



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

ATA DA CENTÉSIMA TRIGÉSIMA PRIMEIRA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS

**ITEM 01 – ABERTURA** – Aos quatro e cinco dias do mês junho do ano de dois mil e três, na sala de reunião *Conselheiro Omilton Visconde*, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, realizou-se a Centésima Trigésima Primeira Reunião Ordinária do CNS. O Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima** abriu os trabalhos, cumprimentando o Colegiado e os demais presentes à reunião e convidando para compor a mesa a Secretária de Gestão do Trabalho **Maria Lúiza Jaeger**, o Secretário de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, **Luiz Fernando Silva** e a Senhora **Eliana Pontes de Mendonça**. Passou de imediato ao tema da Mesa de Negociação, destacando o caráter inconstante de seu funcionamento, desde a sua instituição em maio de 1993, com períodos de pleno ou nenhum funcionamento. Ressaltou que a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação do SUS concretizava a prioridade do Ministério da Saúde de construir uma Política de Recursos Humanos, que engloba o tema da Gestão do Trabalho e da educação na saúde no Sistema Único de Saúde por meio do processo de negociação, tendo em vista que se configurava em um Fórum privilegiado para alcançar tal objetivo. Ressaltou que a Mesa seria um espaço de negociação e discussão da temática das relações de trabalho no que se refere à interlocução entre trabalhadores e o SUS, com debates sobre Política Salarial, de Cargos, carga horária, instituição de carreiras, entre outros, bem como um espaço para tratar a Política Geral do Ministério da Saúde. Enfatizou ser fundamental a participação dos Recursos Humanos na implementação das Políticas Públicas, bem como do seu processo de elaboração e discussão. Ressaltou, ainda, que a Mesa seria um espaço privilegiado para tratar e aprofundar o processo de descentralização e inter-relação entre os entes federativos no SUS, considerando que envolveria as relações de trabalho em nível municipal, estadual e nacional, com discussão, por exemplo, de uma carreira SUS. Em seguida, concedeu a palavra à Secretária de Gestão do Trabalho **Maria Lúiza Jaeger** para que detalhasse a proposta de reinstalação da Mesa Nacional Permanente de Negociação do SUS. **Reinstalação da Mesa Nacional Permanente de Negociação Coletiva do SUS** – A Secretária de Gestão do Trabalho **Maria Lúiza Jaeger** ressaltou, a princípio, que o Governo Brasileiro estaria instalado uma Mesa Nacional Permanente de Negociação do funcionalismo federal, no Ministério de Planejamento e Orçamento e Gestão, com quatro mesas específicas para discutir os seguintes temas: **a)** questões referentes à Política Salarial para o funcionalismo – gratificações, incorporações, reposição de perdas passadas; **b)** direitos sindicais, greve, sindicalização, acesso ao trabalho, liberação do ponto; **c)** Política de Valorização do Servidor, discussões sobre a definição de carreira no serviço público, formação e qualificação profissional, entre outras; **d)** Seguridade Social dos Servidores – saúde, assistência social e política previdenciária, admitindo-se a existência de Mesas Setoriais localizadas no Ministério da Saúde, da Educação e da Previdência e Assistência Social, todas essas, com assento à Mesa Central de Negociação. Explicou que a proposta era de reativar Mesa de Negociação do Ministério da Saúde para tratar das questões específicas do Setor Saúde, nos moldes da Mesa Nacional de Negociação do SUS, instituída pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Vigésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de maio de 1993. Destacou que a Mesa estabeleceria negociação sobre os seguintes temas: **a)** NOB/RH; **b)** PCCS da Saúde (Carreira SUS); **c)** Jornada de Trabalho no SUS; **d)** Formação e qualificação Profissional; **e)** Saúde do Trabalhador da Saúde; **f)** Critérios para Liberação de dirigentes para mandato sindical; **g)** Seguridade de Servidores; **h)** Precarização do trabalho e formas de contratação e ingresso no Setor Público; **i)** Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação; **j)** Reposição da força de trabalho do SUS; e **k)** outros temas sugeridos pela própria mesa. A propósito da composição da Mesa Nacional de Negociação do SUS, explicou que seria discutida no Seminário de Negociação, a ser realizado no dia 16 de junho de 2003 e na primeira reunião da Mesa, a ser realizada no dia 17 de junho de 2003, considerando a paridade (titulares e suplentes), conforme segue: I. Ministério da Saúde: **a)** Departamento de Gestão da Educação em Saúde; **b)** Departamento de Gestão da Regulação e do Trabalho em Saúde; **c)** Coordenação Geral de Recursos Humanos do MS; **d)** Secretaria de Atenção à Saúde; e **e)** FUNASA. II. Ministério do Trabalho: uma representação. III. Ministério da Educação: uma

representação. IV. Ministério do Planejamento: uma representação. V. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS: uma representação. VI. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS: uma representação. VII. Entidade Patronal (Setor Privado): duas representações. VIII. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CNTSS: duas representações. IX. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde – CNTS: uma representação. X. Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores da Previdência, Trabalho e Saúde: uma representação. XI. Federação Nacional dos Médicos – Confederação Nacional dos Médicos: uma representação. XII. Federação Nacional dos Enfermeiros: uma representação. XIII. Federação Interestadual de Odontólogos: uma representação. XIV. Federação Nacional de Psicólogos – FENAPSI: uma representação. XV. Federação Nacional de Farmacêuticos – FENAFAR: uma representação. XVI. Confederação Nacional de Trabalhadores no Serviço Público Municipal – CONFETAM: uma representação. XVII. Outra Entidade Sindical; e XVIII. Outras Entidades que possam vir a reivindicar assento na Mesa Nacional de Negociação. Explicou que no Seminário de Negociação e na primeira reunião da Mesa de Negociação seriam discutidas as atribuições da Mesa, com elaboração de proposta de composição e atribuições a ser submetida à apreciação e deliberação do Pleno do Conselho, poder deliberativo do Sistema. Por fim, apresentou a Secretária Executiva da Mesa de Negociação **Eliane Pontes de Mendonça**. O representante do Ministério do Planejamento **Luiz Fernando Silva** agradeceu a oportunidade de participar do ato oficial de reinstalação da Mesa de Negociação do SUS, sinalizando que a ação ilustrava o processo de democratização das relações de trabalho no Setor Público, promovido pelo Governo Federal. Falou da instalação da Mesa Central de Negociação, no âmbito federal, informando que, no dia 17 de junho de 2003, os Ministros responsáveis por instalar a Mesa assinariam com as Entidades Nacionais de Servidores Federais o primeiro protocolo e o Regimento Interno de seu funcionamento, a ser publicado no Diário Oficial da União. Ressaltou que a instalação da Mesa inaugurava novo processo de relação entre os Servidores Públicos e o Estado Brasileiro. Destacou ser importante reproduzir mecanismos de negociação no âmbito da administração federal nos Estados e nos Municípios e promover a mudança de postura “*autoritária*” do administrador, sob pena de não ser possível a reconstrução do Estado Brasileiro. Chamou atenção para a iniciativa do Governo Federal de autorizar vinte mil concursos para servidores públicos federais até o mês de maio de 2003, o que representa crescimento de 5% da força de trabalho, garantindo ao Estado Brasileiro desempenhar, em especial, as funções sociais dos Estado no que se refere às áreas da educação, saúde e previdência, setores que mais sofreram com a redução drástica do aparelho do Estado nos últimos oito anos. Destacou a decisão da Casa Civil, a ser apresentada à Mesa Central de Negociação, de definir como uma das tarefas da Mesa a rediscussão da saúde do servidor da saúde, particularmente, no ambiente de trabalho. Explicou que tal decisão decorria da constatação de que 25% das aposentadorias dos servidores federais era decorrente das chamadas “*aposentadorias por invalidez*”, em função de o Setor de Recursos Humanos não possuir Política de Saúde Ocupacional para tratar de problemas de caráter pessoal e emocional dos servidores. Nesse sentido, explicou que seria constituído um Grupo de Trabalho Técnico, com o propósito de fazer levantamento da situação dos servidores federais, em parceria com o Ministério do Trabalho, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Recursos Humanos. Falou que a iniciativa era uma das medidas do Governo Federal para resolver o problema da saúde dos servidores que teria de se desdobrar na regulamentação das atividades especiais do Setor Público. Por fim, enfatizou a participação e contribuição do Ministério da Saúde na Mesa Central de Negociação e cumprimentou a iniciativa do Ministério da Saúde de reinstalação da Mesa Nacional de Negociação do SUS, considerando que contribuiria na democratização das relações de trabalho no Setor Público e na valorização do exercício da função pública. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** registrou e agradeceu a presença do Secretário de Atenção à Saúde Jorge José Santos Pereira Solla, do Chefe do Gabinete do Ministro **Antônio Alves de Souza**, dos Representantes da Organização Pan-Americana **Jacobo Finkelman** e **José Paranaguá de Santana**, do representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT **Francisco Batista Júnior**, do representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Administração Municipal **Carlos Henrique**, do representante da Internacional de Serviços Públicos **Jocélio Henrique Drummond** e dos representantes da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos **Paulo Carvalho** e **Maria de Lourdes**. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** cumprimentou a iniciativa do Ministério da Saúde de reinstalar a Mesa de Negociação do SUS, considerando que contribuiria na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores no local de trabalho. Destacou impasses nas relações de trabalho decorrentes do processo de ordenação do trabalho importantes de serem discutidos pela Mesa de Negociação, com, por exemplo, a redução do quadro de trabalhadores, a mudança na Política de RH, o impacto direto no Programa de Terceirização, a inversão da cultura gerencial e a introdução de novas tecnologias. Conselheiro **José Luiz Spigolon** cumprimentou a iniciativa do Ministério da Saúde, agradecendo, em nome dos prestadores de serviços, as duas vagas destinadas ao segmento, uma

para o Setor Privado com fins lucrativos e outra para o Setor Filantrópico. Conselheiro **Baldur Oscar Schubert** saudou o Ministro da Saúde pela reinstalação da Mesa de Negociação do SUS e reivindicou a participação do Ministério da Previdência na Mesa. Conselheiro **Diógenes Sandim Martins** cumprimentou a iniciativa de reinstalação da Mesa de Negociação, em nome da Força Sindical, considerando-a importante instrumento para desenvolver uma cultura de direito e deveres do Gestor e dos Trabalhadores. Falou dos resultados positivos da prática de negociação direta e permanente utilizada pela Força Sindical para tratar dos problemas de segurança e saúde do trabalhador nas empresas, destacando que se adequava ao modelo da Mesa de Negociação do SUS. Conselheiro **Gerônimo Paludo**, em nome dos trabalhadores, ressaltou a importância da reativação da Mesa de Negociação do SUS, sinalizando a participação da Federação Nacional dos Psicólogos. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** considerou a reinstalação da Mesa de Negociação um marco importante para a área da saúde, bem como para os profissionais de saúde. Registrou, porém, a importância da participação de representantes da Rede de Hospitais do Brasil na Mesa de Negociação, na sua opinião, o maior empregador do país na área da saúde, e dos usuários na Mesa de Negociação. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** agradeceu a presença de representantes do Ministério da Saúde no Encontro sobre Trabalho e Remuneração Médica, realizado na Estado da Bahia. Enfatizou a importância da reinstalação da Mesa de Negociação, reforçando a necessidade de participação dos usuários. Reivindicou a participação dos prestadores de serviços nas mesas-redondas do Seminário de Negociação. Conselheiro **Paulo Gilvane Lopes Pena** afirmou que a reinstalação da Mesa representava importante ação política de mudança de concepção de Estado, de Política para o funcionalismo público, bem como para os trabalhadores do SUS em geral. Teceu comentários sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde e propôs que o assunto fosse incluído na pauta de discussão da Mesa de Negociação do SUS. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** saudou o Ministro da Saúde e o Governo pela iniciativa, destacando que reafirmava a certeza de que o governo do Presidente **Luiz Inácio Lula da Silva** avançaria em todos os sentidos na Seguridade Social do povo brasileiro, particularmente dos servidores públicos. Em resposta às intervenções, a Secretária de Gestão do Trabalho **Maria Lúiza Jaeger** esclareceu que a proposta de Seminário apresentada era preliminar e os Conselheiros que desejassem poderiam apresentar sugestões até o dia seguinte. Informou que o tema “*a saúde do trabalhador na saúde*” estava pautado para discussão, mas seria melhor especificado. Disse que o Conselho Nacional de Saúde e as Entidades Sindicais seriam convidados a participar do Seminário para discutir vários aspectos relativos à Mesa, inclusive a sua composição. Esclarecidos esses pontos, o Ministro da Saúde **Humberto Sérgio Costa Lima** colocou em votação a proposta de reinstalação da Mesa de Negociação do SUS. **A proposta de reinstalação da Mesa de Negociação do SUS foi aprovada por unanimidade.** A Secretária Executiva **Eliane Aparecida da Cruz** agradeceu a presença da Representante da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM **Francisca Valda**, do Representante da Federação Nacional dos Trabalhadores em Saúde e Previdência – FENASPS **Sandro Alex**, do Representante do SINDPREVIS do Estado do Rio de Janeiro **Isac Loureiro** e da Presidente do SINDSAÚDE do Distrito Federal **Fátima Rolla**. Passou a coordenação dos trabalhos ao Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** e registrou a presença do Secretário de Atenção à Saúde Jorge José Santos Pereira Solla e o Diretor do Departamento de Assistência Especializada Ademar Arthur Chioro dos Reis. **ITEM 02 – PROJETO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA** - O Secretário de Atenção à Saúde Jorge José Santos Pereira Solla destacou que o Projeto de Urgência e Emergência configurava-se em um dos Projetos Estratégicos do Ministério da Saúde, a ser desencadeado no ano de 2003. Informou que a discussão sobre o Projeto foi iniciada na última reunião da Tripartite e seria continuada na reunião do dia 26 de junho de 2003. Falou da “*incapacidade*” da Rede SUS para tratar da problemática dos grandes centros urbanos no que se refere às causas externas enquanto causa de morbi e mortalidade, invalidez, incapacidade, entre outras. Nesse sentido, ressaltou que o Projeto possuía vários componentes, que se articulariam, com o propósito de redimensionar a oferta e organização das Redes de Urgência e Emergência das principais cidades do Brasil, com proposta de implantá-lo a partir do mês de agosto de 2003. Esclarecidos esses pontos iniciais, passou a palavra ao Diretor do Departamento de Assistência Especializada Ademar Arthur Chioro dos Reis para apresentação da proposta. O Diretor do Departamento de Assistência Especializada Ademar Arthur Chioro dos Reis ressaltou que o Projeto estava em fase de discussão com atores envolvidos na questão. Ressaltou que o Projeto buscava, em um primeiro momento, colocar em prática o Sistema Nacional de Atenção às Urgências, priorizando, a princípio, dois componentes: Pré-hospitalar: Serviço de Atendimento Móvel às Urgências e a Qualificação da Retaguarda de Terapia Intensiva. A propósito do componente do Serviço de Atendimento Hospitalar Móvel, destacou que o objetivo era organizar o Sistema Municipal de Atenção às Urgências, de acordo com a NOAS/SUS e a Portaria GM/MS nº 2.048/02, que regulamenta os diferentes componentes do Sistema Nacional de Urgência. Sinalizou o problema de organização da assistência à saúde e de retaguarda aos serviços de Atenção Básica à

