



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA VIGÉSIMA NONA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

ABERTURA: Aos dois e três dias do mês de abril do ano de dois mil e três, no Auditório do Hotel *San Marco*, situado no Setor Hoteleiro Sul, Quadra 05, Bloco C, realizou-se a Centésima Vigésima Nona Reunião Ordinária do CNS. Conforme deliberação do Pleno do Conselho na 128ª Reunião Ordinária, a Reunião foi dedicada ao planejamento das atividades do Conselho para o próximo período e contou com a participação dos Conselheiros Titulares e Suplentes. O Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima** procedeu à abertura dos trabalhos, ressaltando a importância da iniciativa de planejar as atividades do CNS para o próximo período, o que possibilitaria aprofundar discussão de temas atuais e relevantes para a implementação das Políticas Públicas do Brasil. Justificou que não poderia participar da discussão do Item 02 da pauta referente à Análise de Conjuntura Econômica e Política, em virtude de problemas emergenciais como a suspeita de internação de uma paciente com SARS – Pneumonia Asiática. Citou ações implementadas pelo Ministério da Saúde nos primeiros meses da nova Gestão com o intuito de melhorar a qualidade da atenção nos Estados e Municípios, a saber: **a)** correção dos valores repassados pelo MS a Estados e Municípios para aquisição dos chamados medicamentos excepcionais, iniciativa esta aprovada em reunião da Tripartite e que atendia à antiga reivindicação dos Secretários Estaduais de Saúde; e **b)** o MS iniciara discussão sobre recomposição dos tetos financeiros de Estados e Municípios. Destacou que as medidas tomadas apontavam para implementação das prioridades do Ministério da Saúde, apresentadas ao Pleno do Conselho na 127ª Reunião Ordinária realizadas nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2003, e que todas as ações seriam encaminhadas para discussão no Conselho Nacional de Saúde, o que, na sua visão, ilustrava o compromisso do Executivo com a vinculação das políticas públicas ao Controle Social. Informou que no mês de abril de 2003 seriam anunciadas as seguintes medidas: **a)** correção dos tetos financeiros de Estados; **b)** ações voltadas para a melhoria da atenção à Saúde Indígena o primeiro esboço da Farmácia Popular e projetos para Saúde Mental. Ressaltou que a rede de Conselhos de Saúde do país era de extrema importância no trabalho de implementação das políticas públicas. Apontou a existência de dificuldades a serem superadas: **a)** falta de capacitação dos conselheiros; **b)** ausência de autonomia política dos conselhos estaduais e municipais; e **c)** necessidade de reforçar o Controle Social para montagem de um sistema de Controle Social ativo no acompanhamento das contas públicas. Prosseguiu destacando que a superação destes obstáculos faz parte do compromisso do Governo Federal com o SUS que incluía o cumprimento do disposto na Emenda Constitucional nº 29. Afirmou que o objetivo do Ministério da Saúde era de cumprir a lei e fazer com que ela fosse cumprida, em referência à questão do financiamento do Sistema nos níveis estadual e municipal. Destacou a importância de garantir a boa aplicação dos recursos públicos no financiamento do Sistema como outro aspecto importante para o SUS e o Controle Social. Anunciou, por exemplo, que apenas alguns ajustes em um Edital de Compra de hemoderivados foi responsável por uma economia de US\$ 25 milhões, que seriam destinados a investimentos em laboratórios nacionais para aumentar a produção de vacinas, especificamente no Instituto Butantã. Agradeceu a oportunidade e concedeu a palavra ao Secretário Executivo do Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa** para que procedesse à discussão do Item 02 da pauta. **ITEM 02 – ANÁLISE DE CONJUNTURA ECONÔMICA E POLÍTICA: CONJUNTURA DO SUS E DO CONTROLE SOCIAL** – O Secretário Executivo do Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa** ressaltou que detalharia os pontos levantados pelo Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima**. Nesse sentido, destacou a existência de três grandes eixos/desafios para a construção de uma política pública de qualificação da gestão do SUS, segundo os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade das ações que, na sua concepção, deveriam ser trabalhados simultaneamente, sendo eles: **I. Qualificar a Gestão do SUS:** ampliar, consolidar e legitimar o Controle Social no SUS por meio dos Conselhos de Saúde e suas instâncias legais; **II. Financiamento do SUS:** garantir o cumprimento da EC nº 29; e **III. Mudança do Modelo de Atenção em Saúde:** estabelecer uma nova sistemática no ordenamento das ações em saúde, valorizando a Atenção Básica. Sobre o primeiro desafio referente à Qualificação da Gestão do SUS, explicou que o SUS era gerido pelo conjunto da sociedade por meio dos representantes dos vários segmentos com assento nos Conselhos de Saúde e configurava-se

como exemplo de fortalecimento das Políticas Públicas. Chamou atenção para importância de estabelecer mecanismos de Qualificação da Gestão que se amparassem em ações mais educativas e menos punitivas. Disse que tal mudança de paradigma resultaria em um modelo mais eficiente de atenção aos cidadãos e acabaria com as decisões que prejudicavam comunidades inteiras, como o descredenciamento de Estados e Municípios e a conseqüente suspensão de repasses financeiros. Nesse sentido, citou o caso da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que apresentava uma série de problemas acumulados nos anos anteriores, explicando que o único instrumento legal de intervenção era a interrupção dos repasses de recursos financeiros do SUS para o Distrito Federal. Ressaltou a importância de interação entre o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde, o Conselho de Saúde do Distrito Federal com a Secretaria de Saúde do DF, no sentido de qualificar o atendimento à saúde no Distrito Federal. Defendeu que a medida considerada legal deveria ser substituída por uma busca consensuada de soluções para impasses sempre com a participação dos Conselhos nas diferentes instâncias de gestão. Disse, ainda, que o SUS não avançaria sem a criação de gestão regionalizada que garantisse a integralidade e o estabelecimento de um espírito solidário de planejamento e de articulação das ações e das políticas na área da Saúde. Chamou atenção, também, para a necessidade de investir na capacitação de gestores e de Conselheiros de Saúde. Destacou que o MS deveria investir na criação de centrais de regulação e de marcação de consultas, com o apoio do DATASUS. Por fim, destacou que a equipe de direção do MS tinha a certeza de que não sabia de tudo, mas tinha convicção do rumo a ser tomado para a construção de um SUS mais eficiente. Antes de tratar do desafio número dois, teceu comentários acerca do desafio referente a intersetorialidade, destacando que, ainda, não fora possível implementar ações intersetoriais, nem mesmo, na área da saúde como criação de um Ministério Único da Saúde, articulação da Vigilância Sanitária com a Vigilância Epidemiológica, do hospital com a atenção básica. Nesse sentido, ressaltou a importância de ações voltadas a potencializar as ações interministeriais, intersecretarias, com ONGs, Sociedade Civil, bem como potencializar recursos e intervir de forma articulada. Afirmou, ainda, que a ação intersetorial deveria ser feita a partir de pontos concretos como, por exemplo, o Programa Fome Zero, o controle de Doenças, a construção da cidadania, o enfrentamento da violência, a saúde da mulher, dentre outros. No que diz respeito ao desafio referente ao Financiamento do SUS, reafirmou a declaração do Ministro da Saúde de garantir o cumprimento da EC nº 29, sobre o respeito ao orçamento e sua execução. Sugeriu a formação de Comissão, composta por representantes do Conselho Nacional, dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, do Ministério Público e do Ministério da Saúde a fim de criar consensos e caminhar para a regulamentação da EC nº 29 e, em seguida, interferir e negociar junto aos parlamentares com projeto de regulamentação da Emenda. Falou que seria necessário, ainda, definir, pactualizar e normatizar quais seriam os responsáveis por avaliar o cumprimento da EC nº 29 por Estados, Municípios e o MS, considerando que não poderia ser tarefa de um software, que era instrumento de averiguação. Na sua opinião essa “fiscalização” deveria ser feita pelo Conselho Nacional de Saúde, pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, pelo Tribunal de Contas da União e pelo Ministério da Saúde. Destacou que havia disposição de revogar a Legislação Interna e caminhar para regulamentação da EC nº 29, via Congresso Nacional, e, defendeu, ainda, a importância de obter uma Portaria de consenso que regulamentaria as questões relativas a Emenda até que fosse regulamentada. No que diz respeito ao desafio referente à Mudança do Modelo de Atenção em Saúde, apelou para que não fosse esquecido, ressaltando que o SUS possuía importantes diretrizes de mudança de modelo de atenção e de prioridades e que era necessário avançar nesse sentido. Citou o caso da Saúde Mental onde 80% dos recursos do SUS era destinado ao modelo antigo de tratamento psiquiátrico hospitalar prolongado, um método de tratamento ineficaz, considerando que não diminuía o número de crises, dificultava a reintegração do paciente à sociedade e não reabilitava. Destacou, assim, que o tratamento alternativo na linha do CAPS era mais eficaz. Solicitou que na discussão do Planejamento do CNS e na construção da Agenda do MS fosse destinado tempo para discutir resultados das ações implementadas, problemas de saúde e forma de utilização dos recursos. Afirmou que o Modelo de Atenção dominante no Brasil configurava-se em um pântano, tendo em vista que se espelhava no desenho do modelo norte-americano, centrado no atendimento individual, no médico especialista e na visão restrita do que era terapia, medicamento e cirurgia. Continuou explicando que o gasto *per capita* dos EUA em saúde era quatro vezes maior que os da Inglaterra e do Canadá, no entanto, com resultados de saúde, tanto de acesso quanto de eficácia, piores que os dois países. Ressaltou que tal fato decorria da visão integral do modelo de atenção, com equipe multiprofissional da Inglaterra e do Canadá. Nesse sentido, apelou para que o CNS auxiliasse na mudança de modelo junto aos gestores municipais e estaduais. Em seguida, ressaltou algumas prioridades do MS, apresentadas anteriormente pelo Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima**, comentando, a princípio, a questão do controle de doenças, Promoção e Prevenção da Saúde que se daria pelo controle de endemias, combate às drogas e à violência, redução da mortalidade materno-infantil, criação de instâncias de

Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária e também com a Atenção em si (leitos, médicos, cirurgias e internações). Além dessas ações, ressaltou a importância de garantir a atenção integral, e, para isso, destacou a necessidade de ampliação da Atenção Básica em quatro vezes, pois 80% dos problemas de saúde da população poderiam ser atendidos nesse nível. Disse que o Programa Saúde da Família – PSF – era um instrumento de fundamental importância na ampliação da Atenção Básica, mas que as equipes do PSF teriam de atender pessoas individualmente, além de realizar ações de promoção e prevenção. Nesse contexto, destacou o compromisso do Governo de ampliar a Atenção Básica e, neste propósito, enumerou algumas ações: **a)** aumentar 20% do financiamento do MS; **b)** aumento do Piso da Atenção Básica ampliada dos municípios; **c)** criar Programa Saúde da Família com sotaque regional, o que garantia mais maleabilidade em sua gestão; **d)** criar equipes de referência do PSF nos municípios; **e)** aumentar o investimento no PSF, com pactuação de compromissos das instâncias federal e estadual, assim, o MS financiaria até 50% dos custos para aquisição dos medicamentos básicos, ampliação do apoio laboratorial, capacitação das equipes e regulamentação dos contratos ilegais; e os Governos Estaduais financiariam 25% do total de custeio da Atenção Básica; **f)** apresentar e discutir, com o CNS, proposta de financiamento de equipes de urgências e emergências, com metodologia semelhante a do PSF, com possível investimento do MS de até 30%, procurando sempre manter as unidades ligadas às centrais de marcação; **g)** revisar os valores pagos por procedimento da média complexidade nos hospitais públicos; **h)** estimular a criação de equipes multiprofissionais de atendimento domiciliar; **i)** valorizar as cirurgias ambulatoriais; **j)** estimular e valorizar, os serviços na alta e média complexidade, a lógica da atenção integral, com criação de centros de atenção integral aos renais crônicos, nos quais os portadores de insuficiência renal teriam acesso à hemodiálise e outros procedimentos, a exemplo dos que já existia para a AIDS e o Câncer; **l)** discutir a reorientação dos gastos dos serviços de Alta e Média Complexidade; **m)** buscar a personalização do atendimento através da descrição da clientela nos centros de atendimento especializado; **n)** elaborar protocolos médicos que permitam redesenhar o modelo de atenção; **o)** ampliar a Farmácia Básica para garantir o acesso de diabéticos, hipertensos e outros portadores de patologias aos medicamentos; **p)** discutir o conceito de universalidade das ações no SUS; **q)** rediscutir a questão da medicina suplementar; e **r)** reordenar a Política de Medicamentos e investimento em tecnologia, com investimento em laboratórios públicos a fim de alcançar autonomia no que diz respeito a hemoderivados, vacinas e medicamentos estratégicos. Por fim, o Secretário Executivo do MS **Gastão Wagner de Sousa** agradeceu a oportunidade e colocou-se à disposição para esclarecimentos. Concluída a explanação do orador, a Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde – CNS **Eliane Aparecida da Cruz**, concedeu a palavra ao Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** para que continuasse a apresentação do tema e anunciou a presença do Deputado Federal Dr. **Rosinha** na reunião. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** cumprimentou o Colegiado e apresentou-se como representante do Fórum Nacional de Portadores de Patologias e Deficiências, especificamente, do Movimento de Reintegração das Pessoas Portadoras de Hanseníase – MORHAN. Solicitou que o Colegiado observasse objeto previamente distribuído aos presentes e o descrevesse apontando função, formato, dentre outras características. Após colher algumas opiniões, afirmou que, falar da Conjuntura do Controle Social era uma missão, considerando que a análise era feita de acordo com a representação de cada um dos Conselheiros. Afirmou que os Conselhos de Saúde integravam o processo de democracia representativa no Brasil. De acordo com ele, nos últimos oito anos desenvolveu-se uma cultura de resistência nestes espaços de Controle Social, mas na sua opinião, com o novo Governo haveria mudança de postura. Disse que, atualmente, havia mais condições de construir Políticas Sociais próximas do que era considerado ideal pela população. Ao relembrar a história recente do CNS, mencionou situações do quase desmonte a que o Conselho foi submetido, inclusive com pressões diretas do ex-ministro José Serra sobre o Plenário, mas que não impediram que fossem geradas medidas, deliberações, encontros, seminários e atividades que demonstram a de grande produção do CNS, inclusive em parceria com o Ministério Público. Ao citar as novas demandas, enumerou as seguintes ações para maior reflexão do Pleno: **a)** melhorar relação do CNS com os Conselhos de Estados e de Municípios, com delimitação dos espaços de atuação sem prejudicar o papel do CNS como referência e ao mesmo tempo não estabelecer uma hierarquização dos conselhos; **b)** politizar o Controle Social segundo o princípio da democracia participativa; **c)** cobrar o cumprimento da EC nº 29; **d)** reduzir a participação de representantes do CNS em grupos de avaliação de outros setores da sociedade e do próprio MS; **e)** manter o espaço do CNS na avaliação das políticas públicas de saúde; **f)** garantir que a 12ª Conferência Nacional de Saúde tivesse características mais populares e menos acadêmicas; **g)** construir um modelo de atuação do CNS junto aos Estados em uma espécie de tripartite do Controle Social; **h)** reafirmar a importância do Conselho Nacional de Saúde auto avaliar-se, discutindo sua (re)composição à luz da Resolução nº 33/92 do CNS, com discussão de segmentos/categorias, aumento de estrutura, dentre outras, até a 12ª Conferência a fim de garantir o

