**
413 solicitou informações sobre a sistemática de elaboração da nova legislação, indagando sobre a formato
414 de encaminhamento de colaborações das entidades representadas no CNS. O Dr. **Renilson** disse que
415 existiam aproximadamente mil municípios que não possuíam médicos residentes e que o Ministério da
416 Saúde e a Secretaria de Políticas de Saúde estava articulando forma específica de atuação das
417 equipes de Saúde da Família nesses municípios. Acrescentou, ainda, que a intenção do Ministério da
418 Saúde era que a discussão da nova legislação fosse efetuada com a colaboração estreita do Conselho
419 Nacional de Saúde. Sobre a questão da remuneração dos recursos humanos, concordou que havia real
420 necessidade de discussão e, no que se refere à gestão municipal do sistema, lembrou que estava
421 sendo implementada a capacitação para os gestores. **EXTRA-PAUTA: 01)** Foi aprovada, por

422 unanimidade, moção de apoio do CNS pela indicação da Pastoral da Criação ao Prêmio Nobel da Paz.
423 **02)** Foram aprovadas as propostas de manifestação de solidariedade do CNS aos Conselheiros
424 **Olympio Távora e Gilson Cantarino** por motivo de perdas familiares. **Encerramento:** Nada mais
425 havendo a tratar, a reunião foi encerrada. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: **Ana Maria**
426 **Lima Barbosa, Artur Custódio M. de Sousa, Augusto Alves Amorim, Carlos Corrêa Martins, Clair**
427 **Castilhos Coelho, Cláudio Duarte, Heder Murari, Izabel Maria M. Loureiro Maior, Jocélio**
428 **Drummond, José Carlos Passos, José Carvalho Noronha, José Luiz Spigolon, Lindomar Tomé**
429 **Lopes, Maria Lêda Dantas, Maria Natividade Gomes Teixeira Santana, Mário César Scheffer,**
430 **Neide Regina Barriguelli, Paulo Romano, Roseli Lopes Saad, Sérgio Francisco Piola, Sílvio**
431 **Mendes de Oliveira Filho, Sólon Magalhães Vianna, Sylvio Romero Costa, William Saad e Zilda**
432 **Arns.**