175 Saúde, destacando o propósito do Projeto de Assistência Pré-hospitalar Móvel de qualificar e organizar  
176 o Sistema de Urgência, a partir da implantação de Centrais Médicas de Regulação das Urgências,  
177 integradas às Centrais de Regulação do Sistema que permitam: **a)** a regulação das solicitações da  
178 população e do Sistema; **b)** a regulação do Setor Privado de Atendimento, previsto na Portaria nº  
179 2.048/02 e na Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.529/98; e **c)** a regulação dos  
180 profissionais da área de segurança – Companhias de bombeiros, policiais rodoviários e outros –  
181 acatando as determinações da regulação médica e trabalhando de forma integrada, de modo a  
182 construir a idéia de Comando Único do Sistema Nacional de Atenção às Urgências. A propósito da  
183 regulação dos profissionais da área de segurança, explicou que o Projeto envolvia as situações de  
184 regate de trauma, bem como outras situações de emergência. Explicou que o Sistema Nacional de  
185 Urgências era composto por três componentes: **a)** componente pré-hospitalar fixo referente às ações de  
186 urgência atendidas pela Rede Básica de Saúde e Unidades do Programa Saúde da Família e pelas  
187 Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências; **b)** componente pré-hospitalar móvel  
188 referente às ações de urgência atendidas nas Unidades de Suporte Básico e de Suporte Avançado; e **c)**  
189 componente hospitalar formado pelas Unidades de Pronto Socorro, pela definição das referências  
190 hospitalares e pela retaguarda na área de terapia intensiva. Destacou que o Projeto de Atendimento  
191 pré-hospitalar Móvel funcionaria a partir dos seguintes conceitos: **a)** atendimento como  
192 responsabilidade da área da saúde; **b)** 192 como número nacional de acesso exclusivo ao Sistema de  
193 Atenção Pré-hospitalar Móvel; e **c)** lógica de vaga zero – o atendimento tem de ser prestado,  
194 independente da existência ou não de leitos vagos. Destacou estarem previstas quatro etapas para o  
195 Projeto relacionadas à disponibilidade orçamentária e financeira do MS, às distintas realidades  
196 socioeconômicas e geográficas, ao grau de organização da Rede e ao perfil de morbi mortalidade da  
197 população, sendo: **a)** 1º momento: Capitais e Municípios em gestão plena, com mais de 100 mil  
198 habitantes (considerando que o Projeto pressupõe a capacidade do Gestor de ter a gestão do Sistema)  
199 e implantação de Núcleos de Educação e Urgência nas regiões metropolitanas brasileiras – previsão de  
200 implantação em 2003; **b)** 2º momento: Municípios com menos de 100 mil habitantes em regiões  
201 metropolitanas – previsão de implantação em 2003; **c)** 3º momento: Municípios com população menor  
202 que 100 mil habitantes, não metropolitanas; **c)** 4º momento: Municípios com baixa densidade  
203 demográfica e de difícil acesso. A propósito da abrangência do Projeto, destacou que no primeiro  
204 momento seriam habilitados 151 Municípios em gestão plena com população maior que 100 mil  
205 habitantes – 19 Capitais e 132 Municípios, com cobertura populacional de 57 milhões de habitantes  
206 (com a habilitação da Capital de São Paulo em gestão plena do sistema o número passaria a 60  
207 capitais, correspondente a 67 milhões de habitantes). Para implementação das etapas, explicou que o  
208 Ministério da Saúde teria de adquirir 650 equipes de suporte básico – veículos de suporte básico, 150  
209 equipes de suporte avançado – veículos de suporte avançado, reformar 112 centrais de regulação e  
210 garantir recursos para implementação de 39 Núcleos de Educação e Urgência. Explicou que o  
211 parâmetro utilizado para aquisição das Unidades de Suporte foi: uma Unidade de Suporte Básico para  
212 cada 100 a 150 mil habitantes e uma Unidade de Suporte Básico para cada 400 a 450 mil habitantes.  
213 Disse que estava prevista a alocação de R\$ 105.710.000,00 para o ano de 2003, destinado à aquisição  
214 de ambulâncias de suporte básico e avançado e seus respectivos equipamentos, compra de  
215 equipamentos das Centrais de Regulação, construção/reforma e aquisição de equipamentos para os  
216 Núcleos de Educação e Urgência e formação de multiplicadores/instrutores. Disse que seria iniciada  
217 discussão com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional de  
218 Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS sobre a proposta do Ministério da Saúde de custeio de  
219 50% do custo previsto de cada Unidade de Suporte e os outros 50% custeado por Estados e  
220 Municípios. Assim, do gasto mensal de R\$ 25.000,00 das Unidades de Suporte Básico, o Ministério da  
221 Saúde custearia R\$ 12.500,00, bem como a metade do custo das Unidades de Suporte Básico – R\$  
222 55.000,00 – e das Centrais de Regulação – R\$ 54.660,00 – por meio de repasse Fundo a Fundo.  
223 Ressaltou que os repasses para investimento e custeio serão destinados exclusivamente ao  
224 financiamento de serviços públicos municipais de saúde. A propósito do processo de implantação do  
225 Projeto, explicou que no mês de junho de 2003 seriam realizadas reuniões com a Câmara Técnica da  
226 Tripartite e no mês de julho de 2003 seria realizado Seminário Nacional com gestores municipais e  
227 estaduais e promovida articulação com o Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária e Defesa Civil para  
228 fazer os ajustes necessários no Projeto, a fim de lançá-lo oficialmente no mês de agosto ou setembro  
229 de 2003, com publicação da Portaria aprovada pelo CNS e pela Tripartite. Apresentado o Projeto de  
230 Assistência Pré-hospitalar Móvel, submeteu à apreciação do Pleno a Política do Ministério da Saúde  
231 para a Área de Terapia Intensiva. Citou alguns parâmetros de planejamento definidos na Portaria nº  
232 1.101/02, profundamente questionada por estabelecer parâmetros de planejamento complexos,  
233 utilizados no Brasil: **a)** leitos hospitalares – mínimo: dois leitos e meio por mil habitantes – máximo: três  
234 leitos por mil habitantes; e **b)** leitos de UTI – mínimo: 4% dos leitos hospitalares – máximo: 10% dos

leitos hospitalares. Chamou atenção para o déficit de leitos de UTI no país, considerando o parâmetro ideal de 17.688 e o parâmetro atual do SUS de 14.036. Explicou que, a partir de análise técnica sobre os leitos de UTI, constatou-se que 65 instituições, algumas delas desde 2001, aguardavam a decisão de inclusão de tetos financeiros de Estados e Municípios para cadastramento de leitos de UTI, totalizando 614 leitos. Frente à situação, apresentou as seguintes ações imediatas para a Área de Terapia Intensiva: **a)** credenciamento de todos os 614 leitos solicitados ao MS; **b)** busca ativa junto às Secretarias Estaduais de Saúde de leitos com possibilidade de instalação imediata: 1.244 leitos até julho de 2003 e 375 ao longo do primeiro semestre de 2004; e **c)** previsão de aumento de teto para custeio dos novos leitos para Estados e Municípios – leitos até julho: 1.858, total de leitos até o 1º semestre de 2004: 2.233. Apresentou a situação de leitos de UTI por Região, sendo: **a)** Região Sul: única com sobra de leitos - 11, considerando o mínimo de 4% leitos; **b)** Região Norte: falta de 1.557 leitos; **c)** Região Nordeste: falta de 1.875 leitos; **d)** Região Centro Oeste: falta de 86 leitos; e **e)** Região Sudeste: falta de 144 leitos. Explicou que o aumento de 2.233 leitos novos de UTI, em fase de cadastramento e implementação para funcionamento junto às Secretarias Estaduais e Municipais, faria com o número de leitos passasse de 14.036 leitos para 16.269, com sobra de 655 leitos na Região Centro Oeste, 187 leitos na Região Sul, 284 leitos na Região Sudeste, porém a Região Norte continuaria com déficit de 889 leitos e a Região Nordeste com 1.655. Frente às desigualdades regionais no que se refere aos leitos de UTIs, apresentou as seguintes propostas: **a)** implantação do Componente Pré-hospitalar – Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências; **b)** ação integrada com Estados e Municípios; **c)** formulação de Política para a Área de Terapia Intensiva; **d)** custeio; e **e)** investimento: equipamentos, estrutura física, Recursos Humanos – qualificação e formação/redistribuição de vagas de residência médica. Ressaltou que 23% da população brasileira, correspondente a 40 milhões de habitantes, estavam cobertas por Planos de Saúde e 77% dependiam dos serviços do SUS, assim, caso fossem incorporados os leitos de UTIs privados, o Sistema passaria a ter uma sobra de 5.223 leitos. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** cumprimentou o Projeto de Urgência/Emergência e teceu comentários sobre o Projeto de Sistema de Atendimento Pré-hospitalar implementado no Distrito Federal em 1995, similar ao apresentado, que teve resultados positivos, mas não pode avançar por falta de apoio do Ministério da Saúde e de disponibilidade de equipes preparadas no Corpo de Bombeiros e na área de segurança. Propôs a divulgação do número 192 como referência para o atendimento no ensino primário, fundamental e médio. Ressaltou a importância de garantir o resgate por via aérea e, nesse, ressaltou ser fundamental a participação do Ministério dos Transportes e da INFRAERO na discussão do Projeto. A propósito da Política para a Área de Terapia Intensiva, lembrou que o aumento dos leitos de UTIs do SUS no Distrito Federal não foi possível em virtude de questões estruturais. Por fim, destacou ser fundamental a participação do profissional de saúde da área de enfermagem para o funcionamento das UTIs. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** saudou a iniciativa de apresentar a planilha orçamentária dos Projetos, destacando a importância de também submeter à apreciação do Pleno a sua execução. Endossou a colocação do Conselheiro **Elias Fernando Miziara** sobre a importância dos profissionais enfermeiros e de outros profissionais da saúde para o funcionamento dos leitos. Mostrou preocupação com a previsão de lançamento do Projeto no mês de agosto/setembro de 2003, considerando ser fundamental a capacitação de Recursos Humanos a fim de garantir a implementação do Programa. Sugeriu que o título *Central Médica de Regulação de Urgências* fosse substituído por outro que apresentasse a idéia de que as ações de saúde são intersetoriais – médicos, enfermeiros, auxiliares, entre outros. Por fim, ressaltou a importância de o CNS agir de forma mais incisiva sobre a questão do trauma e violência, considerando a perda de vidas e o gasto de 14% do PIB. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** mostrou-se entusiasmado com o Programa, considerando que se tratava de uma Política Social de impacto efetivo na solução de problemas emergentes da população. Ressaltou a importância de consultar especialistas na área, antes da aquisição das ambulâncias, a fim de observar a adequação técnica dos equipamentos. Chamou atenção para a desigualdade regional no que se refere ao número de leitos de UTIs, ressaltando a importância de reverter esse quadro. Enfatizou a necessidade de unir esforços para implementação do Programa, propondo a rediscussão da contrapartida de Estados e Municípios e do critério de gestão plena para habilitação no Projeto. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** parabenizou o Projeto Urgência/Emergência, destacando a importância de o transporte/atendimento nos veículos de suporte básico e avançado ser feito de forma humanizada. Destacou que a ampliação de leitos de UTIs implicava na necessidade de ampliar e garantir leitos de apoio para pacientes que saíam do tratamento intensivo e, nesse sentido, perguntou se estava prevista a ampliação de leitos pós-UTI. Em resposta às intervenções, o Diretor do Departamento de Assistência Especializada Ademar Arthur Chioro dos Reis esclareceu que o Atendimento Pré-hospitalar Móvel era um sistema para atendimento de todas as urgências – clínicas, obstétricas, traumáticas, cirúrgicas e psiquiátricas. Ressaltou ser fundamental a integração com os vários Ministérios, a fim de garantir a implementação e funcionamento do Projeto.

Destacou que já existia no Brasil profissionais qualificados no que se refere ao Sistema de Emergência e que trinta Municípios brasileiros cumprem os pré-requisitos para participarem do Projeto. Disse que os leitos apontados pelas Secretarias Estaduais seriam vistoriados por Equipe Técnica de Alta Complexidade do MS para analisar se preenchiam os requisitos a fim de serem credenciados. Falou do compromisso do Ministério da Saúde e de todo o Governo com a Gestão Democrática e da importância de o CNS conhecer o custo do Projeto e o seu impacto nos orçamentos futuros da saúde. Explicou que o lançamento oficial do Projeto estava previsto para o mês agosto/setembro de 2003 porque havia Municípios que preenchiam os requisitos estabelecidos para habilitação. A propósito do nome do Projeto, destacou que levaria a discussão para o conjunto de técnicos, mas seria necessário explicitar definição clara de Central de Regulação de Urgências. Explicou que o protocolo de atendimento da Central de Regulação estabelecia critérios técnicos para escolha de atendimento a ser disponibilizado. Explicou que a especificação técnica das Unidades e Centrais de Regulação tem por base a Portaria GM/MS nº 2.048/02, resultado de contribuição da sociedade e segmentos. Afirmou que o redimensionamento regional era uma das prioridades do Ministério da Saúde e, para isso, ressaltou a importância de investimentos financeiros e qualificação de Recursos Humanos. Destacou que o Projeto era de atenção integral às urgências e, nesse sentido, seria promovida discussão para definir um conjunto de políticas e estratégias que garantissem a humanização. Sinalizou a implementação de Unidades Intermediárias como um desafio a ser superado e, nesse sentido, destacou que uma parte considerável dos prontos-socorros municipais das cidades de médio e grande porte tinha condições de criar leitos de cuidados intermediários. A propósito, informou que estava em fase de conclusão proposta de reestruturação da Terapia Intensiva e Cuidados Intermediários que seria submetida à apreciação e discussão no CNS posteriormente. O Secretário de Atenção à Saúde Jorge José Santos Pereira Solla destacou que o Projeto refletia o acúmulo de discussão sobre a normatização do Sistema de Urgência e as experiências municipais. Explicou que o processo de implementação do Projeto se daria por adesão dos Municípios, por meio da apresentação de Projeto de reorganização da urgência e emergência. Enfatizou a necessidade de iniciar debate sobre a contrapartida de Estados e Municípios, destacando a importância de a Política definir mecanismos que garanta a sua implementação. Lembrou que o Projeto possuía vários componentes e, nesse sentido, ressaltou a importância de incorporar uma Política de Redução de Acidentes de Trânsitos e articular suas ações com a área de urgência e emergência. Conselheiro **José Américo Fontes** cumprimentou o Projeto de Urgência/Emergência, destacando que resgatava a idéia do Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência – SAMDU, extinto há anos. Sinalizou a importância de unir o Projeto à Política de Hierarquização e Territorialização e promover a ligação entre o serviço de urgência e emergência e a Atenção Básica. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** parabenizou a iniciativa do Ministério da Saúde e propôs que o Projeto tratasse de forma específica a questão das urgências ao parto. Sugeriu, ainda, que as ações fossem articuladas a medidas de prevenção de acidentes, de acordo com as realidades regionais, concentrando esforços na diminuição das causas de urgência e emergência. Levantou a possibilidade de o Ministério da Saúde disponibilizar recursos para auxiliar os Municípios na elaboração dos seus projetos o que, na sua opinião, diminuiria o tempo de tramitação dos mesmos. Ressaltou a importância de concentrar esforços na manutenção dos equipamentos, considerando o seu alto custo. Propôs, por fim, que o Projeto recebesse o nome de *“Programa Nacional de Atenção à Urgência”*. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** parabenizou a equipe do Ministério da Saúde pela iniciativa, considerando que se tratava de uma resposta a problemas da população relativos à área da saúde e configurava-se em grande avanço para cumprimento de uma parte da Política de Redução da morbi mortalidade por trauma e violência, fixada pelo CNS. Ressaltou ser imprescindível para solução dos problemas, principalmente relativos a serviços de urgência em áreas metropolitanas, o compartilhamento decisório dos Municípios que integram a área e a participação da autoridade estadual. Nesse sentido, falou da proposta de criação de autoridades sanitárias metropolitanas para tratar de problemas de articulação e comunicação entre Municípios. Teceu comentários sobre a iniciativa do Estado do Rio de Janeiro de promover articulação com os bombeiros para atendimento de urgência e emergência e os resultados positivos dessa cooperação. Propôs a divulgação da idéia do Projeto como gerador de emprego e sugeriu, ainda, que a capacitação de profissionais prevista fosse combinada a certificação profissional e ao Programa de Primeiros Socorros. Conselheiro **Paulo Gilvane Lopes Pena** destacou que a mudança da concepção de Estado implicava em uma Política de geração de empregos. Nesse sentido, falou de discussão no âmbito do Ministério da Saúde sobre a proposta de primeiro emprego, desenvolvida também pelo Ministério dos Transportes. Considerou a importância de se registrar os atendimentos de acidentes de trabalho feitos pelo Sistema de Urgência e Emergência, considerando que forneceria informações epidemiológicas importantes no que se refere aos acidentes de trabalho para o Sistema Previdenciário e Jurídico. Sugeriu, nesse sentido, que a proposta fosse apresentada a CIST para que apresentasse sugestões para resolver a problemática do registro de acidentes de trabalho. Ressaltou