176 avanço do Controle Social. Findas as exposições, foram abertas intervenções com teto de três minutos
177 para cada uma. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** declarou que o Segmento dos Usuários
178 passava por problemas e questionou a representação do Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** na
179 condição de usuário. Segundo a Conselheira, o Conselheiro não era usuário, assim como a
180 Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** era prestadora de serviço. Secretária Executiva do Conselho
181 Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** solicitou que o debate fosse centrado na discussão de
182 conjuntura do SUS e do Controle Social. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** considerou importante
183 os aspectos apresentados pelo Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima** sobre a gestão, bem
184 como as questões apresentadas pelo Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** na área de Controle
185 Social. Em seguida, perguntou sobre o instrumento a ser utilizado pelo Conselho Nacional de Saúde
186 para atingir as metas apresentadas. Por outro lado, solicitou que as discussões estivessem voltadas
187 para o Planejamento do CNS, embora considerasse importante a agenda apresentada pelo MS.
188 Chamou atenção, também, para o CNS ater-se à discussão da Política Nacional de Saúde, bem como
189 manter interlocução com entes da União. Finalizando, ressaltou a importância de uma pauta ordenada
190 e sistemática. Conselheira **Maria Helena Baumgarten** falou da dificuldade dos Usuários em ter acesso
191 ao SUS. Destacou que, na avaliação da CONTAG, o Controle Social deveria chegar nos Estados e
192 Municípios. Para que isso acontecesse, ressaltou que seria necessário trabalho compartilhado entre
193 todos os segmentos. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** agradeceu aos expositores, em especial, ao
194 Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa**. Na linha de pensamento do Conselheiro **José Carvalho de**
195 **Noronha** percebeu que houvera abertura de pauta, não estando as discussões centradas no
196 Planejamento das Ações do CNS. Lembrou que as propostas do novo momento político contemplavam,
197 em muito, os problemas detectados pelo GT de Avaliação do Desempenho e Planejamento do CNS.
198 Conselheiro **José Américo Fontes** parabenizou o Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima** e o
199 Secretário Executivo do MS **Gastão Wagner de Sousa** pela apresentação dos desafios da Gestão e,
200 principalmente, pela prioridade dada à Atenção Básica. Destacou como aspectos importantes:
201 simplicidade, humanização, hierarquização e regionalização. Conselheiro **Edmundo Ferreira Fontes**
202 chamou atenção para a importância da criação de mecanismos para fortalecimento do Controle Social,
203 a partir do aprimoramento de sua legislação. Nesse sentido, considerou importante, também, promover
204 a intersetorialidade e garantir o cumprimento da EC nº 29. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte** considerou
205 importante a reafirmação dos Princípios do SUS, porém, não menos que as ações práticas. Disse que o
206 problema não estava no modelo hospitalar, mas sim, nas privatizações e na competição entre
207 municípios, dentre outros. Nesse sentido, destacou ser essencial a pactuação em diferentes níveis de
208 gestão. Com relação ao papel do CNS, disse não ser como o do Parlamento, desta maneira teria de ser
209 participativo, interativo com os Estados e Municípios, para, a partir daí consolidar o Controle Social.
210 Conselheira **Clair Castilhos Coelho** defendeu a interatividade do CNS com os Conselhos Municipais e
211 Estaduais. Na sua opinião, a complexidade da Gestão do SUS configurava-se na necessidade, de os
212 Governos passados, burlarem a Legislação referente ao SUS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** destacou
213 que, a partir da exposição, evidenciara que a proposta de Política do MS seria resultado da construção
214 coletiva e das contribuições do Conselho Nacional de Saúde e chamou atenção para que a proposta
215 fosse levada a termo. Concordeu com as propostas apresentadas pelo MS, porém, ressaltou a
216 importância de articulação com as demais instâncias de Governo e da intersetorialidade no processo.
217 Solicitou que as prioridades fossem melhor detalhadas e indagou como se daria a construção coletiva.
218 Em relação ao Controle Social, destacou, além das contribuições da mesa, a necessidade de
219 sistematização do trabalho do Controle Social, por meio de sistema de avaliação mensal que
220 possibilitasse realizar avaliação contínua. Conselheiro **Antônio Sérgio da Silva Arouca** ressaltou que o
221 ano de 2003 seria importante para o Brasil e para o SUS, embora não fosse fácil mudar o foco da
222 Política Econômica e enfrentar os desafios da área social. Chamou atenção para apresentações feitas,
223 destacando, primeiramente a fala do Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima** relativa à
224 correção de rumos que apontavam para a direção do modelo de fortalecimento da Atenção Básica.
225 Sobre a fala do Secretário Executivo do MS **Gastão Wagner de Sousa** que apresentou os desafios,
226 defendeu que deveriam ser discutidos no Conselho no ato da discussão do temário da 12ª Conferência
227 Nacional de Saúde que trataria dos desafios a serem superados. Quanto à fala do Conselheiro **Artur**
228 **Custódio M. de Sousa**, destacou a necessidade de discutir como “*arrumar a casa*”, assim, ressaltou que
229 o Conselho deveria ser repensado a partir de outra qualidade de enfrentamento. Chamou atenção para
230 o fato de se viver em um Sistema Federativo e, portanto, seria necessário respeitar cada nível do
231 Sistema. Segundo o Conselheiro, vivia-se, também, um modelo indutor de planejamento. Desta forma,
232 defendeu que, assim como o Gestor, o Controle Social pactuasse as suas ações. Nesse sentido,
233 declarou que havia mecanismos a serem repensados em termos de aplicação do orçamento que
234 possibilitassem intervenção direta, do ponto de vista de liderança, concreto e material. Finalizando,
235 destacou que o Conselho deveria fortalecer o Controle Social e montar, internamente, forte Assessoria

Jurídica, a fim de, em parceria com o Ministério Público, tomar medidas e posições frente a questões apresentadas como denúncias de descumprimento por Estados e Municípios da Legislação, em função do Controle Social. Sugeriu que fosse repensado o modelo de organização dos Conselhos em nível nacional a fim de criar canais de diálogo e de pactuação, nos moldes de organização do Executivo. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** considerou a importância dos temas debatidos na reunião, porém, disse que os três desafios apresentados tinham forte relação com o avanço da situação Política e Econômica do país, tema não contemplado na reunião. Nesse sentido, destacou que para realizar melhor Análise da Conjuntura da Saúde seriam necessários subsídios sobre a situação Política e Econômica do país. Sobre a fala do Secretário Executivo do MS **Gastão Wagner de Sousa**, pediu esclarecimentos acerca do modo que a equipe do MS estaria discutindo a questão da universalidade no sistema. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** ressaltou a necessidade de dar continuidade às questões discutidas na Reunião de Planejamento, a fim de tratar a questão do SUS a partir da sua amplitude e do seu objetivo de atender a todos os brasileiros, como cidadãos de direito. Ressaltou que a efetivação do SUS passava, necessariamente, pela melhoria do acesso aos recursos de saúde, pelo cumprimento dos princípios da integralidade, da equidade, pela melhoria da qualidade dos serviços prestados e pela humanização do atendimento. Sentiu-se satisfeito pelo fato de as propostas do novo Governo contemplarem, em muito, as questões que levantara. Disse ser necessário criar instrumentos de efetivo Controle Social, pois, que o SUS, muitas vezes, “*tinha a cara e a vontade do Prefeito*”, e não era igualitário e universal, como deveria ser. Nessa linha, ressaltou a importância de se estabelecer mecanismos que permitissem exigir maior comprometimento dos Gestores em relação à responsabilidade social. Identificou, ainda, como deficiência do SUS a urgência; a emergência; o tratamento fora do domicílio, programado ou de urgência; e a distribuição de medicamentos. Por fim, destacou que o novo momento político renovava a esperança de que o SUS realmente aconteceria. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz**, ressaltou que o momento apresentava nova Conjuntura e que, a partir dela, deveria ser discutido o planejamento das ações do CNS para o próximo período. Concordeu com a falta de discussão do aspecto econômico, levantado pela Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland**, porém, lembrou que muitas das preocupações levantadas pelo Colegiado estariam contempladas no documento do GT de Avaliação de Desempenho e Planejamento do CNS, que seria distribuído aos Grupos de Trabalho. Sobre o Controle Social, o Secretário de Atenção à Saúde **Jorge Solla**, ressaltou que era necessariamente um processo político, com Legislação extremamente positiva. Nesse sentido, disse que o grande desafio não se referia ao aperfeiçoamento do aparato político do Controle Social, mas sim, a consolidação e ampliação da capacidade política de exercê-lo, na prática. Falou da necessidade de o Controle replanear as suas ações frente à nova Conjuntura de relação com o Executivo, bem como definir qual processo a ser desenvolvido que fosse capaz de fortalecer a disputa e o processo político e criar condições para o efetivo Controle Social. Defendeu a importância de discutir o papel do Executivo, das instâncias de Controle Social e das instâncias de relação entre os Executivos em nível de Estados e Municípios, bem como a relação do Conselho Nacional de Saúde com o Ministério da Saúde e com a Tripartite. Ressaltou ainda que, desde 1994, o Controle Social fazia-se presente no âmbito das Políticas de Indução no SUS, na medida que se exigia, para habilitação de Estados e Municípios, a existência de Conselhos de Saúde. Nessa linha, falou da importância de qualificar os Conselhos já existentes e definir os papéis do gestor e do Controle Social do SUS. Ressaltou a importância de centrar discussão nos pontos cruciais à construção da Política Nacional de Saúde como: modelo de atenção à saúde almejado, estratégia a ser utilizada, como se daria a relação entre Atenção Básica, Urgência e Emergência e Assistência Hospitalar, dentre outras. Concluiu destacando que traduzir prioridades na prática significava aumentar os recursos da atenção, assim como fez o novo Governo. E, nessa linha, afirmou que o financiamento era decorrente da discussão das prioridades e dos modelos. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** ressaltou que, além de corrigir novos rumos, era preciso formar recursos humanos, investir na capacitação e no aperfeiçoamento, assim, disse que era necessário “*saber tratar as pessoas que trabalham com as pessoas*”. Além disso, considerou importante o Controle Social também nas Agências de Saúde. Parabenizou a Carta Eletrônica, porém, solicitou que não fossem usados estrangeirismos. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** interveio no sentido de reforçar colocações anteriores de que a reunião se voltasse para discussão de Planejamento das Ações do CNS. Em resposta às intervenções, Secretário Executivo do Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa** assegurou, primeiramente, que a discussão de Conjuntura era fundamental para orientar o Planejamento das Ações. Justificou que um representante do Ministério da Fazenda participaria da reunião para tratar da Política Econômica, porém, não pudera comparecer. Declarou que, apesar da Conjuntura Internacional e da Brasileira, que passava por uma transição lenta e complexa, com grande dependência externa, havia condições para cumprir a EC nº 29, que necessitava ser pactuada, regulamentada e discutida. Nessa linha, ressaltou que as Diretrizes do SUS

eram Leis que deveriam ser cumpridas e implementadas. Chamou atenção para importância de potencializar discussão sobre os princípios do SUS, tendo em vista que os conceitos de equidade e universalidade eram complementares e contraditórios, pois ao definir prioridades definia-se que um segmento precisava mais do que outro. Declarou que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional precisavam discutir o tema da Gestão, o modo de realizar a universalidade e definir o que era a integralidade. Destacou que o maior desafio configurava-se no modo de transformar o direito à saúde em prática. Endossou a importância de investir em Recursos Humanos, por meio de capacitação dos profissionais e legalização dos contratos. Teceu comentários acerca da posição da Controladoria da União de responsabilizar o Município, o Estado e Ministério da Saúde pelas ações não implementadas. Explicou que tal posição demonstrava que a autonomia do Município, do Estado e do Ministério da Saúde era relativa, considerando que dependia do Conselho Nacional de Saúde, da Constituinte e do Governo Federal. Nessa linha, defendeu que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais exercessem o papel não só de fiscalização, mas também de acompanhamento e apoio no que diz respeito a resolatividade dos problemas existentes. Continuou afirmando que a hierarquia do Conselho Nacional de Saúde em relação aos demais Conselhos de Saúde existia, explicando que as deliberações do CNS tinham repercussão hierárquica sob cada instância municipal e estadual. Falou, ainda, da importância de definir as questões a serem discutidas e aprovadas pelo CNS. Declarou que a visão de sistema democrático e descentralizado não significava “*desresponsabilização*” e, nesse sentido, afirmou que o MS e o CNS eram responsáveis pelo que acontecia nos Estados e Municípios. Por fim, agradeceu a oportunidade e declarou que era um aprendizado participar das reuniões do Conselho Nacional de Saúde. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** destacou que o objetivo da discussão acerca da conjuntura era levantar idéias para construir o Planejamento do Conselho nos GTs. Declarou que o Conselho lutava por cumprir, na íntegra, o seu papel estabelecido na Reforma Sanitária e definido na Lei nº 8.080/90 e na Lei nº 8.142/90. Por fim, defendeu que as questões relativas a insatisfação de Entidades dos Portadores de Deficiências e Patologias fossem discutidas no Fórum Nacional de Entidades dos Portadores de Deficiência e Patologia, espaço adequado para isso, tendo como princípio a ética e a autonomia das entidades. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** agradeceu os expositores e citou os documentos disponibilizados nas pastas dos Conselheiros como subsídios para discussão do planejamento, a saber: **a)** Relatório do GT de Avaliação de Desempenho e Planejamento do CNS; **b)** Relatório das Comissões Intersetoriais e dos GTs do CNS; **c)** Diagnóstico do Controle Social; e **d)** dois documentos elaborados pelo Senhor **Nelson Rodrigues dos Santos**, ex-Coordenador Geral do CNS, com visão sobre os últimos cinco anos de funcionamento do CNS. Informou, ainda, que seria distribuído o relatório das discussões do período da manhã para auxiliar na discussão. Concluído este ponto, foi encerrado os trabalhos do período da manhã do primeiro dia de reunião. **ITEM 03 – GRUPOS DE TRABALHOS – EIXOS ESTRATÉGICOS** – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde – CNS **Eliane Aparecida da Cruz** explicou, a princípio, que para definir o formato do Planejamento das Ações do CNS levou-se em conta a metodologia utilizada na avaliação do CNS realizada na 128ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias 12 e 13 de março de 2003: exposição de proposta e adesão da Plenária; sugestão de instrumento para registro das opiniões firmadas, e rodada de contribuições dos membros do GT e de cada Conselheiro presente. Informou que os componentes dos Grupos fariam um resgate da discussão antes de iniciarem os trabalhos em Grupos. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** retomou o processo de Planejamento do CNS, esclarecendo que os Planos de Atividades do CNS no período de 1998 a 2002 eram constituídos de uma listagem da temática a ser trabalhadas. Frisou ter o GT de Avaliação de Desempenho e Planejamento do CNS trabalhado no sentido de visualizar o planejamento das atividades do Conselho como ponto central do Sistema de Controle Social a ser criado. Destacou que o trabalho do GT guiara-se pelos seguintes questionamentos: Quantos são os componentes do GT? Quais fazem parte de Comissões? As Comissões que tem de existir são as já existentes? Para cada problema tem de haver uma Comissão? Ou seria necessária a estratégia de criação de poucas Comissões? Disse que o enfoque no processo de planejamento não se afunilara, conforme imaginado, mas ampliara-se o que, na sua opinião, não configurava um problema. Informou que na reunião de março de 2003 do CNS o GT apresentou metodologia de trabalho que possibilitou consolidar opiniões do Pleno sobre o atual estágio de atuação do CNS e planejar ações futuras, substituindo, assim, a proposta anterior do GT de realizar uma pesquisa-ação, na qual a avaliação seria feita por assessoria externa. Esclareceu, ainda, que seria desconsiderado o enfoque conclusivo que o GT imaginava que a reunião teria, a fim de que os Grupos voltassem a apresentação e discussão das prioridades relativas ao CNS. Nessa linha, solicitou que fosse destinado tempo para leitura individual da Consolidação das Contribuições dos Conselheiros para Avaliação e Planejamento do CNS em 2003, considerando que o documento apresentava uma lista de questões inadiáveis para o trabalho do Conselho. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** chamou atenção para os subsídios que auxiliariam na