também a importância de promover amplo debate sobre a questão dos acidentes ampliados. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** solicitou que a Secretaria de Atenção à Saúde acolhesse as contribuições do Ministério do Trabalho e Emprego ao Projeto. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** parabenizou o Projeto, sugerindo que divulgasse o SUS, por meio de logomarca do Sistema. Solicitou que fosse disponibilizado o relatório com número de UTIs por Estado, a fim de que o Controle Social e os Movimentos Comunitários contribuam para resolver as divergências no âmbito estadual. Perguntou sobre as iniciativas para resolver o déficit de leitos de UTI na região Norte e Nordeste. Conselheiro **Rogério Carvalho Santos** cumprimentou a iniciativa, destacando que se tratava de uma Política integrada pois garantia a qualificação do Sistema de Urgência e Emergências e a diminuição de morbi e mortalidade nos grandes centros urbanos e nas regiões metropolitanas. Enfatizou a necessidade de se trabalhar com conceito de Redes Assistenciais – Urgência e Emergência, Hospitalar, de Média Complexidade, entre outras - articulado ao conceito de complexos regulatórios - que promovam a articulação de leitos hospitalares com a capacidade de regaste pré-hospital móvel e fixo e a assistência ambulatorial - para garantir o acesso aos serviços com equidade, a partir do critério de necessidade para garantia do acesso. Pediu esclarecimentos sobre o critério para definição de recursos para os Municípios e o limite para o atendimento da população. Conselheiro **Diógenes Sandim Martins** mostrou satisfação frente à proposta, destacando a iniciativa de ampliação de leitos de UTIs. Ressaltou a importância de o Programa ter impacto na população e, nesse sentido, ressaltou ser fundamental que haja tempo hábil para discussão com a sociedade civil e os demais setores envolvidos na questão. A propósito, sugeriu a realização de Seminário ampliado sobre o Projeto para apresentação de contribuições e propostas de atenção e combate à violência. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** propôs que fosse aprofundada discussão sobre a relação do Projeto de Urgência/Emergência com a Política Saúde de Atenção Básica, considerando a intervenção de forma intersetorial e integrada. Conselheiro **Gianni Franco Samaja** pediu esclarecimentos sobre a previsão de assistência à população rural. Em resposta às intervenções, o Diretor do Departamento de Assistência Especializada Ademar Arthur Chioro dos Reis destacou que o Projeto seria construído a partir das realidades locais, o que garantiria o atendimento às zonas urbanas e rurais. Nesse sentido, explicou que o currículo mínimo de capacitação estaria sendo redesenhado, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho, a fim de garantir a capacitação das equipes de profissionais de saúde a partir dos agravos e dos fatores de risco permanentes de cada Região. Ressaltou que o Projeto teria de ser integrado à lógica da Atenção Básica, com investimento na Média Complexidade e na Rede de Retaguarda que receberia o paciente após o atendimento na unidade de urgência e emergência. A propósito da manutenção dos equipamentos, esclareceu que havia previsão de recurso para tal fim o que se configurava em uma iniciativa inédita. Disse que submeteria o nome para o Programa, apresentado pelo Conselheiro **Clóvis A. Boufleur**, à equipe técnica, porém defendeu a proposta de Sistema, considerando que integrava Estados, Municípios e Sociedade na construção de uma Política para a Área. Ressaltou que nos pactos de organização do Sistema teriam de estar expresso o compromisso das Secretarias Estaduais, das referências hospitalares, do Conselho Estadual e da Bipartite, tendo em vista ser imprescindível ao Sistema de Urgência a pactuação de termos de responsabilidade de cada ator envolvido. Endossou a proposta de dimensionar o Projeto como gerador de emprego e de divulgador do SUS e de discussão sobre a certificação profissional. Chamou atenção para as contribuições apresentadas pelo Conselheiro **Paulo Gilvane Lopes Pena** sobre registros de acidentes de trabalho e articulação com a CIST, destacando que o primeiro contato com uma série de doenças de notificação compulsória seria feita pela equipe de resgate e seria possível realizar integração com a vigilância epidemiológica. Falou da iniciativa, prevista no Projeto, de acabar com a fila de transplante de córnea até o final de 2004, explicando que, para isso, o sistema de resgate seria integrado para fazer a captação precoce. Informou que seria possível disponibilizar o relatório de UTIs por Estado, com dados relativos à ampliação do número de cada um. Ressaltou que garantir a atenção integral era tarefa do Ministério da Saúde, dos Governos Estaduais e das Secretarias Municipais e, nesse sentido, falou do desafio de concretizar o Ministério Único da Saúde. Destacou que o impacto da Política de Urgência/Emergência dependeria, dentre outros fatores, da adesão das Secretarias Estaduais e Municipais. Por fim, agradeceu os elogios e o apoio ao Projeto, declarando se tratar de uma iniciativa coletiva no que se refere à formulação, implementação, avaliação e correção de rumos. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** Coordenador da Mesa colocou em votação o Projeto de Urgência/Emergência. **O Projeto de Urgência/Emergência foi aprovado por unanimidade e foi delegada à Comissão de Trauma e Violência do CNS a tarefa de acompanhar o seu processo de finalização.** **ITEM 03 – INFORMES DA TRIPARTITE** – O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite **Cipriano Maia Vasconcelos** apresentou informes ao Pleno do Conselho sobre a Reunião Intergestores Tripartite, realizada no mês de maio de 2003, que discutiu os seguintes temas: I. Habilitação de Municípios: habilitados 181 Municípios em Gestão Plena de Atenção Básica e 11 Municípios em Gestão Plena de Sistema



Municipal nos meses de abril e maio de 2003. II. Qualificação de Estados e Municípios para o recebimento do Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs: qualificados 10 Estados e 101 Municípios nos meses de abril e maio de 2003. III. Certificação de Estados e Municípios à Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças: certificados 17 Municípios nos meses de abril e maio de 2003. IV. Apreciação da defesa apresentada pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal: aprovada a proposta de criação de um GT Tripartite para analisar, até a próxima reunião da CIT, a documentação e se manifestar sobre as propostas de superação feitas pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal **Arnaldo Bernardino Alves**, constantes no documento *Defesa da Manutenção da Gestão Plena da SES/DF*. Explicou que dificilmente a CIT homologará a desabilitação do Distrito Federal. V. Incentivo Financeiro para os Agentes Comunitários de Saúde e Equipe de Saúde Bucal: aprovadas as seguintes propostas do Ministério da Saúde: **a)** definição de sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao PSF; **b)** estabelecimento de dois tipos de incentivos financeiros vinculados à atuação dos agentes comunitários de saúde; **c)** atualização do incentivo das equipes de Saúde Bucal do PSF e revisão dos parâmetros de cobertura do Saúde Bucal no PSF; e **d)** constituição de Comissão para elaborar e propor estratégias de integração e unificação das ações da Atenção Básica. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS ressaltou a importância de elaborar um Plano Nacional de Saúde Bucal. VI. Terapia Renal Substitutiva: concedido reajuste emergencial de 5% nos procedimentos de Diálise Peritoneal, Hemodiálise, Hemodiálise II, a partir da Competência de junho de 2003 e constituído GT para reestruturar a Política Nacional de Atenção aos Portadores de Doenças Renais. VII. Plano Nacional de Saúde Penitenciário: propostas em discussão na Comissão de Acompanhamento do Plano: **a)** incorporação de Municípios na execução do Plano; **b)** revisão na Política de Financiamento do Plano mudando o pagamento *per capita* para pagamento por equipes de saúde. VIII. Consultas Especializadas: aprovadas as seguintes propostas: **a)** aumento das consultas especializadas para R\$ 7,55 em unidades públicas de Estados e Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema; **b)** definido prazo de sessenta dias para que o Ministério da Saúde apresente a CIT um plano com estratégias e estudo para a aplicação de recursos novos previstos no Orçamento da União na correção de tetos financeiros; e **c)** definição e inclusão do papel e responsabilidade dos Estados e Municípios, quanto à função de regulação, na proposta de atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. Conselheiro **Rogério Carvalho Santos**, Representante do CONASEMS no CNS, ressaltou que as iniciativas do Ministério da Saúde dos últimos cinco meses atendiam a demandas de gestores municipais e estaduais acumuladas dos últimos quatro anos. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se a questão do Distrito Federal seria submetida à discussão do Pleno do CNS e pediu esclarecimentos sobre o desdobramento do Plano de Saúde Bucal. A propósito da questão do Distrito Federal, Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** esclareceu que se reuniu com a Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** para analisar os documentos relativos à situação do Distrito Federal, porém, observou-se que o CONASEMS e Tripartite não chegaram a uma conclusão sobre o tema. Nesse sentido, ressaltou a importância de o Pleno do Conselho definir o encaminhamento para a questão. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** pediu esclarecimentos sobre a discussão na Tripartite acerca da saúde indígena. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** perguntou quais eram os critérios para disponibilização de incentivos e pediu esclarecimentos sobre a política de atenção à saúde dos policiais. A propósito da questão do Distrito Federal, o Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite **Cipriano Maia Vasconcelos** ressaltou a importância de o Conselho avançar na discussão sobre o tema, utilizando como subsídio o relatório de defesa do Distrito Federal e a avaliação do documento feita pelo Ministério da Saúde, tendo em vista que a avaliação da Tripartite não foi concluída. A respeito da questão da Saúde Bucal, lembrou que foi proposta a criação de Comissão para propor diretrizes que auxiliariam na elaboração do Plano para a área. Sobre a Saúde Indígena, sinalizou o problema da interação do Subsistema de Saúde Indígena com o SUS e, nesse sentido, falou da proposta do Ministério da Saúde de reestruturar a Política de Saúde Indígena. A respeito do incentivo para agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal, esclareceu que o Ministério repassava recursos aos Municípios sob a forma de incentivo para o pagamento dos agentes de saúde. No que se refere ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, destacou se tratar de uma iniciativa do Governo que tratava especificamente do setor. Destacou que o CNS poderia promover discussão sobre os serviços de saúde para as corporações que eram de responsabilidade do Gestor Estadual. **ITEM 04 – RESOLUÇÃO CNS Nº 33/92 –** Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** iniciou os trabalhos do período da tarde, convidando o Grupo de atualização da Resolução CNS nº 33/92 para compor a mesa. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** assumiu a coordenação dos trabalhos e fez um resgate do processo de discussão e atualização da Resolução CNS nº 33/92 que apresenta diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, lembrando que o CNS aprovou, no mês de novembro de 2002, a Resolução CNS nº 319 que se configurava em revisão da Resolução CNS nº 33/92. Explicou que, após aprovação da Resolução CNS



nº 319/02, a Comissão recebeu três sugestões de alteração: **a)** recurso assinado pela representação das Entidades Médicas e pelo representante do COSEMS, referente à organização do Conselho, que propõe a inclusão do trecho “*contemplando as Entidades Médicas*” (em consonância com o Decreto nº 1.448, de 06 de março de 1995), alínea “I”, inciso III, Terceira Diretriz; **b)** sugestão da Conselheira **Zilda Arns Neumann** de inclusão de item que dispõe sobre a função de Conselheiro ser de relevância pública; e **c)** proposta da Plenária de Conselhos do Paraná de constituição de uma mesa-diretora de trabalho do Conselho. Explicou que a Comissão discutiu as propostas encaminhadas e tomou os seguintes encaminhamentos: **a)** aprovar a sugestão da Conselheira **Zilda Arns Neumann**: inclusão de inciso X na Terceira Diretriz; **b)** submeter à discussão e deliberação do Conselho o recurso do COSEMS e das Entidades Médicas; e **c)** aprovar a idéia de mesa-diretora – vincular a proposta à idéia de coordenação-geral no CNS. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas**, Coordenadora do GT que trabalhou a atualização da Resolução CNS nº 33/92, chamou atenção para o envolvimento das três instâncias do Controle Social na discussão da Resolução CNS nº 33/92. Falou da importância de discutir a Resolução CNS nº 319/02, a partir da nova conjuntura política e da nova visão de Estado. Ressaltou o caráter *ad hoc* das Resoluções, ressaltando que funcionavam enquanto contribuíam na construção do Sistema. Teceu comentários sobre o trabalho da Comissão, destacando a contribuição da ex-Conselheira do CNS **Zenite Freitas** que consolidou as propostas relativas à Resolução. Disse que o propósito da Comissão era garantir que a Resolução CNS nº 33/92 regulamentasse o Sistema de Controle Social – Municipal, Estadual e Nacional. A propósito das sugestões encaminhadas à Comissão, teceu comentários sobre a sugestão de instituir uma mesa-diretora, destacando que a proposta possuía opiniões distintas entre os Estados. Lembrou que no CNS havia uma Comissão de Coordenação Geral – CCG, com o propósito de “*facilitar*” os trabalhos do CNS, desempenhando a função da mesa-diretora, sem dirigir. Enfatizou que a postulação das Entidades Médicas e a proposta de constituição de mesa-diretora configuravam-se em questões políticas que deveriam ser discutidas no Plenário do Conselho. Solicitou que no momento oportuno fosse concedida a palavra ao Coordenador da Plenária Nacional de Conselhos e Conselheiro do Estado de Minas Gerais **Paulo Roberto V. de Carvalho** para que apresentasse as demandas das Plenárias. A componente da Comissão da atualização da Resolução CNS nº 33/92 **Zenite Freitas** lembrou que a Resolução CNS nº 319/02 era um consolidado das discussões nos Municípios e Estados, na 11ª Conferência Nacional de Saúde, bem como na 11ª Plenária Nacional de Conselhos. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro**, componente da Comissão de atualização da Resolução CNS nº 33/92, afirmou que em nenhum momento a representação dos médicos manifestou desejo de ficar fora do segmento dos trabalhadores e, nesse sentido, ressaltou a importância de trabalho conjunto dos profissionais da área da saúde. Destacou que a Resolução CNS nº 319/02 era um parâmetro de composição de todos os Conselhos de Saúde e, caso não apresentasse destaque sobre as Entidades Médicas, a representação dos médicos ficaria impossibilitada de participar dos Conselhos por conta dos debates e das críticas constantes ao segmento. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** concedeu a palavra ao Conselheiro do Estado de Minas Gerais **Paulo Roberto V. de Carvalho**, representante da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos. O representante da Coordenação Nacional da Plenária de Conselhos **Paulo Roberto V. de Carvalho** agradeceu o espaço, esclarecendo que a 11ª Plenária Nacional de Conselhos promoveu ampla discussão sobre a Resolução CNS nº 33/92 e a questão das Entidades Patronais representarem usuários e decidiu que as referidas entidades deveriam representar outro segmento que não fosse dos usuários. Manifestou posição contrária à proposta de destaque às Entidades Médicas, considerando a importância de garantir representações mais gerais e evitar o corporativismo. Defendeu a proposta de definição de mesa-diretora paritária, eleita pelos componentes dos Conselhos, tendo em vista as realidades estaduais e municipais. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Junior** perguntou se a opinião apresentada pelo Conselheiro **Paulo Roberto V. de Carvalho** sobre a proposta de especificação das Entidades Médicas era de ordem pessoal ou representava a opinião das Plenárias. Conselheiro **Paulo Roberto V. de Carvalho** explicou que a questão foi discutida nos grupos de trabalho da Plenária e que foi aprovado o texto “*Entidades de Trabalhadores, Associações e Sindicatos que representam os trabalhadores de saúde*”, sem especificação das Entidades Médicas. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** abriu as inscrições e pactuou o tempo de três minutos para as intervenções. Conselheiro **José Luiz Spigolon** apresentou destaque ao inciso II, alínea “c”, da Terceira Diretriz, apresentando a seguinte proposta de redação “*25% de representação de governo, entidades de prestadores de serviços com ou sem fins lucrativos*”. Propôs, também, o acréscimo do termo “*privado*” após a palavra “*prestadores*”, na última linha do caput da Terceira Diretriz e, também, após a palavra “*prestadores*”, alínea “p”, inciso II, Terceira Diretriz. Por fim, manifestou apoio à proposta de especificação das Entidades Médicas. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** cumprimentou o trabalho da Comissão e agradeceu por ter incorporado a sugestão da Conselheira **Zilda Arns Neumann**. Citou o inciso I, da Quarta Diretriz, ressaltando a importância de especificar e tratar da questão dos Presidentes

dos Conselhos de Saúde. Teceu comentários sobre o inciso XII, da Quarta Diretriz, ressaltando a importância de especificar os atos deliberativos do CNS, explicando que o Conselho se manifestava por meio de deliberações, recomendações e moções, sendo as Resoluções deliberações do Conselho. Manifestou-se favorável à proposta de especificação das Entidades Médicas, bem como ao destaque dos demais segmentos dos Profissionais de Saúde que assim desejassem. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** defendeu que a recomendação da 11ª Conferência Nacional de Saúde de criação de coordenação colegiada, com a função de dirigir as atividades dos Conselhos, constasse da Resolução CNS nº 319/02. Propôs a supressão do trecho “*conselhos locais de saúde*”, do caput da Primeira Diretriz, a fim de evitar “*problemas*” futuros, tendo em vista o fato de existirem Conselhos Distritais, Gestores e Regionais não explicitados na Resolução. Manifestou apoio à proposta de instituição da mesa-diretora e falou da quebra de paridade no momento em que o Ministro da Saúde manifesta o seu direito de voz e voto. Sugeriu que a especificação das Entidades Médicas fosse expressa no Regimento Interno. Conselheiro **José Américo Fontes** teceu comentários sobre a importância da participação dos médicos nos Conselhos de Saúde e, nesse sentido, defendeu a proposta de especificar as Entidades Médicas na Resolução CNS nº 319/02. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que a Resolução CNS nº 319/02 apresentava diretrizes para criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde e o Regimento Interno o seu desdobramento. Nesse sentido, defendeu a proposta de não especificação das Entidades Médicas na Resolução CNS nº 319/02, e, na sua opinião, deveriam ser contempladas todas as categorias de trabalhadores da área da saúde nos Regimentos Internos dos Conselhos, que definiriam os segmentos participantes. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** defendeu a manutenção do trecho “*conselhos locais de saúde*” e propôs o acréscimo dos demais Conselhos - Distritais, Regionais e Gestores. Ressaltou a importância de se considerar a especificidade da organização da assistência à saúde e o protagonismo do médico no que diz respeito ao cuidado à saúde, sobretudo na ação liderada pelo Ministério da Saúde. Disse que a recusa do papel de destaque do profissional de medicina, entre os demais profissionais da saúde, poderia resultar em desvio do ponto de vista concreto da Gestão do SUS. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** apresentou a seguinte proposta de redação para a alínea “i”, inciso III, Terceira Diretriz “*de Conselhos, Federações e União de Entidades Comunitárias e Associações de Moradores*”. Sugeriu a supressão do trecho “*em saúde*”, alínea “e”, inciso III, Terceira Diretriz. Manifestou-se favorável à especificação das Entidades Médicas, nos termos da alínea “i”, inciso III, Terceira Diretriz. Endossou a proposta de criação de mesa-diretora, ressaltando a importância de garantir que seja eleita pelos membros do Conselho. Manifestou apoio à proposta de o Presidente do Conselho ser eleito pelos seus membros, considerando que se tratava de recomendação das últimas Conferências de Saúde e contribuiria na democratização da participação popular. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** ressaltou que a representação dos médicos era contra o corporativismo, mas a favor da organização da corporação. Defendeu a proposta de especificação da representação dos médicos, a fim de garantir a participação dos médicos nos Conselhos de Saúde. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** propôs que o termo “*portadores de patologia*” fosse substituído por “*portadores de doenças ou enfermidades*”, explicando que “*patologia*” é a ciência que estuda as doenças e não a doença em si. Endossou a proposta de especificação das Entidades Médicas e, nesse sentido, relatou a experiência no Conselho Gestor do Hospital de Base de Brasília que, após articulação, deixou de fora a categoria médica do Conselho. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** manifestou-se no sentido de ressaltar a importância da participação dos médicos nos Conselhos de Saúde e reafirmou a sua proposta de a participação e representação das entidades serem discutidas no Regimento Interno. A propósito da representação dos usuários ser feita por Entidades Patronais, destacou que a Resolução do CNS nº 36 determinava a inclusão das entidades representativas dos empresários na representação dos usuários. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** chamou atenção para as contribuições do FENTAS, enquanto Controle Social, sinalizando a importância da participação de representações médicas no Fórum. Conselheiro **Francisco das Chagas Dias Monteiro** esclareceu que não era pleito das Entidades Médicas ficar fora do segmento dos trabalhadores de saúde e do FENTAS. Ressaltou que apesar das divergências, salutar no processo de pactuação, todos os profissionais da saúde estavam unidos em prol da defesa do SUS. Enfatizou a importância do trabalho multiprofissional e defendeu, como forma de garanti-lo, a especificação das Entidades Médicas. Conselheiro **Rogério Carvalho Santos** defendeu a importância de considerar os médicos como ator importante no debate do Controle Social, porém apresentou a ressalva de que tais profissionais poderiam ter avançado na discussão de aspectos relativos a construção do SUS. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** solicitou a anuência do Pleno para a intervenção do Coordenador da Plenária Nacional de Conselhos. O Coordenador da Plenária Nacional de Conselhos **Paulo Roberto V. de Carvalho** considerou que, na prática, a participação das Entidades Médicas nos Conselhos Estaduais de Saúde não seria vetada. Apresentou a posição da Plenária Nacional de Conselhos de discutir e redefinir a representação dos trabalhadores e dos usuários. Enfatizou a

importância da participação das entidades patronais na construção do SUS, mas não na representação dos usuários. Por fim, ressaltou a necessidade de se considerar o documento das Plenárias Regionais e Municipais na discussão suscitada. A componente da Comissão de atualização da Resolução CNS nº 33/92 **Zenite Freitas** destacou que a Resolução CNS nº 319/92 definia diretrizes gerais para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde – Nacional, Estaduais e Municipais – e o Decreto nº 1.448/95 referia-se apenas ao Conselho Nacional de Saúde, assim, a especificação das Entidades Médicas não cabia na Resolução, mas sim nos mecanismos de organização dos Conselhos – Lei de Composição e Regimento Interno. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** ressaltou que as Entidades Médicas não tinham problemas, de nenhuma ordem, com o FENTAS ou qualquer Fórum que reúna todos os profissionais de saúde. Consultou o Plenário sobre a possibilidade de conceder a palavra ao Presidente da Federação Nacional dos Médicos **Éder Murari Borba**. O Presidente da Federação Nacional dos Médicos **Éder Murari Borba** solicitou espaço, no segundo dia de reunião, para apresentar ao Pleno do Conselho a *Carta dos Médicos à Nação Brasileira*, oriunda do X Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado na semana anterior, em Brasília. Explicou que o documento fazia menção à luta dos médicos pela defesa do SUS e apontava a necessidade de todos atores envolvidos na questão da reforma sanitária brasileira serem contemplados em todos os Fóruns. Chamou atenção para a importância de garantir a participação das entidades médicas nos Conselhos de Saúde, considerando o momento de inclusão do país. Afirmou ser imprescindível à construção do SUS um pacto político entre todas as profissões da área da saúde. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** destacou que a discussão suscitada no Pleno do Conselho contribuía para o aprimoramento da proposta apresentada pela Comissão, porém sinalizou a falta de consenso sobre as questões polêmicas referentes à especificação das entidades médicas, entidades patronais na representação de usuários e eleição da mesa-diretora. Consultou o Plenário sobre a possibilidade de colocar as propostas em votação. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** propôs que, primeiramente, fossem colocadas em votação as mudanças apresentadas pela Comissão e, em seguida, as propostas e emendas apresentadas na reunião. O Colegiado acolheu o encaminhamento apresentado pelo Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur**, assim, a Componente da Comissão de discussão da Resolução CNS nº 33, **Zenite Freitas**, colocou em votação as seguintes propostas: II. Entidades Médicas: a) não especificação das entidades médicas na alínea “I”, inciso III, Terceira Diretriz: 4 votos a favor; b) especificação das entidades médicas – inclusão do trecho “*contemplando as Entidades Médica (em consonância com o Decreto nº 1.448, de 06 de março de 1995)*” nos termos da alínea “I”, inciso III, Terceira Diretriz – proposta aprovada com 11 votos a favor e duas abstenções. II. Sugestão da Conselheira Zilda Arns Neumann: inclusão de inciso X, da Terceira Diretriz, nos seguintes termos: “*A Função de Conselheiro é de relevância pública e portanto, garante dispensa do trabalho sem prejuízo para o Conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho*” – proposta foi aprovada por unanimidade; e III. Mesa-diretora: a) proposta da Comissão de Atualização da Resolução CNS nº 33/92: inclusão de inciso VII, na Quarta Diretriz nos seguintes termos: “*Dentre as Comissões de caráter Permanente deverá ser constituída uma Comissão de Coordenação-geral, paritária, com o objetivo de encaminhar as decisões e deliberações da Plenária do Conselho*”; e b) proposta da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de eleição de mesa-diretora do Conselho. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** explicou que a Comissão considerou o fato de a mesa-diretora criar hierarquização dentro do Conselho. Nesse sentido, esclareceu que a proposta da Comissão era conferir maior organicidade à Comissão de Coordenação Geral do Conselho que teria as mesmas funções da mesa-diretora. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que a Comissão de Coordenação Geral trabalhava na organização dos dados das ações a fim de que o Pleno dirigisse o Conselho, por outro lado, a mesa-diretora dirigia o Conselho exercendo o papel de “ente” de deliberação maior do Pleno do Conselho. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** destacou que a proposta de mesa-diretora não excluía a proposta de maior organicidade à Comissão de Coordenação Geral, nesse sentido, propôs que fosse colocado em votação o inciso VII e, em seguida, a proposta de instituição de mesa-diretora. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** defendeu a inclusão do trecho “*eleita pelo Pleno do Conselho*” após a palavra “*paritária*”, do inciso VII, Quarta Diretriz, a fim de garantir que a Comissão de Coordenação Geral fosse eleita pelo Plenário do Conselho. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** defendeu a proposta de mesa-diretora paritária - composta por dois usuários, um prestador de serviço e um profissional de saúde, submetida hierarquicamente ao Plenário, com o propósito de organizar e dirigir as reuniões, considerando que não influa no poder deliberativo do Pleno do Conselho. Na sua opinião, os Secretários de Saúde deveriam ser os presidentes dos Conselhos a fim de comprometê-los a participar das reuniões dos Conselhos. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** destacou que a paridade da mesa diretora se daria a partir da representação de todos os segmentos: três usuários, um prestador de serviço, um Governo e um profissional de saúde. A propósito da mesa-diretora e a presidência do Conselho, perguntou como ficaria a situação do Presidente do Conselho eleito pelo

Pleno, tendo em vista a importância de garantir a participação do Presidente do Conselho nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que a definição da mesa-diretora seguisse a Deliberação nº 004 da Plenária de Conselhos que define o total de quatro ou seis representantes eleitos de forma paritária. A componente da Comissão de atualização da Resolução CNS nº 33/02 **Zenite Freitas** destacou que a questão da mesa-diretora era polêmica nos Estados e Municípios e, nesse sentido, a proposta da Comissão era de definir a constituição de Comissão permanente e paritária, com o objetivo de encaminhar as deliberações do Pleno. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** perguntou como ficaria o Presidente do Conselho na Comissão de Coordenação Geral. A componente da Comissão de atualização da Resolução CNS nº 319/02 **Zenite Freitas** explicou que a Comissão seria eleita pelo Plenário do Conselho. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou a importância de o Presidente do Conselho, eleito pelo Pleno do Conselho, participar da mesa-diretora ou da Comissão de Coordenação Geral. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** perguntou qual proposta atendia melhor às preocupações do Plenário: mesa-diretora ou Comissão de Coordenação-geral. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** destacou que as atribuições da mesa-diretora e da Comissão de Coordenação-geral eram distintas e, nesse sentido, solicitou que o Coordenador da Plenária Nacional de Conselhos **Paulo** apresentasse o documento da Plenária que trata das atribuições da mesa-diretora. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que fosse definida a questão da figura do Presidente do Conselho e, em seguida, da mesa-diretora. Nesse sentido, apresentou a seguinte proposta: **inclusão de trecho no final do caput da Terceira Diretriz nos seguintes termos “sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião Plenária”. A proposta foi aprovada por unanimidade.** Conselheiro **Ciro Mortella** solicitou declaração de voto, a fim de questionar se o Pleno do Conselho destituiria o seu atual Presidente, em virtude da proposta aprovada de o Presidente do Conselho ser eleito entre os seus membros. Nessa lógica, perguntou se o atual Ministro da Saúde era membro do Conselho. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** disse que o processo de recomposição do Conselho seguia a seguinte lógica: discussão da Resolução CNS nº 33/92, recomposição do CNS, Lei de Criação do CNS e Regimento Interno do CNS. Assim, os termos aprovados na diretriz seriam incorporados progressivamente pelo Conselho. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** disse que alguns Conselhos como o CONANDA e o Conselho de Assistência Social elegiam o seu Presidente entre os seus pares. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou a sugestão da 10ª Plenária Nacional de Conselhos sobre a mesa-diretora: eleita entre os seus membros titulares, em reunião Plenária do Conselho, por meio de voto aberto, podendo o gestor concorrer ao cargo de Presidente ou coordenador, com composição paritária - representação de 50% de usuários em relação aos demais segmentos. Nesse sentido, apresentou duas propostas ao Colegiado: **a)** junção das propostas da Comissão de Atualização da Resolução CNS nº 33/92 e da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos, considerando a sugestão da 10ª Plenária; ou **b)** propostas colocadas em votação separadamente. O Colegiado aprovou a proposta de junção das propostas da Comissão de Atualização da Resolução CNS nº 33/92 e da Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos e formou grupo de Conselheiros para elaborar redação e apresentar ao Pleno. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** submeteu à apreciação e deliberação do Colegiado a redação elaborada pelo Grupo: **“O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação-geral ou Mesa-diretora, respeitando a paridade expressa nessa Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador”.** A proposta foi aprovada. A componente da Comissão de atualização da Resolução CNS nº 33/92 **Zenite Freitas** submeteu à apreciação e discussão as sugestões apresentadas pelo Pleno do Conselho: I. Primeira Diretriz: inclusão do trecho **“regionais e locais de saúde sob a coordenação dos Conselhos do nível correspondente”** após o trecho **“(…) também em Conselhos (...)”**, no caput da Diretriz. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou a inclusão de **Conselhos Distritais**. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** endossou a proposta de inclusão de **Conselhos Distritais**. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** ressaltou a importância de a Primeira Diretriz contemplar os Conselhos Distritais Indígenas. Considerando as sugestões, A componente da Comissão de atualização da Resolução CNS nº 33/92 **Zenite Freitas** apresentou a seguinte proposta de redação para a Primeira Diretriz: **inclusão do trecho “regionais, locais distritais de saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos do nível correspondente”** após o trecho **“(…) também em Conselhos (...)”** – proposta aprovada. II. Terceira Diretriz: **a)** inciso II, alínea “c”: nova redação nos seguintes termos **“25% de representação de governo e de prestadores privados de serviços com ou sem fins lucrativos”** – proposta aprovada; **b)** inciso III, alínea “a”: substituição da expressão **“portadores de deficiência”** por outra **“mais adequada”** – mantida a expressão **“portadores de patologia”**, considerando ser uma terminologia amplamente divulgada; **c)** inciso III, alínea “e”: exclusão do termo **“em saúde”** - que o movimento de mulheres se manifestasse sobre a proposta de exclusão do trecho; **d)** inciso III, alínea “i”: substituição da expressão **“de organização de moradores”** por **“de Conselhos, Federações e Uniãos de Entidades Comunitárias e Associações de Moradores”** – proposta