discussão dos Grupos e, dentre eles, destacou a Consolidação das Contribuições dos Conselheiros para Avaliação e Planejamento do CNS em 2003, especificamente a página 08 do documento que apresentava as Ações imprescindíveis para 2003. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** fez uma ressalva ao item 02 das ações imprescindíveis para 2003 que versa sobre a conclusão da revisão da Resolução nº 33/92 do CNS, explicando que a mesma já fora revista e aprovada na Plenária. Esclareceu, porém, que a Resolução não fora homologada e o novo momento político apresentava a possibilidade de rediscuti-la e, inclusive, mudá-la, caso fosse necessário. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou a seguinte metodologia para o Planejamento das Ações do CNS: formação de três de Grupos, com escolha aleatória de seus componentes; equipe técnica e assessoria para auxiliar nos trabalhos; leitura do documento *Consolidação das Contribuições dos Conselheiros para Avaliação e Planejamento do CNS em 2003*; discussão e definição das prioridades de ações de curto, médio e longo prazo para o CNS, a partir dos seguintes Eixos Estratégicos: I. O Sistema de Conselhos de Saúde como instrumento estratégico do Controle Social em Saúde e para o CNS; II. O CNS e o Controle Social da Ação do Estado e do Governo; III. Aspectos Prioritários para o Controle Social do SUS; IV. Organização e Operação Interna do CNS e a Mobilização das Entidades Representadas; e V. As alianças Estratégicas e seu Fortalecimento: Ministério Público; Congresso Nacional; Outros Conselhos e a Mídia. Após escolha aleatória dos seus componentes, os Grupos foram estruturados da seguinte maneira: **Grupo I: a) Coordenadora:** Conselheira **Clair Castilhos Coelho**; **b) Assessores:** Cipriano Maia de Vasconcelos; e Ademir Sato; **c) Relatores:** Paulo Henrique de Souza; e Verbena Melo; **c) Objetivo do Grupo:** Definir prioridades de Ação do CNS para o Fortalecimento do Controle Social no SUS. **Grupo II: a) Coordenadora:** Conselheira **Maria Eugênia C. Cury**; **b) Assessores:** Flávio Oliveira; Patrícia Ferraz; Frederico Barbosa; e Alessandra Ximenes da Silva; **c) Relatores:** Darcy Reis; Gleisse de Castro de Oliveira; e Pérola de Jesus Santos Silva; **c) Objetivo do Grupo:** Definir prioridades do Conselho Nacional de Saúde para 2003. **Grupo III: a) Coordenadora:** Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**; **b) Assessores:** Paulo Carvalho e Herton E. de Araújo; **c) Relatores:** Benedita Mendes dos Santos Ferreira; e Corina Bontempo Duca de Freitas; **c) Objetivo do Grupo:** Definir prioridades de funcionamento do Conselho Nacional de Saúde. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** solicitou que, apesar da participação de convidados nos Grupos, o Planejamento fosse feito pelos Conselheiros Titulares e Suplentes. Definida a estrutura dos Grupos, passou-se a discussão dos temas estabelecidos, com início às 17 e término às 19 horas. Propôs-se que no segundo dia de reunião, o trabalho dos Grupos se iniciasse às 9 horas e terminasse às 11 horas para, em seguida, concluir o plano de ação do CNS e cumprir a pauta. **ITEM 04 – CONTINUAÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO** – No segundo dia de reunião, os Grupos continuaram o trabalho, com início às 9 horas e 30 minutos e término às 11 horas. **ITEM 05 – PLENÁRIA DE ARTICULAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DO CNS** – Terminado os trabalhos dos Grupos, iniciou-se a apresentação dos resultados. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** explicou, a princípio, que a partir dos trabalhos dos três Grupos, o Pleno identificaria as prioridades e, a partir daí determinaria os resultados esperados após o cumprimento, os prazos e os responsáveis/apoio por cada uma delas e as ações necessárias a implementação. Disse, ainda, que as ações relativas às prioridades não seriam discutidas na reunião e que seria destinado tempo na próxima reunião do Conselho para que os Grupos as discutissem e detalhassem. Em seguida, destacou que, antes de iniciar os trabalhos, seria necessário definir o perfil dos responsáveis pelas ações – somente o Titular ou Titular e Suplente. Chamou atenção, ainda, para a importância de as pessoas se concentrarem, preferencialmente, em um só núcleo, considerando que os núcleos se reuniriam nos mesmos horários. Após sugestões, chegou-se ao consenso de que o responsável poderia ser Titular e Suplente. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** sugeriu que a escolha do Suplente fosse feita a partir dos componentes do Grupo que não seria, necessariamente, o Suplente do Conselheiro responsável por determinada ação. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** solicitou que não fosse delegada responsabilidade a pessoas que não estavam presentes à reunião. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** esclareceu que a responsabilidade de definir os responsáveis pelas Prioridades não fora delegada aos Grupos e a proposta era de que um Titular e um Suplente, independente de serem da mesma Entidade, pudessem ser responsáveis por uma prioridade, conforme indicação do Plenário. Definidos esses assuntos, passou a apresentação dos resultados do trabalho dos Grupos. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** destacou as Prioridades levantadas pelo Grupo I, com vistas ao fortalecimento do Controle Social do SUS, a partir de diagnóstico inicial realizado, sendo elas: **a)** rediscutir a Resolução CNS nº 33/92; **b)** promover a Capacitação de Conselheiros; **c)** assegurar o caráter deliberativo dos Conselhos; **d)** fortalecer o sistema de Conselhos de Saúde; **e)** elaborar o Plano Nacional de Saúde; e **f)** formular sistema de acompanhamento e avaliação. Destacou que, a partir de tais prioridades, o GT detalhou as principais ações, determinando os requisitos e os seus respectivos prazos de implementação: **I. Plano Nacional de Saúde: a)** definir as diretrizes para o PPA, que deveriam ser discutidas e aprovadas na 12ª

416 Conferência Nacional de Saúde – prazo: até a reunião do CNS a ser realizada no mês de maio de
417 2003. Neste item, propôs-se como ação/meio: garantir políticas para o Plano; **b)** solicitar ao Poder
418 Executivo a apresentação da proposta de PNS ao CNS – prazo: até setembro de 2003; **c)** programar
419 discussões sobre o PNS – prazo: a partir do mês de maio de 2003. Neste item propõem-se como
420 ação/meio: participar ativamente do processo de elaboração das Conferências de Saúde em Estados e
421 Municípios; **d)** criar instrumentos de monitoramento. Neste item propôs-se como ação/meio: verificar se
422 o PNS atende às necessidades epidemiológicas, administrativas e políticas. **II. Fortalecer o sistema de**
423 **Conselhos de Saúde:** por meio das seguintes ações: **a)** criar uma rede orgânica de articulação dos
424 Conselhos nos três níveis; **b)** articular alianças estratégicas infra e intersetoriais; **c)** aperfeiçoar e
425 intensificar o Sistema de Comunicação entre os Conselhos e a sociedade; e **d)** criar mecanismos para
426 assegurar o funcionamento dos Conselhos. Neste ponto, destacou a necessidade de discutir a
427 intervenção do Conselho Nacional de Saúde em situações relativas a outros Conselhos em virtude do
428 não cumprimento da legislação. Por fim, a Conselheira informou que o GT não definira os prazos e os
429 requisitos para as ações sobre o fortalecimento do sistema de Conselhos de Saúde. Secretária
430 Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que seriam elencadas as prioridades levantadas
431 pelo Grupo e disse que os prazos para execução das ações apresentadas seriam discutidos no
432 Plenário. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** sugeriu que os Conselheiros suplentes, que
433 participaram dos Grupos, tivessem direito a voz e voto, caso houvesse necessidade de votação.
434 Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** manifestou-se contrária à proposta do
435 Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior**, justificando que abriria precedente para questões futuras.
436 Em seguida, considerou que, provavelmente, os Grupos teriam levantado prioridades semelhantes, e,
437 assim, sugeriu que todos apresentassem os resultados de seus trabalhos e, posteriormente, fosse
438 aberta discussão geral sobre as apresentações. Terminada a apresentação do Grupo I, passou-se ao
439 Grupo II. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** esclareceu, a princípio, que o Grupo II trabalhara a partir
440 da necessidade de definir uma Agenda para o Conselho a fim de evitar que não fosse mais pautado,
441 conforme acontecera anteriormente e passasse a pautar, a partir de interação necessária com todos os
442 atores envolvidos no Processo de Desenvolvimento do SUS. Nessa linha, apresentou os pontos que o
443 Grupo considerara indispensáveis à agenda/pauta das reuniões do Conselho Nacional de Saúde para
444 2003, a saber: **I. Prioridade: Organização do Conselho Nacional de Saúde:** que se daria a partir das
445 seguintes ações: **a)** ultimar a discussão da Resolução CNS nº 33/92; **b)** discutir o Regimento Interno do
446 CNS; **c)** discutir a Lei de Criação do CNS; **d)** pautar pendências para a reunião seguinte, evitando
447 solução de continuidade; **e)** reativar a Comunicação Social do CNS; e **f)** promover discussões
448 permanentes acerca da conjuntura política e econômica do país; **II. Prioridade: Formulação e**
449 **Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde:** a partir da discussão dos pontos que fariam parte do
450 Plano Nacional de Saúde: **a)** metas de cobertura; **b)** aplicação dos recursos; **c)** integralidade das ações;
451 **d)** critérios e indicadores; **e)** problemas prioritários; **f)** equidade; e **g)** controle da efetividade do Plano.
452 **III. Prioridade: Controle Social:** **a)** 12ª Conferência Nacional de Saúde: elaborar diretrizes, organizar,
453 mobilizar e acompanhar o processo da 12ª Conferência Nacional de Saúde; garantir o cumprimento de
454 suas deliberações; e discutir as conquistas nacionais das Conferências e dos Seminários anteriores; **b)**
455 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde: garantir a realização das Plenárias Nacionais de
456 Conselheiros; e **c)** Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **IV. Prioridade:**
457 **Financiamento e Processo Orçamentário:** **a)** participar da elaboração e acompanhar o PPA, a LDO e a
458 LO; **b)** EC nº 29 e alternativas relativas ao seu cumprimento; **c)** modos de pagamentos de serviços; e **d)**
459 acompanhar a execução orçamentária. **V. Prioridade: Modelos de Atenção:** a concepção do Grupo era
460 de que o Conselho deveria promover discussão sobre o Modelo de Atenção para o Desenvolvimento do
461 SUS que abarca, dentre outros, os seguintes pontos: **a)** NOAS; PSF; **b)** Planos de Saúde; **c)** Atenção
462 Básica, de Média e de Alta Complexidade; e **d)** ações de saúde para patologias específicas. **VI.**
463 **Prioridade: Modelos de Gestão:** **a)** acompanhamento e avaliação permanente da Gestão do SUS; e **b)**
464 Sistema de Informação. Por fim, disse que o Grupo considerou como ações a serem implementadas em
465 curto prazo: organização do CNS; Controle Social; realização da Plenária Nacional de Conselhos de
466 Saúde, Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e 12ª Conferência Nacional
467 de Saúde; participação e acompanhamento do PPA; e participação e acompanhamento do processo
468 orçamentário. As demais ações, segundo o Grupo, seriam desenvolvidas em médio e longo prazo.
469 Concluída apresentação do Grupo II, passou-se a apresentação do Grupo III. Conselheira **Graciara de**
470 **Matos de Azevedo** apresentou, primeiramente, os seguintes princípios norteadores dos trabalhos do
471 Grupo III: **a)** Humanização das ações do CNS; **b)** Gestão Participativa; e **c)** Transparência na
472 Administração. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana**, em seguida, explicou que as prioridades
473 relacionadas ao objetivo do Grupo de definir prioridades de funcionamento do Conselho Nacional de
474 Saúde, foram separadas em quatro blocos, a saber: **I.** Comunicação; **II.** Assessoramento Técnico; **III.**
475 Orçamento Próprio; e **IV.** Estrutura Física. A partir daí, apresentou as prioridades levantadas pelo

Grupo, a saber: **I. Prioridade:** Sistema de Comunicação Interna e Externa: **a)** Ação: reativar a Comissão de Comunicação com Assessoria; **b)** Resultado: Conselheiros/Suplentes informados sobre Pautas, Resoluções; **c)** Prazo: 03 meses (comunicação interna); e **d)** Responsável: o Pleno do Conselho deveria definir Comissão na reunião a ser realizada nos dias 24 e 25 de abril de 2003. **II. Prioridade:** Reestruturação da Assessoria Técnica/Administrativa: **a)** Ação: definir estrutura organizacional da Secretaria Executiva; **b)** Resultado: aprovação da estruturação; **c)** Prazo: 20 dias (reunião dos dias 24 e 25 de abril de 2003); e **d)** Responsável: Comissão e Coordenação Geral. **III. Prioridade:** Estrutura Física: **a)** Ação: apresentar a readequação do Plano de reestruturação do espaço físico do CNS pelo Ministério da Saúde na reunião dos dias 24 e 25 de abril de 2003; **b)** Resultado: apreciação da proposta de reestruturação; **c)** Prazo: 20 dias (reunião dos dias 24 e 25 de abril de 2003); e **d)** Responsável: Comissão de Coordenação Geral. **IV. Prioridade:** Avaliar a estrutura, organização e o funcionamento de Comissões e GTs: **a)** Ações: reativar a Comissão de Usuários e criar GT Intercomissão do CNS, composto por representantes da Comissão de Coordenação Geral, Comissão do Regimento Interno, Resolução nº 33/92 do CNS, sem prejuízo de demais participantes; **b)** Resultado: proposta de reestruturação; **c)** Prazo: 20 dias (aprovação de criação de GT) e 6 meses (proposta de reestruturação); e **d)** Responsável: Comissão de Coordenação Geral. Sobre as Comissões do CNS, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** destacou que era consenso a necessidade de reestruturação das Comissões obrigatórias por Lei e que a avaliação do Grupo era de que, mesmo as Comissões que funcionavam bem, precisavam ser avaliadas. **V. Prioridade:** Normatização: **a)** Ações: aprovar o Regimento Interno, propor Lei de Criação do CNS; **b)** Resultado: Regimento Interno aprovado, Minuta de Anteprojeto de Lei apresentada ao MS; **c)** Prazo: mês de junho (dia 30) e Reunião de agosto de 2003; e **d)** Responsável: GT de Revisão do Regimento Interno e Comissão de Coordenação Geral. **VI. Prioridade:** Rever financiamento do CNS: **a)** Ação: criar unidade orçamentária própria; rever os convênios; e apresentação da Execução Orçamentária para o Pleno; **b)** Resultado: proposta orçamentária, orçamento próprio definido; **c)** Prazo: mês de maio de 2003 e 2004; e **d)** Responsável: Comissão de Finanças. Por fim, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** ressaltou a necessidade de criação de comissões para acompanhar a política atual do Governo, como por exemplo, Comissão de Política de Atenção Básica e, ainda, destacou ser necessária a indicação de Conselheiro que residisse em Brasília para acompanhar as atividades da Gestão e informar o Colegiado a respeito das mesmas, antes das reuniões. Terminada a apresentação do Grupo, Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** reforçou a necessidade de criação de uma Comissão de Política da Pessoa Portadora de Deficiência, justificando que a Política fora aprovada no Pleno do Conselho, mas não fora possível dar conta das atividades específicas contidas no documento. Ressaltou que a proposta, a princípio, era de que a Comissão de Política da Pessoa Portadora de Deficiência incluísse as patologias, porém devido à especificidade de algumas ações, seria necessária a criação de Comissão para tratar da questão das Patologias que não possuíam Comissão específica. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** explicou que o Grupo propusera a criação do GT Intercomissões que seria responsável por avaliar a necessidade de criação de outras Comissões. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** lembrou que fora acordado que a criação da Comissão seria discutida na Reunião de Planejamento das Ações do CNS, e, nesse sentido, mostrou-se preocupado com a possibilidade de ser adiada novamente. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que a discussão e o encaminhamento sobre a composição das Comissões fossem feitos no período da tarde do segundo dia de reunião. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** pediu esclarecimentos acerca da proposta de criação do GT Intercomissão e sobre a Comissão de Usuários. Perguntou, ainda, se o Projeto de Lei relativo ao Conselho seria submetido à apreciação ou à deliberação do Pleno. Com relação ao GT Intercomissão, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** esclareceu que, após discussão, o Grupo concluiu que, para tratar de todos os problemas das Comissões seria necessária Comissão composta por representantes das Comissões já existentes no CNS. Continuou esclarecendo que o GT Intercomissão apresentaria uma proposta de reestruturação das Comissões do CNS e o Pleno do Conselho faria discussão global de todas as suas Comissões. Sobre a Comissão de Usuários, esclareceu que a Comissão já existira e a proposta era reinstalá-la. No que se refere ao Projeto de Lei do CNS, **Adalgiza B. Araújo**, da Coordenação das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, explicou que a proposta do Grupo era de que a proposta de redação da Lei fosse submetida à discussão no Plenário e, posteriormente, fosse solicitado ao Ministério da Saúde o encaminhamento da mesma ao Poder Legislativo. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** retomou a palavra para destacar alguns pontos levantados pelo Grupo que deveriam constar do Regimento Interno como atribuições do Pleno do Conselho, sendo: **a)** definir estrutura organizacional e atribuições técnico-administrativas da Secretaria Executiva do CNS; **b)** indicar o Secretário Executivo e decidir o preenchimento dos cargos técnico-administrativos (Concursos Públicos, Lista Tríplice etc); **c)** as ações da Secretaria Executiva que se refletem em Secretarias Estaduais e Municipais; **d)** incentivar

o Processo de Avaliação de Desempenho do Controle Social (Municipal/Estadual); e **e)** estabelecer critérios para o Gestor submeter assuntos ao CNS. Apresentou, ainda, encaminhamentos e sugestões aos demais Grupos referentes a outros temas: **a)** implementar ações de capacitação continuada de Conselheiros, inclusive em análise de gestão; **b)** o CNS deve estabelecer as diretrizes de acompanhamento da Política de Saúde (SUS), com articulação junto ao Legislativo e ao MS; e **c)** aprovar a Política Nacional de Saúde. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** encerrou os trabalhos do período da manhã e informou que o período da tarde seria dedicado a discussão das prioridades apresentadas pelos Grupos, a fim de colocá-las ordenadamente por prazo de execução, definir os resultados dos Grupos que não apresentaram e escolher responsável/apoio pela execução das ações. Iniciado os trabalhos do período da tarde, Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou os critérios para definição de prazos para ações: **a)** curto prazo: 2003/2004; **b)** médio prazo: 2003/2004; e **c)** longo prazo: 2004/2005. Em seguida, concedeu a palavra a **Ademar Sato**, Assessor do IPEA, para que conduzisse os trabalhos. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** lembrou, primeiramente, os objetivos de cada um dos Grupos: Grupo I: Definir Prioridades de ação do CNS para o fortalecimento do Controle Social no SUS; Grupo II: Definir Prioridades do Conselho Nacional de Saúde para 2003; e Grupo III: Definir Prioridades de funcionamento do Conselho Nacional de Saúde. Em seguida, elencou as Prioridades levantadas pelos Grupos a fim de que o Colegiado auxiliasse no preenchimento dos dados que faltavam relativos a prazo de execução e resultado. Iniciou com a apresentação das Prioridades apresentadas pelo Grupo I, sendo elas: **I. Prioridade:** Plano Nacional de Saúde: **a)** Resultado: PNS aprovado; e **b)** Prazo: curto. **II. Prioridade:** Fortalecer o sistema de Conselhos de Saúde: **a)** Resultado: criar uma rede orgânica de articulação dos Conselhos nos três níveis, onde o CNS estaria no topo; e articular alianças estratégicas intra e intersetoriais; e **b)** Prazo: médio. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** destacou que uma das atribuições do Conselho era articulação com outros Conselhos setoriais com o propósito de cooperação mútua, de estabelecimento de estratégia comum para o fortalecimento do Sistema, participação e Controle Social. Nesse sentido, perguntou como seria feito o fortalecimento dos sistemas de Conselhos de Saúde no que diz respeito a outros níveis de Governo. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** explicou que a preocupação do Conselheiro estava contemplada no item referente à articulação de alianças estratégicas intra e intersetoriais. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** destacou que delegar ao CNS o topo do Controle Social era uma questão polêmica, considerando que na lógica do Controle Social não havia hierarquia em relação aos demais Conselhos de Saúde. Nessa linha, perguntou como constituir uma estratégia de fortalecimento que apontasse para necessidade de os Conselhos de Saúde se relacionarem, hierarquicamente, sem ter ingerência sobre o outro. E, nesse sentido, solicitou esclarecimentos acerca da proposta de criação de rede orgânica de articulação dos Conselhos nos três níveis. E, ainda, ressaltou a necessidade de planejamento ascendente, com mais representatividade dos Conselhos Municipais. Em resposta à indagação, Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland**, esclareceu que o objetivo da Proposta de Criação da Rede Orgânica era obter um sistema de Conselhos articulado entre os vários níveis. Explicou que a questão da “*hierarquia*” entre os Conselhos não foi discutida no Grupo. Disse, porém, que não havia canais mais “*permeáveis*” e regulares de comunicação entre os Conselhos de Saúde. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** ratificou a utilização do termo “*topo*” referindo-se ao CNS em relação à proposta de rede orgânica. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que a Proposta de Rede Orgânica de Articulação dos Conselhos fosse colocada junto à questão da Plenária Nacional de Conselhos, a fim de discutir o fortalecimento do sistema de Conselhos. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** defendeu que, ao tratar de Rede Orgânica, devia-se discutir e estudar a formulação de indicadores de Controle Social na área da saúde. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** prosseguiu apresentando a Prioridade **III**. Assegurar o caráter deliberativo dos Conselhos: **a)** Resultado: Conselhos deliberando. Sobre o prazo, o Colegiado definiu que seria permanente. Sobre a Prioridade **IV**. Sistema de Acompanhamento e Avaliação do Conselho, o Assessor do IPEA **Ademar Sato** solicitou que o Grupo prestasse maiores esclarecimentos. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** explicou que a Prioridade IV era resultado de várias idéias dos componentes do Grupo I sobre a necessidade de ter mecanismos para acompanhar o funcionamento dos Conselhos, verificar e avaliar a aplicabilidade das suas deliberações. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** completou esclarecendo que a proposta originou-se de duas propostas: definir indicadores que avaliassem o impacto da política nas condições de vida da população e o sistema de avaliação do SUS. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** ressaltou que os indicadores, por si só, não eram eficazes para o Controle Social e, na sua opinião, o que interessava era o acompanhamento do processo. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** lembrou que o Sistema de Acompanhamento e Avaliação possuía diversos níveis de abrangência. E, nessa linha, ressaltou a necessidade de dividir as atribuições de cada um. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** disse que, da maneira como estava redigida, a prioridade referia-se ao sistema de avaliação do SUS, e não era essa questão que se discutia. Conselheira **Clair Castilhos Coelho**

destacou que redigiria novamente a Prioridade, a fim de evitar dúvidas. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** destacou os resultados esperados da Prioridade IV: construção de indicadores do Controle Social e Sistema de Acompanhamento e Avaliação do CNS capaz de medir a repercussão das ações do Conselho e na avaliação do SUS. Quanto ao prazo para implementação dos resultados, o Colegiado decidiu que: Indicadores do Controle Social: prazo curto; e Sistema de Acompanhamento e Avaliação do CNS: permanente. Esclarecido este ponto, o Assessor do IPEA **Ademar Sato** apresentou a prioridade V. Capacitação de Conselheiros e perguntou o que se esperava como resultado. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** disse que o resultado esperado era a garantia de representações nos vários Conselhos. Na sua opinião, a capacitação não se dava somente nos Conselhos Estaduais e Municipais, tendo em vista que o Conselho Nacional de Saúde não estava capacitado, pois não respeitava as representações e possuía problemas internos, reflexo da falta de capacitação. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** manifestou-se no sentido de esclarecer que o resultado proposto pela Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** estava relacionado à organização do Conselho, que fora discutida pelo Grupo II. Nesse sentido, defendeu como resultado esperado “*Conselheiros capacitados*”. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** sugeriu que as Prioridades relativas à Capacitação de Conselheiros, Resolução nº 33/92 e EC nº 29 fossem discutidas a partir das discussões dos demais Grupos, considerando que o Grupo I não aprofundara a discussão acerca dos referidos temas. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** retomou a questão da Capacitação dos Conselheiros e avaliou que o tema deveria fazer parte das Prioridades do Grupo I. Na sua opinião, a capacitação fazia parte das estratégias de fortalecimento do Controle Social e defendeu como resultado a “*atuação efetiva dos Conselheiros*”. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** retomou a questão da representatividade das Entidades do Fórum de Portadores de Patologias e Deficiências. Em resposta à colocação da Conselheira, Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** afirmou que qualquer representação no Conselho teria de ser respeitada e, na sua opinião, ao colocar como resultado o respeito à representação, questionava-se a legitimidade do Conselho. Disse, ainda, que não era lícito questionar a legitimidade de Conselheiro já nomeado pelo Ministro. Por fim, destacou que a questão levantada pela Conselheira era particular e, por essa razão, não poderia ser generalizada. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** lembrou que não cabia ao Pleno do Conselho e à Secretaria Executiva questionar a legitimidade da representação indicada para participar do CNS. Defendeu que era competência das bases tomarem as decisões que julgassem necessárias para resolver os problemas. Concluída a apresentação das Prioridades do Grupo I, o Assessor do IPEA **Ademar Sato** reapresentou as do Grupo II, a saber: **I. Prioridade:** Organização do CNS: **a)** ultimar a discussão da Resolução CNS nº 33/92; **b)** discutir o Regimento Interno do CNS; **c)** discutir a Lei de Criação do CNS; **d)** pautar pendências para a reunião seguinte, evitando solução de continuidade; **e)** reativar a Comunicação Social; e **f)** promover discussões permanentes acerca da conjuntura política e econômica do país; **II. Prioridade:** Formulação e Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde: a partir da discussão dos pontos que fariam parte do Plano: **a)** metas de cobertura; **b)** aplicação dos recursos; **c)** integralidade das ações; **d)** critérios e indicadores; **e)** problemas prioritários; **f)** equidade; e **g)** controle da efetividade do Plano. **III. Prioridade:** Controle Social: **a)** 12ª Conferência Nacional de Saúde: elaborar diretrizes, organizar, mobilizar e acompanhar o processo; garantir o cumprimento de suas deliberações; e discutir as conquistas nacionais das Conferências e dos Seminários anteriores; **b)** Plenária Nacional de Conselhos de Saúde: garantir a realização das Plenárias Nacionais de Conselhos; e **c)** Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **IV. Prioridade:** Financiamento e Processo Orçamentário: **a)** participar da elaboração e acompanhar o PPA, a LDO e a LO; **b)** EC nº 29 e alternativas relativas ao seu cumprimento; **c)** modos de pagamentos de serviços; e **d)** acompanhar a execução orçamentária. **V. Modelos de Atenção:** a concepção do Grupo era de que o Conselho deveria promover discussão acerca do modelo de atenção para o desenvolvimento do SUS que abarca, dentre outros, os seguintes pontos: **a)** NOAS; PSF; **b)** Planos de Saúde; **c)** Atenção Básica, Média e Alta Complexidade; e **d)** ações de saúde para patologias específicas. **V. Prioridade:** Modelos de Gestão: **a)** acompanhamento e avaliação permanente da Gestão do SUS; e **b)** Sistema de Informação. Por fim, disse que o Grupo considerou como ações a serem implementadas em Curto Prazo: organização do CNS; Controle Social; realização da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e 12ª Conferência Nacional de Saúde; participação e acompanhamento do PPA; e participação e acompanhamento do Processo Orçamentário. As demais ações, segundo o Grupo, seriam desenvolvidas em médio e longo prazo. Sobre as ações, Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz**, esclareceu que teriam de ser feitas no sentido de garantir a efetivação das prioridades e lembrou que seriam discutidas na próxima reunião do Conselho. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** ressaltou que a proposta era definir o resultado das prioridades apresentadas, levando-se em conta a discussão do Grupo. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** apresentou as seguintes propostas de resultados para Prioridade I. Organização do Conselho: **a)**