aprovada; e) Inciso III, aliena “o”: retirar as entidades patronais do segmento dos usuários – manter o item e promover discussão sobre o segmento que as entidades patronais participariam; e f) Inciso III, alínea “p”: inclusão do termo “*privados*” após o termo “*prestadores*”. Aprovada a proposta. III. Quarta Diretriz: substituição do termo “*Resoluções*” por “*deliberações*” - mantido o termo “*Resoluções*”, considerando ser amplamente utilizado e pautar a discussão sobre o assunto. Definidos esses pontos, a Secretária Executiva do CNS colocou em votação a proposta de atualização da Resolução CNS nº 33/92, considerando as propostas de alterações apresentadas. **A proposta de atualização da Resolução CNS nº 33/92 foi aprovada por unanimidade.** Aproveitou a oportunidade para informar que a Resolução nº 316 do CNS, renumerada para Resolução nº 322/2003 e assinada pelo Ministro da Saúde, foi encaminhada para a publicação no Diário Oficial. **ITEM 05 – RECOMPOSIÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE** – Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** propôs que a discussão sobre a recomposição do Conselho fosse transferida para a 132ª Reunião Ordinária do CNS, tendo em vista o avançar da hora e a importância de todo o Plenário participar da sua discussão. A Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** ressaltou a importância de o Plenário apresentar encaminhamento para a questão, ainda que o tema não fosse discutido na reunião, tendo em vista o prazo de 03 de julho de 2003 para o CNS apresentar proposta de sua recomposição, conforme definição do Decreto nº 4.699, de 19 de maio de 2003, e o fato de o mandato do Conselho atual expirar em 31 de agosto de 2003. Lembrou que fora enviado material aos Conselheiros com decisões das 9ª e 10ª Conferências de Saúde e Conferências Temáticas sobre composição do CNS, bem como a proposta de composição do CNS, aprovada em 1998, para auxiliar na discussão da composição do CNS. Informou que a Secretaria Executiva do CNS tem recebido demandas de segmentos pleiteando a participação no CNS. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** propôs que o dia 02 de junho de 2003, primeiro da 132ª Reunião Ordinária do CNS, fosse destinado à discussão da recomposição do Conselho. A Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** propôs que fosse constituída Comissão paritária, composta por quatro componentes, para trabalhar e apresentar uma proposta de recomposição do Conselho e/ou tratar das questões polêmicas sobre o tema como: **a)** delimitar as entidades que participariam do CNS ou deixar de maneira mais ampla, exemplo: Centrais Sindicais ou CUT; **b)** aumentar (ou não) o número de Conselheiros do CNS e de que forma fazer; **c)** manter ou não a representação de Segundos Suplentes; e **d)** necessidade (ou não) de as entidades que realizaram eleição para o mandato atual promoverem outra eleição, a partir da proposta de recomposição do CNS, a ser definida. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** destacou como questão polêmica os membros de livre nomeação. A Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** informou que o Ministro da Saúde não concordava com a indicação de membros de livre nomeação. **A proposta de constituição de Comissão para elaborar proposta de recomposição do Conselho foi aprovada por unanimidade.** A Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** informou sobre a Cerimônia de Posse do CONASEMS, a ser realizada no Clube do Exército, Setor de Clubes Sul, às 19h30. **Após discussão e indicação de representantes dos segmentos, constituiu-se a Comissão composta pelos Conselheiros: Carlos Alberto Ebeling Duarte, Jesus Francisco Garcia, Maria Eugênia C. Cury e um representante dos Prestadores de Serviço, a ser definido, para elaborar e apresentar proposta de recomposição do Conselho na reunião dos dias 02 e 03 de junho de 2003.** A Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** iniciou o segundo dia de reunião informando sobre contrato com o OPAS e consultando o Plenário sobre a possibilidade de utilizar o recurso para contratação de equipe de comunicação para o CNS. O Pleno manifestou concordância. Disse que apresentaria proposta de aditivo necessário à contratação e prestação de contas na reunião dos dias 02 e 03 de junho de 2003. Os Conselheiros **Elias Fernando Miziara e Rosane Lowenthal** assumiram a coordenação dos trabalhos do período da manhã destinado à discussão do Plano Plurianual. **ITEM 06 – PLANO PLURIANUAL – PPA** – O Secretário de Planejamento e Orçamento **Valcler Rangel Fernandez** recuperou o processo de discussão do PPA no Ministério da Saúde, destacando que se encontra na etapa de definição de Programas e ações que, posteriormente, seriam traduzidos em recursos. Nesse sentido, disse que na reunião ordinária dos dias 02 e 03 de julho de 2003, provavelmente, seriam submetidos à apreciação e deliberação do Pleno os Programas e Ações com a proposta de orçamento do Ministério da Saúde. Teceu comentários sobre as Plenárias Estaduais realizadas com o propósito de receber contribuições e o resultado positivo deste processo. Esclarecidos esses pontos iniciais, o Pleno decidiu por discutir e aprovar os Objetivos Setoriais um a um e, na reunião dos dias 02 e 03 de junho de 2003, discutir os Programas e Ações com a sua configuração financeira. O Secretário de Planejamento e Orçamento **Valcler Rangel Fernandez** passou à apresentação dos Objetivos Setoriais: **01. Promover a equidade na atenção integral à saúde, aprimorando os mecanismos de financiamento, reduzindo as desigualdades regionais e ampliando o acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados.** Aprovado por consenso. **02. Efetivar a atenção básica como porta de entrada do cidadão no SUS – com a expansão e aperfeiçoamento da estratégia de saúde da família –, promovendo a articulação com os demais**

níveis, de modo a garantir a integralidade no atendimento. Discussão sobre o sentido da expressão “demais níveis”. Encaminhamento: rever a redação do termo a fim de defini-lo: níveis de atenção, de governo. Aprovado o encaminhamento com uma abstenção. **03. Reorganizar a atenção especializada, visando garantir a integralidade da atenção, com a definição do papel dos hospitais na rede assistencial, a inversão da lógica de pagamento por procedimento para a de agravos prioritários, a estruturação de rede de atenção às urgências e o incremento do Sistema Nacional de Transplantes.** O Colegiado manifestou dúvida sobre a finalidade do objetivo. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento **Valcler Rangel Fernandez** esclareceu que a finalidade do objetivo setorial era propor a mudança da lógica de financiamento dos procedimentos de alta e média complexidade, pagos por procedimento, para uma lógica de pagamento a ser definida, como, por exemplo, pagamento de forma global. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** ressaltou a importância de a atenção à saúde ser integral e, nesse sentido, mostrou-se contrário à utilização do termo “agravos prioritários”, destacando que os hospitais teriam de atender todos os agravos, sem prioridades, salvo em casos de endemias. Mostrou preocupação com a proposta de mudança de modelo de financiamento, sem definição clara do modelo almejado. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** propôs que a ideia de inversão da lógica de pagamento por procedimento fosse atenuada de modo a expressar a ideia de revisão e estudo de novas formas de financiamento. Reconheceu ser importante a estruturação da rede de atenção às urgências e o incremento do Sistema Nacional de Transplantes, porém perguntou qual o critério utilizado para definir tais prioridades, tendo em vista a necessidade de implementação de uma Política de Medicamentos Excepcionais, de Combate a AIDS e outras endemias como hanseníase, tuberculose. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** falou da falta de sequência de tratamento fora do domicílio e, nesse sentido, propôs que o objetivo garantisse o diagnóstico após a consulta. O Colegiado concedeu a palavra ao Secretário de Saúde do Piauí **José Nazareno Cardeal Fonteles** e o Conselheiro **Gerônimo Paludo** solicitou que a fala do Secretário contasse, na íntegra, em Ata. O Secretário de Saúde do Piauí **José Nazareno Cardeal Fonteles** manifestou-se nos seguintes termos: “Bom dia a todos. O assunto é muito polêmico e nós vivenciamos no Estado do Piauí uma situação excepcional, pois os hospitais públicos, principalmente da capital, têm profissionais remunerados pela Universidade, pelo Estado, pelo velho INAMPS, com acúmulo de pagamento por procedimento. Nós temos de estruturar a carreira do SUS para garantir a dedicação integral dos profissionais e evitar que, dentro de um mesmo hospital, tenha vários modelos de remuneração, com diferentes tipos de profissionais – a elite e a base. Nós falamos muito em equidade no âmbito do SUS, mas o modo como são tratados os profissionais dentro dos hospitais, inclusive do ponto de vista de remuneração, é um desastre, pois não há regularização de contratos, nem definição de autônomo liberal ou assalariado. Eu considero importante a inversão da lógica de pagamento por procedimento. Nós, os médicos, acumulamos alguns privilégios ao longo da história e temos dificuldade de estarmos inseridos na lógica do SUS, pois, ao mesmo tempo, tendemos para a visão de autônomo liberal e, geralmente, queremos as duas coisas – tempo integral e dedicação exclusiva dentro dos hospitais universitários e consultório próprio. Não há fiscalização que consiga controlar esta situação. Nós temos a ação incisiva dos promotores na falta de um medicamento excepcional, mas não temos no caso de morte de uma criança por diarreia ou infecção respiratória aguda. Isso acontece porque o modelo não está atendendo. É hora de nós termos a coragem de definir a estruturação da carreira do SUS como objetivo e garantir o seu financiamento pelo SUS, a fim de que os profissionais sejam cada vez mais dedicados ao Sistema de Saúde. A partir daí a discussão sobre a inversão da lógica de pagamento passa a ser secundária, pois os hospitais deixarão de ter a visão por procedimento e teremos a equidade do tratamento de todos os profissionais de saúde que servem tanto nas Unidades de Saúde quanto no Programa Saúde da Família e demais níveis. Obrigado”. Conselheiro **José Luiz Spigolon** manifestou sua opinião sobre a questão da inversão da lógica de pagamento nos seguintes termos “Eu gostaria de esclarecer que o pagamento hoje é feito por meio de uma média de valores fixa, independente da permanência do paciente no hospital, mas a AIH de paciente que não atendeu a 50% da permanência média estabelecida não é paga. O REFORSUS, no ano de 2002, financiou o levantamento de custo nacional de três lotes de hospitais selecionados. A PLANISA, empresa de São Paulo especializada em levantamento de custos hospitalares, ganhou um lote de vinte hospitais - incluídos os hospitais filantrópicos, os privados lucrativos e hospitais públicos de todos os níveis; um grupo da Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, recebeu também um lote com vinte hospitais e o terceiro grupo ganhou mais um lote - todos os hospitais distribuídos pelo território nacional, independente de região. Eu tenho um trabalho entregue ao atual Ministro da Saúde que faz referência ao trabalho de levantamento de custos dos hospitais (este trabalho desapareceu e as empresas que realizaram o levantamento têm cláusula contratual de sigiloso determinando que, por três anos, os dados não podem ser divulgados). Eu tenho o resultado de alguns hospitais filantrópicos porque as empresas estavam autorizadas a fornecer os dados levantados. Em um determinado hospital que realiza transplante renal, dos 25 transplantes realizados no período alvo, o SUS remunerou R\$

10.900 da área de serviços hospitalares, R\$ 213 de UTI, R\$ 3.465, em média, de SEDT e R\$ 4.819,50 de serviços profissionais, totalizando R\$ 19.486,46. O custo unitário de cada procedimento, na média dos 25 transplantes renais realizados, foi de R\$ 17.742,47, portanto, na alta complexidade, o resultado positivo do hospital, no que se refere aos 25 transplantes realizados, foi, em média, R\$ 1.743,99. No caso do parto normal, uma das maiores ocorrências no sistema, foram analisados 229 partos, com média de custo dos partos de R\$ 704,57 e remuneração do SUS de R\$ 205 o que resulta em R\$ 499,57 de déficit para o hospital. Há outros 105 procedimentos levantados que estão de posse do Ministério da Saúde. Para o setor dos prestadores de serviços, a inversão da lógica de pagamentos é extremamente interessante, pois na alta complexidade os custos dos hospitais são contemplados de forma razoável, mas na média e baixa complexidade, que consiste na maioria dos hospitais, há uma defasagem brutal, com descumprimento da Lei nº 8.080/90 que determina a manutenção do equilíbrio econômico dos contratos. Gostaria de salientar que a lógica do Código 7 de remuneração dos médicos é uma questão complicada que merece ampla discussão, porque os hospitais filantrópicos e lucrativos têm muita dificuldade em reverter à situação do pagamento do Código 7, criado pelo antigo INAMPS. Há pareceres jurídicos que estabelecem a possibilidade de o Governo ter um grande passivo trabalhistas com os médicos por terem holerites e receberem formalmente. Apesar de longa data, não foi possível resolver a questão da inversão da lógica de pagamento do profissional médico no Sistema Público de Saúde. Uma das determinações positivas seria a inversão por contrato de metas em que as preocupações colocadas fossem contempladas. Nós temos um vasto material para contribuir com essa questão e inúmeras experiências". Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** ressaltou a importância de o tema modos de pagamentos ser pautado para discussão no Plenário para apresentação de propostas que atendam as preocupações e problemas levantados. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** registrou a ausência de representante do Ministério da Saúde na discussão do PPA e solicitou providências nesse sentido. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento **Valcler Rangel Fernandez** ressaltou que cada um dos Objetivos Setoriais foi debatido a exaustão com as Secretarias do Ministério. A propósito do critério utilizado para definir o Sistema Nacional de Transplantes como prioridade, explicou que dados demonstravam que o Brasil poderia realizar maior número de transplante do que realizado atualmente e que, para isso, seria necessário uma série de medidas como articulação com o setor privado e a mudança de pagamento, com focalização. Além disso, considerou-se que endemias como a AIDS e hanseníase, eram tratadas por Programas específicos. Disse que não seria possível discutir a formulação dos Objetivos Setoriais, a ser encaminhada ao Congresso Nacional, na reunião do CNS dos dias 02 e 03 de junho de 2003, em virtude dos prazos institucionais do Governo. Ressaltou que na reunião ampliada do Colegiado, que seria realizada no dia 06 de junho de 2003, seriam apresentadas as considerações do Conselho em relação aos Objetivos Setoriais. Conselheiro **José Américo Fontes** endossou a proposta de discutir e implementar uma carreira SUS. Após contribuições, o Colegiado aprovou a proposta de encaminhamento do Conselheiro **Ciro Mortella** e constitui um grupo composto pelos Conselheiros **José Carvalho de Noronha**, **José Luiz Spigolon** e **Ciro Mortella** para elaborar e apresentar nova proposta de redação ao terceiro Objetivo Setorial, com base nas contribuições apresentadas. **04. Promover a atenção à saúde de grupos populacionais vulneráveis e de portadores de patologias e necessidades especiais, por meio de adoção de medidas que contribuam para a sua qualidade de vida.** Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** solicitou que no desdobramento do Objetivo, fossem incluídas Ações dirigidas aos portadores de deficiência e patologia, considerando que eram apresentadas apenas para a população indígena. O Subsecretário de Planejamento e Orçamento **Valcler Rangel Fernandez** esclareceu que algumas ações, por estarem em fase de discussão e finalização, não foram incluídas na proposta apresentada. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** solicitou que o termo "portadores de patologias e necessidades especiais" fosse substituído por "por portadores de deficiências e patologias", habitualmente utilizado. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** convidou o Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde **Antônio Alves de Souza** para compor a mesa. O Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde **Antônio Alves de Souza** reafirmou a importância do papel do Controle Social e das contribuições do Pleno do Conselho ao PPA que seriam consideradas pelo Ministério da Saúde. Desculpou-se pela não participação de representante do Ministério em toda a reunião e, nesse sentido, ressaltou ser fundamental discutir a questão da representação do Ministério da Saúde na recomposição do CNS. **05. Reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, mediante a intensificação de ações de caráter preventivo curativo, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.** Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** solicitou que o termo "populações mais expostas" fosse substituído por "população mais vulneráveis", habitualmente utilizado. Conselheira **Maria Natividade G. S.T. Santana** solicitou que o Objetivo fosse redigido a partir do inciso II, art. 7º, da Lei nº 8.080/90, acrescentando ações e serviços individuais e coletivos, entre outros. Acordou-se que a Conselheira apresentaria proposta de redação