reformulação da Resolução nº 33; **b)** novo Regimento Interno; **c)** Lei do Conselho publicada no Diário Oficial; **d)** Comissão de Comunicação ativada; e **e)** Comissão para tratar da Conjuntura composta. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** disse que o Colegiado teria de definir o resultado para a proposta geral e que as propostas apresentadas pelo Conselheiro **Clóvis Bouffleur** referia-se às ações. Sugeriu, ainda, que o Pleno não tratasse do mérito da reorganização do CNS, considerando que o Grupo III discutira a questão em detalhe. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** propôs como resultado da prioridade I referente à organização do CNS “Conselho mais efetivo”. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** perguntou qual era o resultado esperado da prioridade sobre Financiamento e Processo Orçamentário. O Colegiado definiu como resultado: EC nº 29 cumprida e orçamento executado. Sobre Modelo de Gestão, Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** sugeriu que a Prioridade fosse substituída por “*acompanhamento e avaliação permanente da gestão do SUS*”. Frente às dúvidas suscitadas sobre às prioridades relativas ao SUS e ao CNS, Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** solicitou que fosse enfatizado o objetivo do Grupo II e do Grupo III. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que o Grupo II tinha por objetivo definir Prioridades do Conselho Nacional de Saúde para 2003, perante o SUS e a si próprio, já o objetivo do Grupo III era definir prioridades de funcionamento do Conselho Nacional de Saúde. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte** enfatizou que o acompanhamento e avaliação permanente da Gestão do SUS era um dos fundamentos básicos do Controle Social e, nesse sentido, perguntou se poderia ser considerado uma Prioridade. Em resposta, Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** esclareceu que fora delegada ao Grupo a tarefa de discutir a agenda do Conselho e, para isso, continuou, o Grupo partira do diagnóstico de que o CNS, nos últimos anos, fora pautado e do pressuposto de que as atribuições do Conselho teriam de compor a sua agenda. Nesse sentido, disse que praticamente todas as Prioridades elencadas pelos Grupos referiam-se ao papel do Conselho, mas, na sua opinião, urgia agendá-las a fim de definir as ações do CNS frente ao seu papel. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** afirmou que o CNS tomara várias iniciativas e, como exemplo, citou a NOB/RH que considerou ter nascido da 11ª Conferência Nacional de Saúde e do entusiasmo do Conselho. Solicitou que a questão não fosse generalizada e que, na sua opinião, os Conselheiros “*não foram marionetes*” nas mãos do MS. Sobre a prioridade relativa a Gestão do SUS, Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** propôs como resultado “*modelo de gestão participativo*”. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** afirmou que definir as prioridades para o Conselho e escrevê-las não era o suficiente para que fossem colocadas em prática. Na sua opinião, para que as atribuições fossem cumpridas, seria necessária vigilância do Controle Social. Conselheira **Cibele G. de Mello Osório** propôs a seguinte redação para prioridade relativa à gestão do SUS “*efetivar o acompanhamento e a avaliação permanente da gestão do SUS*”. Justificou que o CNS tinha a função de acompanhar e avaliar a gestão, mas era necessário tornar a tarefa efetiva. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** chamou atenção para a importância de detalhamento das ações e o monitoramento das mesmas. Sobre a Prioridade relativa a Modelo de Atenção, Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** sugeriu a supressão de todos os seus itens, considerando que se tratava de instrumentos reguladores do Sistema. Segundo o Conselheiro, Modelo de Atenção, teria de ser aquele definido conforme os Princípios do SUS: territorialidade, vinculação de clientela, responsabilização sanitária, acesso, integralidade. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** endossou a colocação do Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer**, justificando que ao citar as normas dava-se por entender que o objetivo era a discussão das mesmas e não do Modelo de Atenção. Sugeriu, nesse sentido, que o Pleno não entrasse em detalhes acerca da prioridade apresentada relativa a Modelo de Atenção e, ainda, que ficasse claro que o CNS deveria discutir e deliberar sobre Modelos, a partir dos Princípios do SUS. Propôs, assim, a seguinte redação “*discutir e deliberar sobre os Modelos de Atenção, segundo os Princípios do SUS*”. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** ressaltou que os indicadores eram os instrumentos teóricos utilizados para aferir o resultado de determinada ação, mas o interesse do Controle Social não era simplesmente aferir, assim, devia-se centrar a discussão sobre a real situação da saúde do povo. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu a não apresentação do Resultado definitivo para a Prioridade referente a Modelos de Atenção, pois, na sua opinião, tratava-se de uma ação de curto, médio e longo prazo. Após discussão, o Pleno definiu como Resultado da Prioridade “*novo Modelo analisado e deliberado, em curto, médio e longo prazo*”. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte** disse que o impacto das ações era medido por indicadores, nesse sentido, defendeu que, para melhorar a aferição era necessário melhorar os indicadores. Na sua opinião, o Resultado esperado da Prioridade relativa a Modelo de Gestão era “*implantação dos Modelos feita com base nos Princípios do SUS*”. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** destacou como grande problema do Controle Social e dos Gestores a incapacidade de realizar avaliação permanente de impacto. Defendeu que a avaliação do impacto fosse realizada em forma de processo a fim de verificar o resultado da ação. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** defendeu como Resultado para Prioridade relativa a Modelo de Gestão “*a melhoria do nível de saúde da população brasileira*”. A partir daí, segundo o Conselheiro, era preciso discutir o modo de aferir a melhoria do nível

de saúde. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** lembrou o Grupo II apresentara as Prioridades do CNS para 2003, assim, era viável programar ações para 2003. Como Resultado para 2003, sugeriu “*novo modelo aprovado pelo Conselho*”. Explicou que o novo modelo poderia gerar outras questões como, por exemplo, a necessidade de indicadores. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** ressaltou a necessidade de o Conselho estabelecer estratégias para tomar conhecimento da situação na ponta do Sistema. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** propôs como Resultado para o ano de 2003/curto prazo “*novo Modelo analisado e deliberado*” e como Resultado de médio e longo prazo “*acompanhar o impacto do novo Modelo, a partir da definição de indicadores*”. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** endossou a proposta apresentada, porém, destacou que era preciso conhecer os problemas da ponta do Sistema, para, então, deliberar sobre Novo Modelo de Atenção. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** disse que as intervenções do Colegiado apontavam para duas questões: necessidade de o Conselho, no ano de 2003, discutir Modelo de Atenção e como criar as estratégias para isso. Explicou que, para discutir e definir um Modelo de Atenção, era necessário subsídio. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** propôs como ações “*acompanhar os impactos do modelo e definir os indicadores*”. Sobre a Prioridade relativa ao Plano Nacional de Saúde, o Colegiado definiu que deveria ser tratado em 2003 e nos anos subsequentes. Sobre a Prioridade relativa ao Controle Social, como resultado o Pleno concordou com “*a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e a Plenária Nacional de Conselhos realizadas, conforme programação*”. Encerrada a discussão das Prioridades elencadas pelo Grupo II, Assessor do IPEA **Ademar Sato** passou a discussão das Prioridades levantadas pelo Grupo III referente ao funcionamento do Conselho, sendo elas: **I. Prioridade:** Sistema de comunicação interna/externa; **II. Prioridade:** Reestruturação da Assessoria Técnica/Administrativa; e **III. Prioridade:** Estrutura Física; **c)** aperfeiçoar e intensificar o Sistema de Comunicação entre os Conselhos de Saúde e a sociedade; e **d)** criar mecanismos para assegurar o funcionamento dos Conselhos de Saúde; **IV. Prioridade:** Avaliar a estrutura, organização e o funcionamento de Comissões e GTs: **a)** Ações: reativar a Comissão de Usuários e criar GT intercomissão/GT do CNS, composto por representantes da Comissão de Coordenação Geral, Comissão do Regimento Interno, Resolução nº 33/92 do CNS, sem prejuízo de demais participantes; **b)** Resultado: proposta de reestruturação; **c)** Prazo: 20 dias (aprovação de criação de GT) e 6 meses (proposta de reestruturação); e **d)** responsável: Comissão de Coordenação Geral; **V. Normatização:** **a)** Ações: aprovar o Regimento Interno, propor lei de criação do CNS; **b)** Resultado: Regimento Interno aprovado, Minuta de Anteprojeto de Lei apresentada ao MS; **c)** Prazo: mês de junho (dia 30) e Reunião de agosto de 2003; e **d)** Responsável: GT de Revisão do Regimento e Comissão de Coordenação Geral. **VI. Prioridade:** Rever financiamento do CNS: **a)** Ação: criar unidade orçamentária própria; rever os convênios; e apresentação da Execução Orçamentária para o Pleno; **b)** Resultado: proposta orçamentária, orçamento próprio definido; **c)** Prazo: mês de maio de 2003 e 2004; e **d)** Responsável: Comissão de Finanças. A respeito da assessoria técnica do Conselho, Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz**, esclareceu que os técnicos e assessores do CNS descreveram as suas funções, com objetivo de discutir os seus papéis junto ao Conselho. Endossou a colocação da Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** de que os técnicos não conseguiram alcançar os seus objetivos, considerando que as suas funções eram distintas das desempenhadas. Informou que, a partir da discussão do Planejamento das Ações do CNS, os técnicos do Conselho fariam planejamento das suas ações. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** esclareceu que o Grupo considerou que, apesar da responsabilidade e do esforço, a assessoria técnica não dava conta de todas as demandas do Conselho. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** chamou atenção para a importância de se separar assessoria técnica de assessoria administrativa. Assessor do IPEA **Ademar Sato** sugeriu que fossem feitas colocações gerais sobre as Prioridades elencadas pelo Grupo III, considerando o Resultado e os Prazos. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** afirmou que os funcionários trabalhavam a partir da demanda do Gestor e, nesse sentido, sugeriu que além da descrição das atividades dos técnicos e assessores do CNS, fossem apresentados os seus currículos, bem como dos Conselheiros. Segundo a Conselheira, tal atitude evitaria atribuir tarefas a uma pessoa não habilitada para determinado assunto e propiciaria aproveitamento das capacidades não exploradas de cada um. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** propôs como Resultado para Prioridade I. Sistema de Comunicação Interna e Externa: “*Conselheiros suplentes informados sobre pautas e resoluções do CNS*”. Esclareceu que a Prioridade V relativa a normatização fora contemplada por outro Grupo. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** propôs que na discussão da Prioridade IV: Avaliar a estrutura, organização e o funcionamento de Comissões e Grupos de Trabalho, fosse contemplada a proposta apresentada pelo Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** de criação de Comissão. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** justificou sua proposta de criação de Comissão para trabalhar na implementação da Política Nacional da Pessoa Portadora de

Deficiência, aprovada pelo CNS. Propôs que a Comissão fosse aprovada e sua composição fosse definida na reunião dos dias 24 e 25 de abril de 2003. Conselheiro **Geraldo Adão dos Santos** endossou a proposta apresentada pelo Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior**, justificando que a Comissão discutiria, também, a questão das pessoas que eram acometidas de deficiências por causas externas, como trauma e violência. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** esclareceu que o fundamento do trabalho de planejamento não era a elaboração de lista de comissões a serem criadas, mas sim, assegurar a criação do GT Intercomissão que discutiria e avaliaria a necessidade de criação de novas Comissões ou GTs. Conselheiro **Clóvis Boufleur** defendeu a criação da Comissão para tratar da Pessoa Portadora de Deficiência, considerando que havia uma Política já aprovada e que responderia à demanda do segmento. Conselheiro **José Américo Fontes**, na condição de representante da Federação Nacional da APAES, manifestou-se favorável à proposta de criação da Comissão, considerando-a urgente e importante. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** declarou-se a favor da proposta de criação de Comissão para tratar das questões relativas às pessoas portadoras de deficiência, bem como das questões das pessoas portadoras de patologias. Porém, mostrou preocupação com a fragmentação das ações do Conselho e perguntou se algumas Comissões não poderiam ser agrupadas a outras. Nesse sentido, levantou a possibilidade de aguardar avaliação das Comissões já existentes e a necessidade de criação de outras. Conselheiro **Climério da Silva Rangel** lembrou que, no ano de 2002, solicitara várias vezes que a questão fosse pautada, porém o pedido não fora atendido. Em fevereiro de 2003 solicitara novamente e, no mês de março de 2003, acordou-se que seria tratada na Reunião do Planejamento. Sentiu-se desconfortável perante a situação de o Conselho postergar uma questão que prejudicava milhares de Pessoas Portadoras de Patologias. Assim, manteve a sua proposta. Conselheira **Cibele G. de Mello Osório** chamou atenção para importância que a Política de Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiência alcançara, em termos de prioridade, no novo Governo. Teceu comentários sobre a preocupação do Ministério do Trabalho no que diz respeito à discriminação das Pessoas Portadoras de deficiência no trabalho. Por fim, endossou a proposta de criação da Comissão. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** declarou não haver problema em se criar uma Comissão face às necessidades e demandas de segmento, porém destacou a necessidade de avaliar a estrutura do CNS. Afirmou que as Comissões do Conselho sempre foram grande patrimônio na produção de políticas, mas, caso fossem aprovadas todas as proposta de criação de Comissão, o CNS teria de 25 a 30 Comissões. Além disso, explicou que havia solicitações de indicação de representante do CNS para participar de Fórum, Comissões, Câmara extraconselho. Ressaltou, assim, a importância de reordenar e rediscutir a questão das Comissões do CNS e extraconselho. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** ponderou que, a partir do Planejamento, a atuação e o funcionamento do CNS seriam distintos e, ainda, que a tentativa era fazer com que o Controle Social fosse mais efetivo e vinculado à situação da ponta do Sistema. Propôs que as deliberações tomadas na reunião de planejamento fossem esquematizadas e que, no processo de reorganização e reestruturação do Conselho, fossem discutidas as Comissões como um todo. Sugeriu que, no momento, o Conselho não se manifestasse frente às propostas de composição de Comissões e que fosse estipulado prazo para rediscutir a questão. Conselheira **Marisa Fúria Silva** declarou que pelos menos 15 milhões de brasileiros eram portadores de algum tipo de deficiência e que, apesar das ações implementadas, poucos eram os avanços alcançados. Informou que em 1999, solicitou que fosse tomada atitude em relação à saúde bucal das pessoas portadoras de deficiência, mas nada fora feito sobre a questão. Considerou que a Comissão dos Portadores de Deficiência contribuiria na melhoria das condições de vida da Pessoa Portadora de Deficiência, assim, solicitou que a proposta criação fosse colocada em votação. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** recuperou alguns fatos históricos para melhor compreender a situação da Pessoa Portadora de Deficiência. Assim, informou que a Política aprovada pelo CNS em 2000 fora publicada somente em 2002 e que, nos dois anos de sua participação no Conselho, nunca fora pautada questão específica da área dos portadores de deficiência, apesar de várias demandas. Lembrou que o GT responsável por viabilizar a publicação da Política tentou trazer à discussão do Plenário a proposta de criação da Comissão, mas não obtivera êxito. Defendeu o direito de a Comissão dos Portadores de Deficiência ser avaliada como as demais Comissões do CNS e se fosse julgada inoportuna, que fosse extinta. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** sentiu-se contemplada pela fala do Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** e informou que menos de 3% da população portadora de deficiência estava inserida em qualquer tipo de atividade nas áreas relacionadas à saúde, educação, dentre outras. Ressaltou a necessidade de criação de Comissões para atender as demandas das Pessoas Portadoras de Deficiência. Reforçou a importância de criação da Comissão dos Portadores de Deficiência no CNS e nos demais Conselhos de Saúde. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** manifestou-se favorável à criação da Comissão, por se tratar de reivindicação antiga e pelo fato de ter sido formada Comissão para tratar da Hanseníase, na última reunião. Porém, apresentou a ressalva de o seu apoio referir-se à grande dificuldade enfrentada para

implementação da Política. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** lembrou que havia 30 milhões de “*desdentados*” no país que, na sua concepção, também eram deficientes físicos. Defendeu a proposta de criação do GT intercomissões que discutiria a necessidade de formação de novas Comissões e reavaliaria as existentes, a partir da preocupação de não segmentar as ações do CNS. Salientou, ainda, a importância de avaliar a proposta de criação de Comissão de Avaliação da Assistência Básica. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** enfatizou que os problemas de determinado segmento não seriam resolvidos com a criação de Comissões, mas sim “*pensando a saúde do povo brasileiro*” como um todo. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** solicitou que a proposta fosse colocada, de imediato, em votação. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que a Comissão fosse criada e, junto às demais Comissões do CNS, fosse avaliada pelo Plenário e pelo GT Intercomissão e, a partir daí fosse definido o funcionamento do Conselho no que se refere às Comissões já existentes e as demais Comissões extraconselho como, por exemplo, a Câmara de Saúde Suplementar. Assim, **foi aprovada a proposta de criação de Comissão para tratar da Política da Pessoa Portadora de Deficiência, que, junto às demais Comissões do CNS, seria avaliada pelo Plenário e pelo GT Intercomissões.** Conselheiro **Carlos Alberto Duarte** perguntou qual seria o encaminhamento acerca da Comissão dos Portadores de Patologias e a Comissão de AIDS. Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** propôs que, caso o Colegiado julgasse essencial a discussão das propostas de criação de outras Comissões, o assunto fosse pautado após o término da discussão do Planejamento e dos itens referente a 12ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Solicitou que a discussão sobre o Planejamento fosse retomada, com vistas à definição dos Responsáveis e Apoio para as ações. Conselheiro **Gilson Cantarino O'Dwyer** aproveitou a oportunidade para convidar o Colegiado a participar da solenidade em que assumiria o cargo de Presidente do CONASS, dia 09 de abril de 2003, às 20 horas, no Memorial JK. O Assessor do IPEA **Ademar Sato** passou a definição dos Responsáveis e Apoio do Grupo I e II, tendo em vista que o Grupo III já os indicara. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** ressaltou que o primeiro passo para indicação de Responsáveis e Apoio era a recomposição da Comissão de Coordenação do CNS. Frente à proposta, Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** propôs que Responsáveis e Apoio fossem definidos na reunião a ser realizada nos dias 24 e 25 de abril de 2003. E, ainda, que no mês de maio de 2003 fosse realizada reunião dos Responsáveis e Apoio para redigir as ações a serem executadas. Sugeriu, ainda, que o Pleno discutisse a recomposição da Comissão de Coordenação Geral – CCG. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** apresentou o seguinte adendo ao encaminhamento apresentado: que a CCG reatualizasse o balanço elaborado no final de 2002 sobre a situação do SUS, considerando as diretrizes da 11ª Conferência Nacional de Saúde e, a partir daí sistematizasse diretrizes para o Plano Plurianual a serem apresentadas no mês de maio de 2003. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** propôs que a Comissão fosse paritária, composta por três usuários, um representante do Governo, um representante dos Trabalhadores e um representante dos Prestadores de Serviços. Seguindo a proposta apresentada pelo Conselho e indicações do Colegiado, **foi aprovada, por unanimidade, a seguinte composição da CCG: Conselheiros José Luiz Spigolon, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Antônio Sérgio da Silva Arouca, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Gysélle Saddi Tannous e Clair Castilhos Coelho.** Concluída a questão, Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** concedeu a palavra ao Conselheiro **Antônio Sérgio da Silva Arouca** para que iniciasse apresentação do Item 07 da pauta. **ITEM 06 – REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA** – Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde **Eliane Aparecida da Cruz** convidou os Conselheiros **José Carvalho de Noronha** e **Wander Geraldo da Silva** para coordenarem os trabalhos da tarde do primeiro dia de reunião. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** endossou a proposta de inversão de pauta do item 06 para o primeiro dia de reunião, considerando que a discussão acerca da Atenção Básica serviria de subsídio para a discussão dos GTs de Planejamento do CNS. Em seguida, concedeu a palavra ao Secretário de Atenção à Saúde **Jorge Solla** para que procedesse a apresentação da Proposta de Reorganização da Atenção Básica. Secretário de Atenção à Saúde **Jorge Solla**, a princípio, informou que no dia anterior fora aprovada Medida Provisória do Governo Federal que apresenta dois ganhos importantes para o Sistema de Saúde, o primeiro diz respeito à criação de mais de 7 mil vagas para os Hospitais Universitários e o segundo relativo a recontração dos Agentes de Saúde que trabalhavam com o controle da dengue no Estado do Rio de Janeiro. Em seguida, esclareceu que apresentaria algumas medidas no âmbito da Atenção Básica propostas pelo Ministério da Saúde, negociadas com CONASS e CONASEMS e aprovadas pela CIT. Ressaltou que se tratavam de medidas importantes, considerando que desde 1999 observava-se um processo de desfinanciamento da Atenção Básica o que resultava em uma série de dificuldades para os Sistemas Municipais de Saúde em manter a rede. Disse que apesar das dificuldades de ordem orçamentária e financeira foi possível realizar remanejamentos e alocar recursos no sentido de melhorar o

financiamento da Atenção Básica. Explicou que os recursos alocados seriam destinados ao financiamento de três ações: **a)** dobrar a cobertura do Programa Saúde da Família nos próximos quatro anos que passaria de 16 mil equipes, em outubro de 2002, para 32 mil equipes, o que resultaria em 100 mil pessoas cobertas na Atenção Básica; **b)** reforçar o processo de descentralização na questão da atenção básica, ampliando, assim, a capacidade de os municípios aumentarem o potencial dos procedimentos oferecidos na Atenção Básica, na lógica da NOAS de ampliação do PAB; e **c)** adequar parâmetros à realidade dos maiores centros urbanos e maiores municípios. Destacou que o primeiro ponto de discussão referia-se a Proposta de Alteração no Processo de Habilitação na Atenção Básica. Informou que dos 5.600 Municípios brasileiros apenas 200 estavam habilitados para o PAB Ampliado, que se tratava de um patamar de Gestão em que além dos procedimentos previstos na Atenção Básica eram acrescentados outros, aumentando, nesse sentido, a capacidade de oferta de serviço da Atenção Básica. Destacou que alguns requisitos estabelecidos pela NOAS para o PAB Ampliado estavam criando uma série de obstáculos na habilitação. Nesse sentido, destacou que foram propostas as seguintes alterações no Processo de Habilitação: **a)** exclusão do requisito do Plano de Controle e Avaliação da Atenção Básica, que, na sua opinião, era mais importante para quando o Município propunha-se a assumir a Gestão Plena; **b)** manutenção da alimentação do SIOPS enquanto requisito fundamental para o processo de alimentação, assim, seria restrito à alimentação do sistema de informação e não ao cumprimento da EC nº 29. Nesse ponto, chamou atenção para necessidade de discutir a regulamentação da EC nº 29, a definição dos parâmetros de avaliação, dentre outras questões relativas a Emenda. Sobre o cumprimento da EC nº 29, destacou que os Estados, tendo cumprido ou não a Emenda, apresentavam certificado do Tribunal de Contas Estaduais garantindo o cumprimento, no entanto, os Municípios não tinham possibilidade de fazê-lo, assim, ainda tendo cumprido a Emenda, tinha a sua habilitação restrita, em função de problemas até mesmo no processo de definição dos parâmetros de avaliação. Ainda neste ponto, destacou que fora discutido o Processo de Avaliação da Atenção Básica que estabelecia como requisito o desempenho de dois indicadores: número de consultas médicas por habitantes e cobertura vacinal. Disse que após avaliação, chegou-se a conclusão de que os dois indicadores não possuíam precisão suficiente para avaliar a Atenção Básica. Destacou que a proposta era de que os dois requisitos não fossem mais considerados para fins de habilitação e que fosse montado processo mais amplo de monitoramento e avaliação que possibilitasse a identificação e a superação das dificuldades enfrentadas pelos Municípios; **c)** alteração da base populacional para cálculo dos valores do Piso de Atenção Básica e dos incentivos da Farmácia Básica, Vigilância Sanitária e Epidemiologia e Controle de Doenças. Ressaltou que os incentivos de Epidemiologia e Controle de Doenças eram utilizados para combate a endemias e organização da vigilância epidemiológica e que desde 1999 não tinham correção dos valores, nem da base populacional. Nesse sentido, disse que a proposta era recalcular a base populacional para os repasses federais da Atenção Básica, a partir do mês de abril de 2003, tomando como referência a população de 2002; **d)** alteração do valor do Piso de Atenção Básica Ampliada que passaria de R\$ 10,50 para R\$ 12,00, a partir de abril de 2003; **e)** aumento linear de 20% no valor dos incentivos para custeio de Agentes Comunitários de Saúde, PSF, PACS e Ações de Saúde Bucal, a partir de maio de 2003; e **f)** redução do número de faixas de financiamento para o custeio das ESF em Municípios com mais de 100 mil habitantes, que passarão a contar com 7 faixas e atingirão a de maior valor quando a cobertura populacional do PSF chegar a 50%, a partir de maio de 2003. Em seguida, teceu comentários acerca de dois pontos que não foram pactuados na Tripartite, o primeiro diz respeito ao 13º repasse para o pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde e o segundo relativo a alteração do parâmetro para o pagamento de incentivo às equipes de Saúde Bucal. Sobre o primeiro ponto, destacou que no ano de 2002 o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, após negociações, conseguiu junto ao MS viabilizar o 13º repasse para auxiliar no pagamento do 13º salário do Agente Comunitário. Explicou que, no entanto, a Portaria que viabilizou tal repasse determinou que o recurso seria alocado como incentivo para que o agente comunitário desenvolvesse ações voltadas para o controle de Dengue e Malária. Assim, explicou que nos Municípios que já pagavam o 13º salário, os agentes comunitários passaram a reivindicar um 14º salário e os Municípios que não pagavam o 13º continuaram a não pagar. Frente a esse quadro, disse que a proposta era de revogação da Portaria, porém com manutenção do repasse que seria condicionado ao pagamento do 13º salário dos agentes comunitários. Nesse sentido, destacou que a meta para 2003 era que todos os Agentes Comunitários recebessem o 13º salário. A respeito do segundo ponto relativo a alteração do Parâmetro para o Pagamento de Incentivo às Equipes de Saúde Bucal, destacou que o incentivo era pago para uma equipe do Programa de Saúde Bucal, a cada duas equipes de Saúde da Família. Destacou que a proposta era de deixar a critério do Município a decisão de definir uma equipe de Programa de Saúde Bucal para duas equipes do Programa Saúde da Família, ou colocar em cada equipe do PSF Odontólogos e Atendentes de consultório dentário e, a partir daí receber o incentivo correspondente a