ao item. **06. Fortalecer a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, nas três esferas de governo, no que se refere à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental em saúde, de forma a ampliar a sua efetividade na resposta aos surtos, epidemias, situações de calamidade pública e outras emergências epidemiológicas.** Conselheiro **José Carvalho de Noronha** ressaltou a importância de o item expressar o conceito mais amplo de vigilância à saúde de “*inteligência*” do Sistema Nacional de Saúde e não restringi-la à resposta a situações de calamidade pública e outras emergências epidemiológicas. Proposta aprovada. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** propôs a inclusão do trecho “*a saúde do trabalhador*”. Conselheiro **Jorge Salim Waquim** propôs que, a exemplo do Ministério da Agricultura, o Pleno não detalhasse os Objetivos Setoriais, a fim de deixá-los o mais abrangente possível. **07. Melhorar a qualidade dos ambientes e prevenir e tratar doenças e agravos decorrentes do processo de trabalho.** Conselheira **Maria Helena Baumgarten** solicitou que o objetivo tratasse dos agravos decorrentes da utilização de agrotóxicos por trabalhadores rurais. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** sugeriu a inclusão da palavra “*acidentes*” após “*prevenir*”. Conselheiro **Diógenes Sandim Martins** apresentou a seguinte proposta de redação ao Objetivo “*Melhorar e garantir a qualidade dos ambientes, prevenir acidentes e tratar doenças decorrentes do processo de trabalho*”. **08. Promover o acesso à assistência farmacêutica e aos insumos estratégicos, nos diversos níveis da assistência à saúde, observando as especificidades e as prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e adotando medidas que favoreçam a redução dos preços.** Conselheiro **Ciro Mortella** propôs a substituição do termo “*preços*” por “*custos*”, justificando que o Ministério da Saúde buscava a “*redução de custos*” e não “*redução de preços*”. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento **Valcler Rangel Fernandez** destacou ser meta do Ministério da Saúde a criação de mecanismos – como a farmácia popular – para efetivar a diminuição de preços, em articulação com outros setores. Conselheiro **Ciro Mortella** destacou que o Ministério da Saúde teria de reduzir o custo para promover o acesso aos medicamentos, tendo em vista que a redução de preço referia-se a mercado. Ressaltou que o “*preço*” para o usuário ter “*acesso à assistência farmacêutica e aos insumos estratégicos, nos diversos níveis da assistência à saúde*” era zero, mas para o Estado representava “*custo*” enorme que precisava ser reduzido. Ressaltou que a “*interferência no mercado*” não se configura em Política Pública de Saúde. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** destacou ser fundamental que o Ministério garantisse uma política de redução de preços para os usuários. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** defendeu a interferência do Ministério da Saúde na política de redução de custos e preços dos medicamentos, a fim de garantir o acesso da população à medicação. Conselheiro **Ciro Mortella** ressaltou que a redução de preços de bens essenciais era parte da política global do PPA e não de um objetivo setorial específico. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** destacou que o investimento em ciência e tecnologia era anterior à política de redução de preços. O Chefe de Gabinete do Ministro **Antônio Alves de Souza** afirmou ser fundamental a redução de preços dos medicamentos e, nesse sentido, falou da negociação para reduzir os impostos e facilitar a aquisição dos medicamentos por usuários do SUS. Aprovada a inclusão da palavra “*custos*”. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu a inclusão da palavra “*garantir*” após “*promover*”. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** propôs a inclusão do trecho “*com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME*”, a fim de garantir a programação de medicamentos. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento **Valcler Rangel Fernandez** discordou da proposta apresentada, propondo que fosse promovida ampla discussão sobre a RENAME, inclusive na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** defendeu a inclusão do trecho, lembrando que a RENAME, parte integrante da Portaria da Política Nacional de Medicamentos, era a matriz orientadora dos medicamentos no país. O Colegiado acatou a proposta da Secretária Executiva **Eliane Aparecida da Cruz** de os objetivos setoriais contemplarem a questão da Farmácia Popular, Lista de Medicamentos (RENAME) e dos temas serem pautados para discussão no Pleno do CNS. **09. Fomentar ações de saneamento básico voltadas à prevenção e ao controle de doenças.** Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** propôs acréscimo da palavra “*Sistema*” antes da expressão “*saneamento básico*”. Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** sugeriu o acréscimo do termo “*ambiental*” após a expressão “*saneamento básico*”. **10. Integrar a rede do SUS ao Fome Zero, utilizando a capilaridade desta rede para apoiar o desenvolvimento das ações e articulando os Programas de Saúde aos do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar.** Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** propôs a inclusão do trecho “*e outros Ministérios*” no final do objetivo, considerando que o Programa Fome Zero envolvia todos os Ministérios. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** sugeriu a inversão da ordem do início da frase que passaria a “*Integrar o Fome Zero à Rede do SUS*”, a fim de evitar a focalização do SUS que é universal. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento **Valcler Rangel Fernandez** manifestou-se desfavorável à proposta de inversão da ordem da frase, destacando que a proposta era acoplar o SUS à Política do Fome Zero. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** defendeu a proposta de inversão da frase, explicando que o SUS era universal e estava hierarquicamente acima do PPA e a rede era capilarizada e estava em todos os Municípios, assim não

podiam ser integrados ao Programa. Nesse sentido, propôs a substituição do termo “integrar” por “articular”. O Colegiado concordou com a necessidade de reformular a redação do item, considerando as contribuições da Conselheira **Clair Castilhos Coelho**. **11. Formular e implementar a Política Nacional de Ciência e Tecnologia orientada para o fortalecimento do SUS e a melhoria da saúde coletiva, articulando e integrando as diversas instituições afins.** Conselheiro **Ciro Mortella** questionou se era atribuição do Ministério da Saúde “formular e implementar a Política Nacional de Ciência e Tecnologia” e, caso fosse, perguntou se daria. Conselheiro **José Américo Fontes** ressaltou a importância de valorizar as tecnologias nacionais. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** esclareceu ao Conselheiro **Ciro Mortella** que, conforme a Lei nº 8.080/90, a formulação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde é parte integrante do SUS e, nesse sentido, sugeriu o acréscimo da expressão “em saúde”. Ressaltou que o objetivo apresentava visão restrita da atribuição da Política de Ciência e Tecnologia em Saúde, assim, seria necessário reformulá-lo. Propôs o acréscimo da frase “orientadas por padrões éticos e equidade”. Consenso sobre a necessidade de reformular a redação do objetivo, considerando as preocupações do Colegiado. **12. Garantir a devida segurança, eficácia e qualidade dos produtos, insumos, serviços e ambientes de interesse para a saúde pública.** **13. Combater adulterações de produtos, concorrências desleais e disfunções técnicas, bem como apoiar as medidas voltadas à prevenção do meio ambiente visando à proteção da saúde do consumidor.** Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** sugeriu que o termo “saúde do consumidor” fosse substituído por “saúde do usuário”. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento **Valcler Rangel Fernandez** sugeriu que o termo “consumidor” fosse substituído por “cidadão”, tendo em vista que se evitou a utilização do termo “usuário” no texto do PPA. Aprovada a proposta. **14. Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando e fiscalizando as operadoras do setor, inclusive quanto as suas relações com prestadores e usuários.** Conselheiro **Maria Natividade G. S. T. Santana** propôs a substituição da palavra “inclusive” por “principalmente” e a inclusão da palavra “trabalhadores” ao final da frase. Aprovada a proposta. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** destacou que o objetivo definia atribuição da Agência e, nesse sentido, propôs a inclusão do trecho “articular planos e seguros de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde”. Aprovada a proposta. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** solicitou a inclusão do termo “prestadores”. **15. Aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, de modo a efetivar o comando único do Sistema em cada esfera de governo e aprimorar o processo de descentralização progressiva de recursos, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais de saúde.** Conselheiro **Geraldo Adão Santos** propôs que fosse definido mecanismo para garantir a execução do décimo quinto Objetivo Setorial por parte do gestor. Em relação à proposta, o Subsecretário de Orçamento e Planejamento **Valcler Rangel Fernandez** explicou que os mecanismos para efetivar o objetivo seriam discutidos nos Programas e Ações. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** solicitou a inclusão do termo “regionais” após a palavra “demandas”. **16. Fortalecer a gestão democrática do SUS, reforçando as instâncias formais, ampliando a participação e a capacitação dos diversos segmentos da sociedade para o exercício do Controle Social e implantando mecanismos de defesa dos direitos dos cidadãos no Sistema.** Aprovado por consenso. **17. Envolver e garantir a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, assegurando a sua valorização profissional, fortalecendo a democracia nas relações de trabalho e promovendo a regulação das profissões, para a efetivação da atuação solidária, humanizada e de qualidade.** Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** propôs a inclusão do trecho “com a criação do Plano de cargos e carreiras do SUS e com base nos princípios da NOB” após a frase “assegurando a sua valorização profissional”. **18. Construir e implementar uma Política de Educação para o SUS, enfocando a mudança na formação superior e técnica das profissões da saúde e sua educação permanente e a inserção da temática da saúde na escola básica, bem como realizando a educação para a gestão das Políticas Sociais.** Conselheiro **Geraldo Adão Santos** propôs que o objetivo contemplasse a questão do Sistema de Informação e Comunicação. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** propôs que o objetivo fosse dividido em dois, tendo em vista que tratava de temas distintos, assim o primeiro objetivo trataria da questão do currículo da escola básica e o segundo da formação dos profissionais de saúde. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** solicitou que o termo “técnica” fosse substituído por “educação profissional de nível técnico”. Ressaltou a importância de os Objetivos expressarem a necessidade de implantar e implementar uma Política de Recursos Humanos, com base nas diretrizes e nos princípios aprovados pelo Controle Social. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** propôs destaque à implantação da NOB/RH nos Objetivos o que, na sua opinião, facilitaria a discussão dos Programas e Ações. O Chefe de Gabinete do Ministro **Antônio Alves de Souza** destacou que o Décimo Oitavo Objetivo Setorial se configura em um dos mais importantes para o SUS, tendo em vista que era impossível fazer saúde sem recursos humanos. Nesse sentido, propôs que a redação dos Objetivos dezesseis e dezessete enfatizasse a importância de construção e implementação de uma Política de Recursos Humanos, com base nos objetivos e nas determinações

da NOB/RH. Ressaltou que, desta maneira, as Ações e Programas seriam detalhados a partir do Objetivo. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento **Valcler Rangel Fernandez** destacou que se optou por não fazer menção a outros documentos nos Objetivos Setoriais para entendê-los. Concordeu com as colocações do Colegiado, porém destacou que explicitar o termo NOB/RH poderia comprometer o entendimento dos objetivos, considerando que a população não conhece a Norma. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** ressaltou a importância de agilizar a discussão e implementação da NOB/RH e, nesse sentido, lembrou que era um dos primeiros temas de discussão da Mesa de Negociação do SUS. A propósito, propôs a composição de um grupo para incluir os objetivos globais da NOB e os pontos já aprovados no CNS sobre o tema nos Objetivos Setoriais do PPA, a fim de que fossem detalhados nos Programas e Ações. Conselheira **Maria Natividade G. S.T. Santana** solicitou a elaboração de redação que contemplasse todos os pontos da NOB, inclusive a questão do financiamento do trabalho. Conselheira **Clair Castilhos Coelho** ressaltou a importância de a nova redação, a ser dada ao Objetivo, contemplar a questão do vínculo dos servidores. O Colegiado acatou a proposta da Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** de compor um grupo de Conselheiros para elaborar e apresentar nova redação aos itens XVII e XVIII, considerando os objetivos globais da NOB/RH e as sugestões do Pleno do Conselho. **19. Estabelecer a Política Nacional de Informação em Saúde voltada à construção de uma rede de informações qualificadas capaz de subsidiar os processos de comunicação social, de produção e difusão do conhecimento – neste incluídas as de caráter científico e tecnológico –, da gestão, da organização da atenção à saúde e do Controle Social.** Conselheiro **José Carvalho de Noronha** propôs que o objetivo tratasse das práticas de saúde. **20. Modernizar a gestão pública de forma a racionalizar, potencializar e otimizar a aplicação de recursos empregados na prestação e serviços e na aquisição, transporte, armazenamento, distribuição e dispensação de insumos utilizados nos processos desenvolvidos no âmbito do SUS.** **21. Promover o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde, articulando a Política Social à Política Industrial e Tecnológica, buscando promover a autonomia do país na produção dos insumos estratégicos.** Conselheiro **Ciro Mortella** solicitou que o trecho “promover o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde” fosse redigido de maneira mais clara de modo a expressar o mecanismo a ser utilizado para promover o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** propôs que a redação do item fosse reformulada de forma a enfatizar a articulação do Ministério da Saúde com outras esferas de Governo para promover o desenvolvimento do complexo produtivo da saúde. Acolhida à proposta. **22. Fortalecer a atuação internacional do Ministério da Saúde, contribuindo com a estratégia de inserção, autonomia e soberania do Brasil e estimulando a integração regional em saúde.** Conselheira **Clair Castilhos Coelho** propôs a inclusão do trecho “a revisão da Lei da propriedade industrial” no Objetivo 21 ou no 22, a fim de não engessar as ações do país. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento **Valcler Rangel Fernandez** sugeriu que a proposta fosse contemplada em detalhamento posterior, mas não no Objetivo Setorial. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** propôs a inclusão de Objetivo que tratasse e aprofundasse o conceito de qualidade e humanização. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** também propôs a inclusão de Objetivo Setorial nos seguintes termos “Desenvolver uma política de ampla divulgação do SUS, com seus princípios, conceitos, diretrizes e realizações”. Após essas contribuições do Colegiado, Conselheiro **Elias Fernando Miziara** colocou em votação os Objetivos Setoriais, considerando as contribuições do Colegiado. **Os Objetivos Setoriais foram aprovados por unanimidade.** A propósito dos Programa e ações, Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou o seguinte encaminhamento: distribuir cópia dos Programas e Ações do PPA aos Conselheiros para apreciação e envio de contribuições ao Grupo da Secretaria Executiva do CNS, composto pelos Técnicos **Jesley Sena, Ana Gabriela e Verbena Lúcia**, que trocariam informações com a Secretaria de Orçamento e Planejamento e formataria documento com os Programas e Ações do PPA, a partir das propostas de alterações enviadas pelos Conselheiros, para ser discutido na reunião do CNS dos dias 02 e 03 de julho de 2003, com a configuração orçamentária. **Aprovado o encaminhamento.** Conselheiro **José Carvalho de Noronha** solicitou que fosse feita articulação com a Secretaria de Orçamento e Planejamento, a fim de trocar informações sobre o documento a ser discutido na reunião dos dias 02 e 03 de julho de 2003. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** solicitou que no desdobramento dos Objetivos Setoriais fosse contemplada a questão da fluoretação da água de abastecimento. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento **Valcler Rangel Fernandes** ressaltou que a Secretaria de Planejamento e Orçamento faria grande esforço no sentido de obter a configuração orçamentária, a fim de ser apresentada na reunião dos dias 02 e 03 de julho de 2003. Considerou o alto nível da discussão e agradeceu a efetiva contribuição do Colegiado na reformulação dos Objetivos Setoriais, destacando que as contribuições seriam apresentadas na reunião ampliada do Colegiado, a ser realizada no dia 06 de junho de 2003. **ITEM 07 - INFORMES DA COFIN –** O Professor **Elias Antônio Jorge** apresentou o relatório da reunião da Comissão de Orçamento e Financiamento do CNS – COFIN, realizada nos dias 03 e 04 de junho de 2003, destacando dados