956 cada uma das Equipes. Em seguida, apresentou conjunto de proposições relativas ao Pacto da
957 Atenção Básica que se tratava de um processo de negociação entre Governo Federal, Estados e
958 Municípios com definição de metas para conjunto de indicadores relacionados à Atenção Básica.
959 Explicou que para 2003 havia proposição de 20 indicadores, considerados principais, e 14,
960 considerados complementares, totalizando 34 indicadores. Ressaltou que a idéia era de que, junto a
961 realização da pactuação para 2003, fosse iniciada a programação do Processo de Planejamento e
962 Pactuação para 2004, a fim de iniciar o ano seguinte com processo construído. Destacou que,
963 atualmente, havia programação distinta para Atenção Básica, Epidemiologia e Controle de Doenças,
964 Vigilância Sanitária, Assistência Farmacêutica, e a proposta era aglutinar as referidas áreas, retirar as
965 superposições e construir condições de em 2004 obter processo único de programação e pactuação.
966 Teceu comentários, ainda, sobre os indicadores principais do PAB 2003 relativos a Mortalidade Infantil,
967 ocorrência de Infecção Respiratória Aguda, Cobertura Vacinal, Mortalidade Materna, Óbitos de
968 Mulheres em Idade Fértil, realização de Exames Preventivos Citopatológicos, dentre outros, que
969 permitiam acompanhar a evolução da Atenção Básica nos Municípios. Por fim, apresentou cronograma
970 relativo ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica, a saber: **a)** até junho de 2003: avaliação do Pacto
971 de 2003 e pactuação das metas municipais do Pacto 2003; **b)** até 11 de julho de 2003: avaliação do
972 Pacto de 2003 e pactuação das metas estaduais do Pacto 2003; e **c)** até 8 de agosto de 2003:
973 homologação as metas do Pacto para 2003, por parte do MS. A partir daí citou encaminhamentos da
974 última reunião da Tripartite para conhecimento do Pleno: constituição de GT Tripartite para elaborar
975 Agenda de Trabalho para integração da Programação do ano de 2004, contemplando a redução do
976 número de indicadores e a interação de instrumento e processos (Pacto de Indicadores da Atenção
977 Básica, PPI da Epidemiologia e Controle de Doenças, PPI da Assistência); e revogação da Agenda
978 Nacional de Prioridades e elaboração de instrumentos e indicadores para a Agenda de 2004 até
979 setembro de 2003. Em seguida, chamou atenção para o impacto referente às proposições de aumento
980 do financiamento, a saber: **a)** aumento de 20% do incentivo do PSF: aumento de R\$ 33 milhões para
981 2003; **b)** mudança das faixas de financiamento para o custeio das ESF em Municípios com mais de 100
982 mil habitantes: aumento de R\$ 17 milhões para 2003 com impacto de R\$ 51 milhões e 300 mil; **c)**
983 mudança populacional utilizada para o cálculo do PSF, PACS e Ações de Saúde Bucal: aumento de
984 mais de R\$ 23 milhões para 2003; e **d)** estimativa de 53,7% dos Municípios habilitando-se no PAB
985 Ampliado: aumento de R\$ 138 milhões dos repasses chegando a quase R\$ 2 bilhões para 2003. Nessa
986 linha, destacou que os referidos aumentos elevaria as transferências para Atenção Básica ao patamar
987 de, aproximadamente, R\$ 4 bilhões para 2003 e, ainda, ressaltou que a programação era realizar
988 correção média de 30% nos repasses federais para Atenção Básica. Destacou que as medidas
989 financeiras apresentadas traduziam a proposta de priorização da Atenção Básica. Informou que fora
990 iniciado processo de negociação junto ao CONASS no sentido de buscar mecanismos para que os
991 Estados participassem do financiamento da Atenção Básica e a meta era chegar em 2006 com 50% do
992 custo bancado por transferências federais e os outros 50% bancados por Estados e Municípios.
993 Afirmou que a partir da melhoria seria possível trabalhar no sentido de ampliar as metas de cobertura e
994 qualificar a Atenção. Informou que fora solicitado ponto de pauta na próxima reunião do Conselho para
995 tratar da questão do Programa de Expansão do Programa Saúde da Família – PROESF, que fora
996 negociado no ano de 2002 com o Banco Mundial e possuía recursos internacionais, e tem por objetivo
997 investir na melhoria da rede física, equipamentos, capacitação, consultorias a fim de converter o
998 modelo de Atenção Básica nos grandes centros urbanos. Justificou que o Projeto permitiria realizar
999 investimentos que auxiliariam na expansão da cobertura como melhorar a resolutividade das Unidades
1000 de Saúde. Falou que a convocatória fora publicada no Diário Oficial da União de sexta-feira da semana
1001 anterior, com as regras aprovadas em 2002 e, assim, destacou que 100 Municípios participariam da
1002 primeira fase do Projeto, e que, para o ano de 2004, a proposta era atingir os outros 131 Municípios
1003 com mais de 100 mil habitantes. Concluiu a sua apresentação agradecendo a oportunidade e
1004 colocando-se a disposição para maiores esclarecimentos. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** abriu
1005 as inscrições para intervenções do Colegiado, estipulando teto de três minutos por cada
1006 pronunciamento e passou a coordenação dos trabalhos ao Conselheiro **Wander Geraldo da Silva**.
1007 Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** mostrou-se satisfeito com a proposta geral de planejamento e
1008 destacou a necessidade de aprofundar a discussão dos pontos políticos da proposta. Destacou o
1009 SIOPS como instrumento, implementado após muita luta do CNS e ressaltou tentativas de criar
1010 mecanismos de cobrança do SIOPS. Na sua opinião, o caminho para alcançar as metas definidas não
1011 era “*afrouxar*” determinadas regras pré-estabelecidas, mas sim, auxiliar no sentido de que fossem
1012 cumpridas pelos Municípios. Assim, ressaltou a importância de aprofundar discussão acerca de
1013 mecanismos que garantissem o cumprimento da EC nº 29 também pelos Municípios, sem
1014 desconsiderar as regras já estabelecidas. Conselheiro **Gianni Franco Samaja** solicitou, para melhor
1015 discussão das propostas apresentadas, que fosse apresentado panorama da atual situação da Atenção

1016 Básica e o impacto das ações apresentadas. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se os
1017 Municípios poderiam oferecer serviços que não constavam na listagem da Atenção Básica e, caso a
1018 reposta fosse afirmativa, como seria feito o financiamento destes serviços. Conselheira **Graciara Matos**
1019 **de Azevedo** mostrou-se preocupada com o fato de os indicadores do PSF e da Saúde Bucal serem
1020 elaborados com base na população e apelou para que fosse ultimado levantamento epidemiológico em
1021 elaboração a fim de que a saúde bucal fosse tratada, realmente, com indicadores. Conselheiro **José**
1022 **Carvalho de Noronha** perguntou se na proposta de implantação do Sistema de Informação de
1023 Mortalidade – SIM fora considerada a proporção de Óbitos por Causas Morbi Definidas, na sua opinião,
1024 um dos melhores indicadores de funcionamento do SIM, e em que medida. Chamou atenção para a luta
1025 do CNS no sentido de garantir a transparência na aplicação dos recursos públicos e garantir o
1026 cumprimento da EC nº 29 na sua integralidade. Disse que, para isso, o Conselho incluiu o SIOPS na
1027 avaliação orçamentária financeira, considerando-o também uma ferramenta de Controle Social. Nesse
1028 sentido, perguntou como se daria o cumprimento dos compromissos apresentados em relação a EC nº
1029 29. Indagou qual seria o indicador a ser utilizado para aferir se a população estaria sendo atendida por
1030 Equipes de Saúde caso não fosse mais utilizado o critério de consulta/habitante. Ainda, perguntou
1031 como o MS trataria a questão dos Parâmetros Epidemiológicos em função das alterações propostas.
1032 Conselheiro **Clóvis Bouffleur** cumprimentou as iniciativas do MS e sobre a questão do PAB Fixo e do
1033 PAB Ampliado, perguntou qual a seria a lógica a ser seguida. Considerou importante a iniciativa de
1034 obter parâmetros para diferenciar as realidades brasileiras, considerando a grande diversidade do país.
1035 Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** endossou a declaração do Secretário Executivo do
1036 Ministério da Saúde **Gastão Wagner de Sousa** de que a população não poderia ser penalizada e
1037 destacou que o cumprimento da EC nº 29 era fundamental para que o SUS fosse viabilizado. Nesse
1038 sentido, sugeriu que fosse estabelecido processo de transição para que o conjunto dos Municípios e
1039 Estados cumprisse, efetivamente, a Emenda, e que o não cumprimento não implicasse na não
1040 qualificação dos mesmos. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte** destacou, a princípio, que qualquer iniciativa
1041 no sentido de aumentar verbas para a saúde teria de ser louvada. Na sua opinião, a EC nº 29 não
1042 necessitava de regulamentação, considerando que determinava claramente a quantia dos recursos a
1043 serem destinados pelos Estados, Municípios e pelo Governo Federal. Perguntou se os recursos *per*
1044 *capita* seriam corrigidos com as novas medidas e, ainda, se seria resolvido o problema das diferenças
1045 dos tetos entre os Estados. Em relação ao PSF, disse que o aumento, por si só, não era capaz de
1046 garantir o funcionamento do Programa, assim, ressaltou a importância de estudar medidas para
1047 regulamentação do mesmo. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** perguntou se houvera mudança de
1048 estrutura do PSF no âmbito do Sistema e como seria vista a questão da saúde da mulher no âmbito do
1049 Programa, considerando que as ações na área estavam reduzidas a Pré-Natal e Campanhas.
1050 Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** sentiu-se contemplada pelas falas que a antecederam,
1051 porém manifestou preocupação sobre a avaliação das políticas. Nessa linha, solicitou que o Secretário
1052 Executivo do MS **Jorge Solla** apresentasse as proposições do Governo para avaliação da efetividade
1053 das Políticas Públicas implementadas, principalmente, pela reestruturação e injeção de recursos.
1054 Conselheira **Marisa Fúria Silva** ressaltou a importância de ampliar o acesso do Portador de Deficiência
1055 a Serviços de Saúde Bucal. Destacou que a Pessoa Portadora de Deficiência necessitava de
1056 tratamento diferenciado no que diz respeito ao tratamento dentário, considerando que precisava de
1057 anestesia geral e, muitas vezes ao invés de ser tratado o dente erra arrancado. Conselheiro **Climério da**
1058 **Silva Rangel Júnior** chamou atenção para a falsa idéia de que a ampliação de Programas como
1059 Agentes Comunitários de Saúde resolvia os problemas de saúde existentes. Na sua opinião, tal
1060 iniciativa criava problemas, considerando que os locais de tratamento não possuíam estrutura para
1061 suportar a demanda e o número de profissionais era insuficiente. Em resposta aos questionamentos do
1062 Colegiado, o Secretário de Atenção à Saúde **Jorge Solla** destacou que havia questões que norteariam a
1063 discussão suscitada no Conselho como a Norma Operacional Básica 2002 vigente e, nesse sentido,
1064 optou-se por trabalhar segundo os marcos da NOAS 2002 e realizar alterações pontuais que
1065 permitissem melhorar o financiamento e criar condições para o cumprimento das metas apresentadas.
1066 Lembrou que a opção estratégica de incentivar o Programa Saúde da Família fora definida no
1067 Programa de Governo do Presidente **Luiz Inácio Lula da Silva**, tendo em vista que fora considerado um
1068 processo indispensável para qualificação e ampliação do acesso à Atenção Básica no Brasil.
1069 Ressaltou, ainda, que seria necessário pautar discussão a fim de definir como conceber a questão da
1070 Atenção Básica no âmbito do Modelo Assistencial e das estratégias de mudança do Modelo. Neste
1071 ponto, destacou que a opção de considerar a reestruturação da Atenção Básica a partir do PSF era
1072 uma estratégia indispensável para criar condições de influir em mudanças fundamentais nos demais
1073 níveis de Assistência à Saúde. Sobre a EC nº 29 e cumprimento do SIOPS, ressaltou a importância de
1074 separar as duas questões. Nesse sentido, lembrou que o SIOPS era requisito para qualquer processo
1075 de habilitação e seria necessário investir e fortalecer a alimentação do mesmo, tendo em vista que

apresentava ótimos resultados. Continuou esclarecendo que a utilização do requisito de cumprimento da Emenda Constitucional Nº 29 para fins de Habilitação no atual momento, com todas as dificuldades enfrentadas, tratava-se de uma questão distinta. Nessa linha, destacou que para avaliar o cumprimento da EC nº 29 seria necessário suscitar discussão no sentido de: **a)** definir o responsável pela avaliação do cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, apesar da posição do MS; **b)** definir como avaliar os parâmetros, considerando que os dois Parâmetros existentes apresentavam conflitos; e **c)** reforçar o SIOPS, que se tratava de fonte de informação e não definia se houvera cumprimento da EC nº 29. Além disso, ressaltou que seria necessário definir o tratamento a ser dado frente ao não cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 por Estados e Municípios. Nessa linha, citou o caso do Distrito Federal, habilitado em Gestão Plena do Sistema de Saúde e perguntou qual o tratamento a ser dado frente às diversas irregularidades encontradas pelas Auditorias. Explicou que a proposta para situação do DF fora a suspensão da habilitação em Gestão Plena e voltar a pagar somente por produção, a fim de não penalizar a Oferta de Serviço à população e criar processo de pactuação. Em seguida, ressaltou que era necessário pautar a discussão acerca da EC nº 29 e criar uma Comissão para definir, efetivamente, como lidar com Estados e Municípios no que diz respeito ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29. Sobre a regulamentação da EC nº 29, disse que o Congresso teria de trabalhar a questão a fim de dar continuidade ao processo. Ressaltou, ainda, a importância de não ter “dois pesos e duas medidas” no processo de negociação com Estados e Municípios, uma vez que os Estados apresentavam declaração atestando o cumprimento da Emenda, enquanto os Municípios não poderiam utilizar-se desse artifício. Destacou, ainda, que, conforme estudo realizado em 2001, constatou-se que mais de 60% dos Municípios cumpriram a EC nº 29 e menos de 40% dos Estados cumpriram. Nessa linha, disse que, da maneira como estava, o processo prejudicava o conjunto de entes federados que mais estavam cumprindo a EC nº 29 e facilitava para aqueles que não estavam cumprindo. Sinalizou, assim, a importância de aprofundar discussão acerca do problema com vistas à criação de regras que não fragilizasse o MS, o CNS e a Tripartite frente ao processo de cobrança da EC nº 29. Sobre a origem dos recursos e as modificações propostas, esclareceu que fora distribuído documento que apresentava claramente as proposições do MS, mas apesar disso, sintetizou as modificações propostas: **a)** atualização da base populacional utilizada para cálculo do Piso de Atenção Básica, com adoção da estimativa populacional 2002; **b)** aumento do valor *per capita* mínimo do Piso da Atenção Básica de R\$ 10,50 para R\$ 12,00; **c)** aumento linear de 20% no valor dos Incentivos Financeiros do PSF, PACS e Ações de Saúde Bucal; e **d)** revisão das faixas de financiamento para custeio das ESF em Municípios com mais de 100 mil habitantes. Falou que os demais itens referiam-se a critérios de avaliação. Ressaltou que os recursos para financiamento de tais ações eram oriundos das rubricas relacionadas à Atenção Básica. A respeito da Lista de Procedimentos, esclareceu que a NOAS 2002 definia os itens da lista que eram relativos a procedimentos de restauração em Odontologia, Eletrocardiografia e Exames Laboratoriais. Esclareceu que os demais procedimentos realizados, que não constavam na Lista, eram remunerados por produção. Disse que tal ponto mereceria discussão, considerando que a perspectiva era de que, progressivamente, as Transferências Federais ampliassem o caráter *per capita* e incorporassem outros critérios, reduzindo, assim, o pagamento por produção. Sobre a questão da Saúde Bucal, informou que a Coordenação de Saúde Bucal tomara providências no sentido de retomar e completar o Inquérito de Saúde Bucal SB 2002, a fim de obter, além de referências de produção, oferta e serviços, referência de indicadores epidemiológicos na área. Ressaltou, ainda, a importância de discutir, no conjunto da Atenção à Saúde, a Política de Atenção aos Portadores de Deficiências, a fim de identificar como induzir a implantação de ações com oferta muito reduzida e como horizontalizar essa Atenção. Nessa linha, destacou que os programas da Política Nacional de Saúde relativos à Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, dentre outros, eram verticalizados na lógica de unidades específicas para aquele tipo de Atenção ou na lógica de visão própria e capacitação específica. Falou, assim, da importância de incorporar as ações relativas aos Portadores de Deficiência e à Saúde da Mulher na Atenção Básica, na Política de Atenção Hospitalar. Aproveitou a oportunidade para informar a criação de Grupo interministerial entre o Ministério da Saúde e Ministério de Assistência e Promoção Social para discutir a articulação das ações de saúde e assistência social no âmbito da Atenção Básica. Ressaltou que era necessário rediscutir a ampliação da Atenção Básica na sua concepção, no conjunto de ações intra e intersetoriais e como realizar a qualificação das Equipes. Sobre a questão do PSF, endossou a colocação de que aumento de recursos não era suficiente para alcançar as metas estabelecidas e disse que, por essa razão, tal ação era articulada a outros projetos. Nesse sentido, informou que seria feito investimento para aumentar e qualificar as ações de capacitação e educação permanente das equipes do Programa. Sobre a preocupação acerca da interferência da ampliação dos valores nas diferenças dos tetos entre Estados, explicou que ao aumentar o valor *per capita* para R\$ 12,00 diminuía-se as diferenças, considerando que o PAB, quando foi aprovado definia o patamar mínimo de R\$ 10,00 e máximo de R\$ 18,00, assim, a diferença dos que recebem menos para os

recebem mais passaria de R\$ 8,00 para R\$ 6,00. Teceu comentários, ainda, sobre a realização de diagnóstico sobre os tetos nos Estados que apresentavam dados importantes sobre a evolução e o seu comportamento em relação à população, ao fluxo e à procura de serviços e, nessa linha, propôs que o assunto fosse pautado. Destacou que as alterações dos tetos não se deram nem por critérios populacionais, nem por critérios de necessidades de saúde, nem por critério de capacidade instalada de oferta de serviço. Sinalizou os Estados do Piauí e de Tocantins que estavam entre os Estados que mais recebiam transferência de recurso Federal para o SUS pela Atenção Básica e não pela Média e Alta Complexidade. Sobre o processo de avaliação, destacou que a proposta era montar um processo efetivo que permitisse dimensionar as dificuldades e auxiliar na superação. Afirmou que o pacto era uma peça fundamental para avaliação e seria necessário articulá-lo a outras propostas de programação. E, nessa linha, ressaltou a importância de transformar a avaliação em um processo real, concreto e efetivo. Sobre a demanda reprimida, identificada pelo PSF, informou que fora realizado projeção de cálculo no sentido observar a necessidade de aumentar os procedimentos ao dobrar o número de equipes do PSF e constatou-se que seria necessário R\$ 3 bilhões para dar conta da demanda que seria atraída. Defendeu que trazer a demanda reprimida para os serviços era um fator positivo e um processo salutar. Chamou atenção para estudos realizados por duas Universidades diferentes com objetivo de identificar os principais fatores determinantes para melhorar o Controle de Hipertensão. Explicou que apesar de terem utilizado metodologia distinta, as instituições chegaram a resultados semelhantes relativos aos dois principais determinantes: quanto mais precoce o diagnóstico, maior a probabilidade de conseguir controle efetivo da Hipertensão; e acompanhamento pelo mesmo profissional de saúde. Seguindo essa linha, fez um paralelo entre a hipertensão, doença de maior prevalência no país que se configurava em um dos maiores desafios para alcançar uma boa Atenção Básica de Saúde. Assim, afirmou que uma boa Atenção Básica à Saúde teria de ter capacidade de captação e diagnóstico precoce, triagem, equipe multiprofissional que estabelecesse vínculo de acompanhamento do paciente. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** destacou que muitas das questões levantadas pelo Secretário de Atenção à Saúde **Jorge Solla** eram pontos de discussão recorrente no Conselho e, nesse sentido, necessitavam serem desdobradas por meio das Comissões específicas do CNS. Destacou, frente à apresentação, que a rediscussão do Modelo Assistencial e suas relações com a NOAS e com o PSF, no sentido de repensar o Modelo constituía-se em tema prioritário na composição da agenda de debates futuros do CNS. Ressaltou que a questão do Modelo Assistencial apontava para necessidade de discutir o Processo de Avaliação e a dimensão da Intersetorialidade, na Promoção da Saúde, na Prestação dos Serviços e outras ações do SUS. Enfatizou, ainda, a importância de organizar melhor discussão sobre: **a)** financiamento do ponto de vista das suas fontes, por meio da rediscussão da EC nº 29 no que se refere ao seu cumprimento e sua substituição; **b)** critérios de distribuição dos Tetos entre Estados e a utilização de Perfis Epidemiológicos; e **c)** mecanismos de pagamentos. Declarou que era desejável que a discussão dos referidos temas fosse feita de forma estruturada e não por tópicos. A proposta de retirar a comprovação de cumprimento da EC nº 29 por Estados e Municípios para efeito habilitação e recebimento dos recursos do PAB Ampliado suscitou grande polêmica e gerou opiniões controversas no Pleno. **Após exaustiva discussão, as medidas apresentadas pelo Secretário de Atenção à Saúde Jorge Solla foram aprovadas, com três votos contrários e com a seguinte ressalva: durante 60 (sessenta) dias ficaria suspensa a comprovação do cumprimento da EC nº 29 por parte dos Estados e Municípios para efeito de habilitação no PAB, segundo a NOAS/2002. E, ainda, no prazo de 60 dias teria de ser apresentada nova proposta.** ITEM 07 – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – A) **Aprovação da Comissão Organizadora** – Conselheiro **Antônio Sérgio da Silva Arouca** destacou, a princípio, que o Ministério da Saúde discutira a questão da Comissão Organizadora das últimas Conferências de Saúde e chegou-se ao diagnóstico de se tratavam de Comissão extensa, geralmente com variação de número de membros. Disse que a proposta inicial do MS era de que a Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde fosse composta por 21 membros, 07 dos Ministérios e que as demais vagas fossem reservadas a Usuários, Profissionais e Prestadores de Serviços, de forma a garantir a paridade. Explicou que a questão fora discutida no Ministério da Saúde que, considerando o caráter inclusivo que se desejava dar a 12ª Conferência, definiu pela maior participação possível a fim de garantir a efetividade do caráter inclusivo. Frente a esse quadro, apresentou a proposta do Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima** de considerar o Pleno do Conselho como Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde, evitando, assim, exclusão de um ou outro segmento. Ressaltou que tal proposta teria impacto na agenda do Conselho Nacional de Saúde, tendo em vista que teria de ser destinado tempo nas reuniões para tratar da 12ª Conferência. Além disso, destacou que as Comissões a serem criadas em função da 12ª Conferência teriam de ter a participação de Conselheiros. Ressaltou, ainda, que a partir do Pleno do Conselho teria de ser constituída uma Comissão Executiva Operacional e, para isso, segundo o Conselheiro, teria de ser considerada a disponibilidade de tempo dos

Conselheiros, bem como perfil de cada um. Na sua opinião, tal proposta representava um avanço em relação às Comissões Organizadoras anteriores e um salto de qualidade em relação ao Conselho. Por fim, informou que se estudava a possibilidade de a Conferência ser realizada na Universidade de Brasília – UnB. Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** ressaltou a importância de discutir os temas a serem tratados na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Antônio Sérgio da Silva Arouca** propôs que a Comissão Organizadora discutisse os temas da 12ª Conferência na próxima reunião do CNS. Sugeriu que fossem convidados, dentre outros, representantes da Organização Pan-Americana de Saúde para participarem da etapa pré-Conferência e da Conferência propriamente dita. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** sugeriu que a 12ª Conferência Nacional de Saúde fosse ponto de pauta permanente nas reuniões do Conselho, preferencialmente no horário em que o Pleno estivesse cheio. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** ressaltou a importância de articulação com os demais setores a fim de garantir a efetividade da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Antônio Sérgio da Silva Arouca** informou que o Canal Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, seria efetivo instrumento da 12ª Conferência. Senhora **Eliane Aparecida da Cruz** informou que o período da manhã da reunião a ser realizada nos dias 24 e 25 de abril de 2003 seria reservado à discussão das questões relativas ao Planejamento do CNS. Sugeriu, ainda, que fossem indicados um ou dois Conselheiros para participarem do processo preparatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde nos Estados. Conselheira **Ana Maria Lima Barbosa** chamou atenção para importância de Comissão de Articulação nas etapas preparatórias da 12ª Conferência. Conselheiro **Antônio Sérgio da Silva Arouca** lembrou que os dois documentos básicos a serem utilizados na definição da temática da 12ª Conferência Nacional de Saúde seriam: *Desenvolvimento do SUS no Brasil: avanços, Desafios e Reafirmação dos Princípios e Diretrizes* e o Plano de Governo do Presidente **Luiz Inácio Lula da Silva**, somado às discussões da Equipe de Transição. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** enfatizou a importância de retomar as discussões acerca da 11ª Conferência Nacional de Saúde e propôs que no mês de maio de 2003 fosse fechada a proposta da Comissão Executiva. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** propôs que frente a questões urgentes relativas a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a Comissão de Coordenação Geral fosse consultada até que a Comissão Executiva fosse definida. Conselheiro **Antônio Sérgio da Silva Arouca** chamou atenção para dificuldade de definir o local de realização da 12ª Conferência, considerando que o ano letivo da Universidade de Brasília provavelmente não terminaria até a data da Conferência, o que inviabilizaria a sua realização no local. Ressaltou, assim, a importância de buscar espaços alternativos para realização da 12ª Conferência. Após essas considerações, a proposta do Ministério de considerar o Pleno do Conselho Nacional de Saúde como Comissão Organizadora da 12ª Conferência Nacional de Saúde de definir uma Comissão Executiva para tratar dos aspectos operacionais do evento, foi aprovada por unanimidade. B) 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – Aprovação do Regimento – Conselheira **Clair Castilhos Coelho** lembrou, a princípio, que na 128ª Reunião Ordinária do CNS o Regimento Interno da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos Assistência Farmacêutica fora aprovado, com encaminhamento de que as sugestões de alteração apresentadas pelas Conselheiras **Maria Leda de R. Dantas** e **Maria Natividade G. S. T. Santana** relativas à Comissão Organizadora da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e à representatividade dos segmentos fossem discutidas na próxima Reunião do CNS. Submeteu à apreciação e aprovação do Pleno as proposta de alteração do Regimento: I. competências do CNS que constavam como da Comissão Organizadora: a) Art. 16: Itens I, VI, VII, IX; b) Art. 17: § 1º, alínea 1: acrescentar como atribuição do CNS e não da Comissão; incluir no texto o seguinte trecho referente a Termos de Referência “para aprovação pelo CNS”, a fim de ressaltar que o CNS também opina sobre os Termos de Referência; alínea 11: incluir o trecho “como atribuição do CNS”; § 2º, alínea 2: acrescentar após a palavra *política* o seguinte trecho “após aprovação pelo CNS”; II. Representatividade dos Segmentos: a) Art. 23, § 2º: deixar claro que “os delegados, representantes da administração pública, dos prestadores privados e das instituições formadoras representarão 25%; representantes dos trabalhadores de saúde 25%; e representantes dos usuários 50%”. Acrescentar, ainda, a participação dos representantes na Comissão Organizadora. A responsabilidade de realizar as alterações, bem como os acertos gramaticais e adequações necessárias ao entendimento do texto fora delegada à Assessora de Comunicação do Ministério da Saúde **Marilene Rocha de Souza**. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** ressaltou a necessidade de agilizar o processo de reconhecimento dos nomes dos novos membros para Comissão Organizadora, indicados na última reunião do CNS, a fim de encaminhar Minuta ao Gabinete/MS. **Aprovada as propostas de alteração do Regimento Interno da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, nos termos apresentados. Informes da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde – CNS:** a) Reunião da Comissão de Coordenação Geral – CCG: seria realizada após conclusão dos trabalhos da 129ª Reunião Ordinária; b) Audiência Pública sobre Controle Social, a ser realizada em São Luiz, Maranhão: não será enviado representante do CNS, mas sim da Secretaria

de Gestão Participativa; **c)** Proposta de Comissões a serem criadas relativas à Saúde Bucal, Saúde do Idoso, Portadores de Patologias, Portadores de Deficiência, Saúde no Campo, Comunicação e Usuários: proposta de serem tratadas como GTs no período de 6 meses; **d)** indicação de 2 (dois) representantes do CNS para a Comissão de Hospitais Universitários de Ensino: indicados os Conselheiros **Alfredo Boa Sorte** e **Maria Natividade G. S. T. Santana**; e **e)** O Conselheiro **Antônio Sérgio da Silva Arouca** informou que o Ministério da Saúde encaminharia os nomes dos Conselheiros **Clair Castilhos Coelho**, **Carlyle Guerra de Macedo** e **Willian Saad Hossne** no sentido de renovar a representação da Comunidade Científica e Sociedade. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** deu por encerrada a Centésima Vigésima Nona Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros Titulares e Suplentes: Aos dois dias do mês de abril do ano de dois mil e três: **Adelmir Araújo Santana**, **Alfredo Boa Sorte Júnior**, **Ana Maria Lima Barbosa**, **Antônio Carlos Pereira**, **Artur Custódio M. de Sousa**, **Augusto Alves do Amorim**, **Baldur Oscar Schubert**, **Carlos Alberto E. Duarte**, **Cássio Teixeira Mendes**, **Cibele G. de M. Osório**, **Clair Castilhos Coelho**, **Climério da S. Rangel Júnior**, **Clóvis Bouffleur**, **Edmundo Ferreira Fontes**, **Geraldo Adão Santos**, **Gerônimo Paludo**, **Gianni Franco Samaja**, **Gilson Cantarino O'Dwyer**, **Gilson Irênio Magalhães**, **Graciara Matos de Azevedo**, **João Alceu Amoroso Lima**, **José Américo Silva Fontes**, **José Carvalho de Noronha**, **José Luiz Spigolon**, **Júlia M. J. Roland**, **Lílian Alicke**, **Maria Cecília M. Pinto**, **Maria Eugênia C. Cury**, **Maria Helena Baumgarten**, **Maria Leda de R. Dantas**, **Maria Natividade G. S. T. Santana**, **Marisa Fúria Silva**, **Neide Regina C. Barriguelli**, **Nildes de Oliveira Andrade**, **Rosane Lowenthal**, **Sérgio Luís Magarão**, **Solon Magalhães Viana**, **Vera Lúcia Marques de Vita**, **Wander Geraldo da Silva**, e **William Saad Hossne**. Aos três dias do mês de abril do ano de dois mil e três: **Adelmir Araújo Santana**, **Alfredo Boa Sorte Júnior**, **Ana Maria Lima Barbosa**, **Antônio Carlos Pereira**, **Antônio Sérgio da Silva Arouca**, **Baldur Oscar Schubert**, **Carlos Alberto E. Duarte**, **Cássio Teixeira Mendes**, **Cibele G. de M. Osório**, **Clair Castilhos Coelho**, **Climério da S. Rangel Júnior**, **Clóvis Bouffleur**, **Francisco das Chagas Monteiro**, **Geraldo Adão dos Santos**, **Gerônimo Paludo**, **Gianni Franco Samaja**, **Gilson Irênio Magalhães**, **Graciara Matos de Azevedo**, **Gysélle Saddi Tannous**, **José Américo Silva**, **José Carvalho de Noronha**, **José Luiz Spigolon**, **Júlia M. J. Roland**, **Lílian Alicke**, **Maria Cecília M. Pinto**, **Maria Eugênia C. Cury**, **Maria Helena Baumgarten**, **Maria Leda de R. Dantas**, **Maria Natividade G. S. T. Santana**, **Neide Regina C. Barriguelli**, **Nildes de Oliveira Andrade**, **Sérgio Luís Magarão**, **Vera Lúcia Marques de Vita**, **Wander Geraldo da Silva**, e **William Saad Hossne**.