sobre a Execução Orçamentária e Financeira da União, Seguridade Social e Saúde, Orçamento do Ministério da Saúde, Regulamentação da EC nº 29 e LDO/PPA 2004/2007. A propósito da Execução Orçamentária e Financeira da União – Seguridade Social e Saúde, apresentou os seguintes destaques: **a)** a redução da Dívida Consolidada da União, que permaneceu, em 2002, muito superior a R\$ 1 trilhão e continuou a crescer em até 31.03.2003, mas que foi reduzida em R\$ 67 bilhões no mês de abril. No mês de março a Dívida Consolidada da União permaneceu praticamente estável, tendo crescido de 28.02.2003 a 31.03.2003 R\$ 1 bilhão. Conforme previsto no último relatório da COFIN, de 31.03.2003 a 30.04.2003 apresentou diminuição de R\$ 67 bilhões, em virtude da valorização do real frente ao dólar. Recuou R\$ 67 bilhões em relação a 31.03.2003 e R\$ 22 bilhões em relação a 31.12.2002; **b)** no mesmo período o Orçamento Geral da União destinou para Encargos Financeiros da União – EFU R\$ 314,4 bilhões. Em dezembro de 2002, o EFU foi de R\$ 17,5 milhões ou R\$ 565 milhões/dia. Em janeiro de 2003 foi de R\$ 20 bilhões, em fevereiro de R\$ 10 bilhões, em março de R\$ 4 bilhões e, em abril, R\$ 11 bilhões; **c)** de primeiro de janeiro a 30 de abril de 2003, o EFU foi de R\$ 45,2 bilhões, sendo R\$ 18,2 bilhões destinados a juros e R\$ 27,2 destinados à amortização da dívida. A despesa com EFU no Orçamento Geral da União nos quatro primeiros meses de 2003 (R\$ 45,2 bilhões) representa uma vez e meia o Orçamento Anual da Saúde. O Superávit Corrente da União foi de R\$ 20,5 bilhões em 2003, apesar da Despesa Liquidada com juros de R\$ 18,2 bilhões até 30.04.2003. Excluída a Despesa com Juros, o Superávit Corrente da União seria de R\$ 38,7 bilhões no 1º trimestre de 2003; **d)** a Receita de Contribuições Sociais, até 30.04.2003, de R\$ 72,3 bilhões foi superior à Despesa Liquidada das Funções Saúde, Previdência, Assistência e Trabalho que totalizaram no período R\$ 51,2 bilhões, dos quais R\$ 10,7 bilhões são referentes a Encargos Previdenciários da União – EPU de Civis e Militares; **e)** a Seguridade Social é também amplamente superavitária, quando comparada a Receita de Contribuições Sociais já arrecadada de R\$ 72,3 bilhões e com a Despesa Liquidada dos Ministérios do Trabalho, da Saúde, da Previdência Social e da Promoção e Assistência Social, cujo montante é de R\$ 44,6 bilhões; **f)** até 31.04.2003, o crescimento da Receita Administrativa pela Secretaria da Receita Federal em relação ao mesmo período de 2002 foi de R\$ 10,9 bilhões, a maior parte decorrente das contribuições sociais; **g)** a edição do Decreto Presidencial nº 4.591, de 10.02.2003, que dispõe sobre a programação orçamentária e financeira do exercício de 2003, e que promoveu, novamente, o Tríplice Contingenciamento, penalizando a Execução Orçamentária e Financeira do Ministério da Saúde, apesar da vinculação constitucional de recursos e apesar da Seguridade Social ser amplamente superavitária. Existe compromisso da área econômica de alterar o Decreto e viabilizar o cumprimento da EC nº 29 em 2003; e **h)** a edição do Decreto Presidencial nº 4.594, de 13.02.2003, que dispõe sobre execução e cancelamento de Restos a Pagar em 2003, o que poderá aumentar o descumprimento da EC nº 29 já contabilizado em 2001 (R\$ 539 milhões) e em 2002 (R\$ 340 milhões). Até 31.05.2003 foram cancelados R\$ 298 milhões de Restos a Pagar de 2002 inscritos em 2003. Correm o risco de cancelamento outros R\$ 340 milhões também de Restos a Pagar, o que elevaria o descumprimento da EC nº 29 em 2002 para cada de R\$ 1 bilhão. Sobre o Orçamento do Ministério da Saúde, apresentou os seguintes destaques: **a)** a Planilha de Execução Orçamentária e Financeira do MS até 30.05.2003 apresenta os seguintes dados globais - Valor Liquidado Global: 34,6%; Itens com Liquidação Inferior a 15%: 23; Itens com Liquidação Superior a 34,6%: 23; **b)** a revisão, pelo Congresso Nacional, da Proposta Orçamentária para 2003 com acréscimo de R\$ 2,13 bilhões, que quase alcançou o valor mínimo apontado e pleiteado pelo CNS de R\$ 2,28 bilhões. Com os valores do PIB publicado pelo IBGE, o valor a ser pleiteado seria de R\$ 2,4 bilhões. Com a mudança da Fonte de Financiamento (Fundo Pobreza) no valor de R\$ 528 milhões por outras Fontes da Seguridade Social, o valor para cumprimento da EC nº 29 passa a ser de R\$ 27 bilhões e 665 milhões. Esta é a primeira vez que se inicia o ano com dotação suficiente para cumprir a EC nº 29. Entretanto, o Decreto nº 4.591, de 10.02.2003 bloqueou R\$ 1 bilhão e 620 milhões, deixando o cumprimento da EC nº 29 na dependência do desbloqueio orçamentário de R\$ 1 bilhão e 242 milhões. Já o fluxo financeiro deverá ser ampliado em R\$ 2 bilhões e 849 milhões; **c)** a manutenção da estratégia de solução política como alternativa à manifestação do Ministério Público Federal sobre a pertinência de Ação Civil Pública, visando o cumprimento da EC nº 29 pela União, nos termos da Resolução CNS nº 316/CNS e da Decisão nº 143/2002 do TCU. Uma iniciativa razoável seria a criação de uma instância de conciliação entre a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e a Advocacia Geral da União (AGU); **d)** o Fluxo Financeiro do Ministério da Saúde até 30.05.2003 é superior ao de 2002 em R\$ 2,2 bilhão. Isso, entretanto, não garante a cobertura integral das necessidades de 2003 e dos Restos a Pagar inscritos. Mantendo o ritmo do 1º quadrimestre (R\$ 11,8 bilhões), haverá um déficit anual de R\$ 4,9 bilhões. A necessidade de financiamento do MS em 2003 é de R\$ 30,6 bilhões do Orçamento atual e de R\$ 2,6 bilhões de Restos a Pagar; e **e)** a COFIN/CNS fará uma análise mais detalhada no relatório da Reunião Ordinária do mês de junho de 2003, com dados do 1º semestre do MS e em agosto, o 1º semestre da União. No que se refere à regulamentação da EC nº 29, destacou os seguintes aspectos: **a)** a COFIN

rediscutiu a proposta anterior de participação de um Conselheiro na Comissão do MS e, por consenso, decidiu submeter à Plenária do CNS o seguinte encaminhamento: não indicar representante e solicitar à Comissão do Ministério uma apresentação a COFIN sobre as linhas gerais da proposta de regulamentação e os cenários possíveis diante do andamento da Reforma Tributária no Congresso Nacional, antes da próxima reunião do CNS; e realizar uma reunião extraordinária da COFIN para discutir esta e outras em andamento no Congresso, a fim de melhor sistematizar e apresentá-las na próxima reunião do CNS; **b)** a homologação da Resolução CNS nº 316, com o número 322/2003, restaura o elevado nível de relacionamento da administração do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde; **c)** A COFIN ressalta a necessidade de continuar o processo de discussão que gerou o Documento *“Parâmetros Consensuais sobre a implementação e Regulamentação da EC nº 29”*, com os novos tópicos apresentados no relatório aprovado na 120ª Reunião Ordinária do CNS, no 3º Seminário de Operacionalização da EC nº 29, realizado em Salvador, BA, nos dias 02 e 03 de setembro de 2002, com o objetivo de subsidiar a tramitação no Senado Federal do Projeto de Lei do Senador **Tião Viana**, na Câmara, do Projeto de Lei do Deputado **Roberto Gouveia** e de outros projetos nas duas instâncias. A propósito da LDO/PPA 2004/2007, falou da informação da Secretaria Executiva do MS de que a Secretaria Geral da Presidência estaria promovendo uma série de audiências públicas nos Estados, de caráter consultivo, com o objetivo de receber contribuições para o PPA 2004/2007. A Secretaria Executiva do MS propõe a realização de audiência pública precedendo a próxima reunião do CNS, com o intuito de receber contribuições específicas para a área de saúde do PPA. Estas sugestões deverão ser sistematizadas e encaminhadas ao CNS, mas a COFIN recomenda a participação dos Conselheiros na audiência. Por fim, falou da preocupação procedente que os Serviços de Saúde venham a ser regulados pelo GATS/OMC e ALCA, passando a ser tratados como produtos comerciais. Em seguida, submeteu à apreciação e deliberação do Pleno do Conselho as seguintes sugestões: **a)** priorizar a publicação e disseminação da Resolução CNS nº 322 (antiga 316/CNS); **b)** continuar a discussão sobre a Regulamentação da EC nº 29 e o Processo de discussão do PPA 2004/2007, da LDO 2004; **c)** aprovar a proposta da COFIN que recomenda ao Plenário do CNS a criação de Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação da Execução Orçamentária do MS, a ser composta por técnicos do FNS, SPO, SAS e membros da COFIN, com o propósito de rever a atual sistemática de acompanhamentos, metodologia, dados, relatórios apresentados e propor novas aberturas, unidades de análises e agregação dos dados que permitam a COFIN e ao CNS melhor avaliação do desempenho do MS; **d)** solicitar ao MS que apresente as linhas gerais da proposta de regulamentação e os cenários possíveis diante do andamento da Reforma Tributária no Congresso Nacional, antes da reunião ordinária do CNS. E, ainda, realizar reunião extraordinária da COFIN para discutir esta e outras propostas em andamento no Congresso, a fim de melhor sistematizá-las e apresentá-las ao Conselho, em reunião ordinária ou extraordinária; e **f)** aprovar o relatório. Como material de apoio segue: Página 01 – Planilha de Execução Orçamentária e Financeira/MS – maio de 2003 (atualizado até 02.06.2003); Páginas 02 e 03 – Fluxo de Caixa/MS de 31.05.2002 e 30.05.2003; Página 04 – Tabela 09 - Demonstrativo das Receitas e Despesas da União até 30.04.2003 (Orçamento Real); Página 05 – Tabela 10 – Demonstrativo da Despesa por Poder e Órgão; Página 06 – Dívida Consolidada da União em 30.04.2003; Página 07 – Arrecadação das Receitas Federais de Janeiro a Abril 2003/2002; Página 08 – Planilha Consolidada da Execução Orçamentária da União por função de 2000 a 2003 até 30.04; e Páginas 09 e 10 – Planilha de Restos a Pagar. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** explicou que a Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação da execução orçamentária do MS faria levantamento de dados da execução orçamentária do MS, permitindo melhor avaliação da COFIN sobre o desempenho do MS. Resgatou o processo de discussão sobre a regulamentação da EC nº 29, lembrando que o prazo para apresentação de proposta de regulamentação, definido pelo MS e o CNS, encerrou-se e, nesse sentido, apresentou a proposta da Secretaria Executiva do Ministério de apresentar as diretrizes para a regulamentação da EC nº 29, a serem trabalhadas por Comissão do MS, na Reunião Ordinária dos dias 02 e 03 de julho do CNS. A propósito da Audiência Pública para receber contribuições específicas para a área da saúde no PPA, apresentou a sugestão de ser realizada no dia 1º de julho de 2003, em parceria das Secretarias Executivas do MS e do CNS. Informou que seria encaminhado Ofício solicitando que qualquer mudança do prazo previsto para a discussão do PPA, 14 de julho de 2003, fosse avisada ao Conselho, considerando que o debate sobre o PPA no CNS se daria na reunião dos dias 02 e 03 de julho de 2003. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** cumprimentou a COFIN pelo eficiente trabalho, propondo que a expressão *“A necessidade de financiamento”* fosse substituída por outra que expressasse a idéia de forma mais clara. Ressaltou a importância de ampla e rápida divulgação da homologação da Resolução CNS nº 316, renumerada para Resolução CNS nº 322/2003. A propósito dos itens com baixa execução, destacou a importância de pedir esclarecimentos sobre a baixa execução orçamentária da FUNASA. Chamou atenção para a rapidez com que a Fundação Oswaldo Cruz desempenha as suas despesas de manutenção

administrativa e a lentidão com que desempenha as despesas com gastos de produção de vacina. Conselheiro **Wander Geraldo da Silva** destacou que o superávit Corrente da União era decorrente da baixa execução orçamentária dos Programas. Sinalizou a baixa aplicação de recursos dos programas da área do saneamento básico, combate a carências nutricionais, coordenação materno-infantil, Sangue e Hemoderivados, entre outros. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** mostrou preocupação com o alto déficit de Restos a Pagar e contingenciamento orçamentário. Disse que, caso fosse necessário, as Entidades Médicas entrariam com Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIN, a exemplo de atitude anterior, para garantir o cumprimento da EC nº 29. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou como defender o percentual de 0,2 da CPF para a saúde. Em resposta aos questionamentos, Professor **Elias Antônio Jorge** explicou que, caso a CPF fosse transformada em IPMF, a Seguridade, amplamente superavitária, se tornaria deficitária e a situação se agravaria com a manutenção da desvinculação das receitas da União. Sugeriu interlocução com o Deputado **Virgílio Guimarães**, relator da proposta de reforma tributária, para tratar do percentual da CPF para a saúde. A propósito da Regulamentação do EC nº 29, ressaltou a posição do ex-Coordenador do CNS **Nelson Rodrigues dos Santos** de a proposta de regulamentação apresentar projeto estruturante para o SUS, a partir do financiamento. Ressaltou a importância de discutir as diretrizes da proposta de regulamentação e estabelecer interlocução com o Parlamento para tratar da questão. Enfatizou a importância da ADIN da Associação Médica Brasileira contra o Parecer da AGU, porém destacou que a proposta apresentada no relatório era distinta daquela apresentada pela AMB, tendo em vista que visava o cumprimento da EC nº 29 pela União. Disse que a posição do CNS era de buscar negociação política, sem recorrer a ações judiciais, considerando o compromisso da área econômica de viabilizar o cumprimento da EC nº 29. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** sugeriu a composição de uma Comissão para discutir com o Deputado **Virgílio Guimarães**, relator da proposta de reforma tributária, antes de a proposta de transformar a CPMF em IPMF ser formalizada. Professor **Elias Antônio Jorge** colocou em votação o relatório apresentado. **O relatório da COFIN, bem como as propostas nele contidas, foi aprovado por unanimidade.** Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** colocou em votação a seguinte proposta: **realizar uma Audiência Pública sobre o PPA, com a participação do CNS, no dia 1º de junho de 2003, que auxiliaria na discussão dos Programas e Ações do PPA para a área da saúde. A proposta foi aprovada por unanimidade.** No que diz respeito à Comissão do MS que trata da regulamentação da EC nº 29, sugeriu que: **no debate das diretrizes da EC nº 29, que se dará na reunião do CNS dos dias 02 e 03 de julho de 2003, fosse discutido o tema da Reforma Tributária. Aprovado o encaminhamento por unanimidade.** **ITEM 08 – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** – Análise e aprovação do Regimento Interno – A representante da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Conceição Aparecida Pereira Resende** lembrou que o Regimento Interno da 12ª Conferência foi aprovado na 25ª Reunião Extraordinária do CNS, realizada nos dias 21 e 22 de maio de 2003, com destaques. Nesse sentido, explicou que apresentaria versão do Regimento Interno da 12ª Conferência que contemplou as sugestões do Colegiado apresentadas na 25ª Reunião Extraordinária. Propôs que a discussão, a princípio, fosse centrada no Art. 7º e nos Anexos I, II e III do Regimento Interno que tratam da distribuição de delegados eleitos e indicados por Estado e por segmento. Nesse sentido, ressaltou que a proposta era de que o Art. 7º apresentasse roteiro de orientação para as mesas-redondas que seguiriam o tema central e os eixos temáticos e teriam em comum a análise dos seguintes aspectos: **a) histórico; b) posições dos diferentes segmentos sociais; c) deliberações das Conferências Nacionais e do Conselho Nacional de Saúde; d) conjuntura, considerando o programa e as propostas do atual Governo; e) informações técnicas e políticas; f) atribuições e competências das três esferas de Governo, destacando-se as da esfera federal; g) apresentação de propostas de diretrizes; e h) medidas para Participação e Controle Social.** A propósito do Anexo I – Demonstrativo do Cálculo de Distribuição dos Delegados por Estados, explicou o número de Delegados Eleitos para a 12ª Conferência Nacional de Saúde, por Regiões do Brasil e por Estados, foi calculado com base em critério populacional, combinado ao critério secundário de “*valorização regional*”, a fim de garantir a equidade populacional. Disse que a Comissão trabalhou com a perspectiva de três mil delegados, sendo 80% de delegados eleitos e 20% de delegados de representações nacionais. Explicou a metodologia utilizada para o cálculo de delegados que foi feito a partir da divisão da população - base populacional/ IBGE 2000 – pelo número de Regiões, estabelecimento de piso mínimo de doze delegados por Estado e ajustes para dar conta do número quebrado de delegados e ajuste – acréscimo e diminuição de número de delegados por Estado. Explicou que foi necessário ajuste de paridade nos Estados, a partir da Lei nº 8.142 e Resolução nº 3119/02, a fim de se alcançar um número total múltiplo de quatro. Assim, disse que o somatório final paritário, considerando o critério de equidade que se trabalhou, foi 2.408 delegados eleitos. Passou à explicação do Anexo II que trata da distribuição, por segmento, dos delegados para a 12ª Conferência, a serem eleitos por Estado. Explicou que, a partir do cálculo paritário realizado, chegava-se ao percentual exato de 50% de

usuários por Estado e 25% de trabalhadores, porém, a conta de Gestores e prestadores de serviços apresentou distorção. Disse que o critério para definição de Gestores e prestadores de serviços foi de 60% na cota de gestores e 40% na cota de prestadores. Explicou, ainda, que foi feito arredondamento dos números quebrados. Nesse sentido, apresentou a distribuição dos delegados, eleitos e indicados, por segmento a 12ª Conferência, sendo: I. Delegados eleitos (+ ou – 80%): **a)** gestores (+ ou – 60% de 25%): 363; **b)** Prestadores (+ ou – 40% de 25%): 239; **c)** Trabalhadores de Saúde (25% de 100%): 602; e **d)** Usuários (50% de 100%): 1.204. II. Delegados indicados (+ ou – 20%): **a)** gestores (+ ou – 60% de 25%): 87; **b)** Prestadores (+ ou – 40% de 25%): 61; **c)** Trabalhadores de Saúde (25% de 100%): 602; e **d)** Usuários (50% de 100%): 296. Total: **a)** gestores (+ ou – 60% de 25%): 450; **b)** Prestadores (+ ou – 40% de 25%): 300; **c)** Trabalhadores de Saúde (25% de 100%): 750; **d)** Usuários (50% de 100%): 1.500. A representante da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Conceição Aparecida Pereira Resende** falou sobre o § 1º, do Art. 32, determinando que, entre os delegados indicados, em cada um dos segmentos, deverão estar incorporados os coordenadores da Plenária Nacional de Conselhos, tendo em vista que participavam ativamente das etapas da Conferência e não seria justo que disputassem vagas nos Estados. Explicou que foi criada a categoria de observadores, nos termos do Art. 34 *“serão observadores, no limite de 10% do total de delegados, pessoas interessadas em acompanhar o processo de realização da Conferência”* e do seu Parágrafo Único *“As inscrições dos observadores serão realizadas por ordem de chegada, devendo ser confirmadas de acordo com o número de vagas, em um processo de pré-inscrição junto à Secretaria Executiva no prazo de até dez dias antes da realização da Conferência”*. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** sugeriu a inclusão da palavra *“até”* antes dos trechos *“5% (cinco por cento)”*, caput do Art. 33, e *“10% (dez por cento)”*, caput do Art. 34. **Aprovada a proposta.** A representante da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Conceição Aparecida Pereira Resende** disse que seriam necessários alguns ajustes redacionais no Regimento, como por exemplo, a substituição do termo *temas completos* por *eixos temáticos*. Apresentou a proposta apresentada ao Conselheiro **Clóvis A. Bouffleur** de acrescentar § 2º ao Art. 5º nos seguintes termos *“em todas as etapas, deverá ser assegurada a ampla participação dos segmentos sociais que atuam na área de saúde”*. Assim, o § 2º passaria a § 3º. **Aprovada a proposta.** A Secretária Executiva do CNS sugeriu que o Colegiado definisse, a princípio, o número de delegados e, em seguida, os demais pontos do Regimento Interno. Conselheira **Maria Natividade G. S.T. Santana** parabenizou e manifestou apoio à proposta de delegados indicados e eleitos da 12ª Conferência. Conselheiro **José Alceu Amoroso Lima** sugeriu o remanejamento das vagas que por ventura sobrassem do segmento dos prestadores de serviços aos gestores e vice e versa, de forma a preencher o percentual de 25%. Destacou que o Art. 30, § 2º contemplava a proposta, mas seria necessário reformular o Anexo III para que contemplasse a proposta. A representante da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Conceição Aparecida Pereira Resende** sugeriu a inclusão de § 3º, no Art.30 determinando que as vagas não preenchidas do segmento dos prestadores e dos gestores seriam automaticamente remanejadas entre os mesmos. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou se os Municípios que não realizarem a etapa municipal poderiam enviar delegados para a etapa nacional da 12ª Conferência. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** disse que os Municípios que não realizarem a etapa municipal não conseguiriam participar da etapa estadual. A representante da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Conceição Aparecida Pereira Resende** ressaltou a importância de força tarefa da Comissão de Mobilização para garantir que todos os Municípios realizassem a etapa municipal da 12ª Conferência. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** colocou em votação os Anexos I, II, e III da proposta de Regimento Interno, que versam sobre a distribuição de delegados eleitos e indicados para a 12ª Conferência. **Os Anexos I, II e III foram aprovados por unanimidade.** A representante da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Conceição Aparecida Pereira Resende** passou à leitura dos destaques apresentados à proposta de Regimento Interno na Reunião do CNS, realizada nos dias 21 e 22 de maio de 2003, sendo: I. Art.1º: inclusão de trecho nos seguintes termos *“Presidencial de 05 de maio de 2003, terá por objetivo propor diretrizes para efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado e a consolidação do SUS”* – aprovado; II. Art. 6º: proposta da Conselheira **Maria Natividade G.S.T. Santana** de incluir o tema Informação em Saúde como eixo temático. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** endossou a proposta. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** sugeriu que não fosse incluído nenhum tema, considerando a ampla discussão para se chegar à proposta apresentada e as várias demandas de inclusão de outros temas. Propôs que o tema Informação em Saúde fosse trabalhado a partir dos temas já definidos. A representante da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Conceição Aparecida Pereira Resende** destacou que a Comissão Executiva considerou importante a inclusão do tema Informação em Saúde. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** chamou atenção para o fato de a inclusão de o tema proposto abrir precedente para solicitação de inclusão de outros na próxima reunião do CNS,



dificultando, assim, o processo de conclusão do Regimento. Sugeriu que o tema proposto, bem como os demais propostos, fossem trabalhados como eixos agregados. Lembrou que o tema central e os eixos temáticos foram aprovados e distribuídos para todo o país e que o tema Informação em Saúde não foi destacado na última reunião. Conselheira **Maria Natividade G.S.T. Santana** solicitou que constasse em Ata recomendação à Comissão Temática para que na discussão dos Termos de Referência das mesas-redondas considerasse a proposta do tema Informação em Saúde ser tratado como transversal. O representante da Comissão Executiva da 12ª Conferência Nacional de Saúde **Paulo Gadella** falou da proposta discutida pela Comissão Executiva de acrescentar ao caput do Art. 6º o trecho *“a informação e comunicação”*, além do Controle Social. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** retomou a proposta de recomendar à Comissão Temática que, ao trabalhar os Termos de Referência, contemple o tema Informação em Saúde. Proposta aceita. III. Art. 7º: inclusão dos aspectos a serem considerados/analizados nas mesas-redondas – aprovado. IV. Art. 9º: inclusão do trecho *“de elaboração do Relatório Final”* e *“fica estabelecido que”* – aprovado. V. Art. 11, § 2º: inclusão de § 2º que trata do encaminhamento a ser dado aos relatórios das etapas estaduais da 12ª Conferência e inclusão do endereço eletrônico da Comissão Executiva da 12ª Conferência – aprovado. VI. Art. 13, § 6º - inclusão do número de Grupos de Trabalho da 12ª – aprovado. VII. Art. 14: inclusão no caput do trecho *“recomenda-se tratar prioritariamente os temas definidos a partir deste Regimento”* – aprovado. VIII. Art. 15: inclusão no caput do termo *“Presidencial”*. IX. Art. 17: inclusão da expressão *“Especial”* nas Comissões da 12ª Conferência. X. Art. 19, inciso III, alínea “d”: inclusão do trecho *“e a definição”* após a palavra *“participação”*. XI. Art. 20: redação ao inciso III nos seguintes termos *“propor expositores para cada das mesas-redondas”*, considerando que os aspectos operacionais eram de responsabilidade da Secretaria Executiva – aprovado. XII. Art. 21, inciso III: substituir a expressão *“coordenar e realizar”* por *“orientar”* – aprovado. XIII. Art. 22, inciso II: deslocar o inciso para as atribuições da Secretaria Executiva e excluir o termo *“providenciar”* do inciso I – aprovado. XIV. Art. 23: inclusão no caput do trecho *“composta por Conselheiros do Conselho Nacional de Saúde e coordenadores regionais da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde”* e inclusão das atribuições da Comissão – aprovado. XV. Art. 24, inciso I: inclusão do trecho *“acompanhar o seu cumprimento”* – aprovado. XVI. Art. 25: inclusão das atribuições da Comissão Especial de Relatoria e envio do inciso IV para as atribuições da Secretaria Executiva – aprovado. XVII. Art. 26 – inclusão dos incisos: IX, X, XIX, XX, XXII, XXVI, que tratam de aspectos operacionais, retirados das atribuições das Comissões Especiais – aprovado. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** propôs a substituição do termo *“propor”* do inciso X por *“providenciar”* – aprovado. XVIII. Art. 27, inclusão de inciso I nos seguintes termos *“Convocar e participar das reuniões da Comissão”* – aprovado. XIX. Art. 28: inclusão das atribuições do Secretário Geral da Comissão Executiva – aprovado. XX. Art. 29: a) inciso II: inclusão do trecho *“coordenar o processo de trabalho dos relatores”* – aprovado; b) inclusão de inciso V nos seguintes termos *“Coordenar a elaboração de moções e organizar as moções aprovadas na Plenária Final no Relatório Final”* – aprovado; e c) inciso VI: inclusão do trecho *“coordenar a elaboração do”* – aprovado. XXI. Art. 30: a) inclusão de § 3º nos seguintes termos *“A escolha dos delegados de cada segmento para a etapa estadual e para a 12ª Conferência Nacional de Saúde é de competência exclusiva dos seus respectivos membros participantes nas etapas municipais e estaduais da 12ª CNS”* – aprovado; e b) proposta de inclusão de § que versa sobre a possibilidade de remanejamento de vagas entre gestores e prestadores caso não se consiga suprir as vagas destinadas aos mesmos – aprovado. XXII. Art. 31: a) substituição da expressão *“duas”* por *“três”* no caput do artigo – aprovado; e b) inclusão de alínea “c”, incluindo a categoria de observadores – aprovado. XXIII. Art. 32: a) disposição de inciso I e II que tratam dos delegados eleitos e indicados na 12ª Conferência no mesmo Artigo – aprovado; b) § 1º: inclusão do trecho *“e os coordenadores regionais das Plenárias Nacionais dos Conselhos de Saúde”* – aprovado. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** perguntou como ficaria a situação dos Conselheiros Segundo Suplente; e c) § 2º: definição de *“50%”* de delegados suplentes do total de cada segmento, para substituição de titulares em sua ausência – aprovado. XIV. Art. 33: proposta do Conselheiro **Elias Fernando Miziara** de incluir a expressão *“até”* antes do percentual definido de *“5%”* – aprovado. XXV. Art. 34: proposta do Conselheiro **Elias Fernando Miziara** de incluir a expressão *“até”* antes do percentual definido de *“10%”* – aprovado. XVI. Art. 35: prazo definido para inscrição de delegados até o dia *“20 de novembro de 2003”* – aprovado. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** propôs que fosse explicitada, no Art. 35, a importância de os portadores de deficiências e patologias registrarem na ficha de inscrição o tipo de deficiência ou patologias que são portadores, a fim de se tomar às providências necessárias à sua participação – inclusão Parágrafo Único, nos termos da proposta supracitada – aprovada; e XVII. Art. 36: inclusão do período de credenciamento *“de 06 a 09 de dezembro de 2003”*. Após essas considerações, o Regimento Interno da 12ª Conferência foi aprovado por unanimidade. Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida Cruz** informou que no dia seguinte o Regimento Interno 12ª Conferência seria disponibilizado na *Carta Eletrônica* e, após as correções e

incorporação das sugestões, seria disponibilizado na Internet e encaminhado para publicação no Diário Oficial da União. **ITEM 09 – 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA** – O Colegiado delegou à Comissão Organizadora da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica a escolha do “*slogan*” da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. **ITEM 10 – INFORMES E INDICAÇÕES** – A Secretária Executiva do CNS **Eliane Aparecida da Cruz** apresentou os seguintes informes e indicações: **a)** Comitê Nacional de Capacitação de Conselheiros – Próxima Reunião: 9 e 10 de junho – Conselheiro a ser indicado; **b)** Seminário sobre Experiências de Negociação do Trabalho em Saúde – Data: 16 de junho – Horário: 9 às 17 horas – Local: Hotel St. Paul, em Brasília: Conselheiros **Alfredo Boa Sorte Júnior, Maria Natividade G. S. T. Santana, Baldur Oscar Schubert e Graciara Matos de Azevedo**; **c)** Audiência Pública da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados para discutir a liberação de preços de medicamentos promovida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (requerimento de autoria do Deputado **Geraldo Resende**): Conselheira **Clair Castilhos Coelho**; **d)** Audiência Pública sobre Agrotóxicos – Comissão de Defesa do Consumidor, Meio Ambiente e Minorias da Câmara dos Deputados – Data indefinida: Conselheira **Maria Helena Baumgarten**; **e)** Conferência Municipal de Saúde de Rio Branco, Acre – Data: 11 de junho, Solenidade de Abertura: Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** colocou-se à disposição para participar do evento, caso os Conselheiros pré-indicados para acompanhar o Estado não pudessem participar; **e f)** Aprovada, por unanimidade, a indicação da Conselheira **Maria Natividade G. S.T. Santana** para coordenar a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH do CNS. **Informes:** **a)** A Confederação Nacional das Associações de Moradores – CONAM solicita a inclusão do tema *Denúncia de irregularidades na III Conferência Municipal de Saúde de Contagem*, realizada em 2001, na pauta do CNS; **b)** O Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde – FENTAS – solicita a inclusão do tema *Cursos de Tecnólogos e o Parecer nº 108 do Conselho Nacional de Educação* na pauta do CNS e a manifestação do Conselho Nacional de Saúde sobre o *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares 2003 – ONA/ANVISA* – Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** explicou que o Parecer nº 108 do Conselho Nacional de Educação não considerou as formulações do Conselho Nacional de Saúde e, nesse sentido, explicou que o FENTAS realizou audiência com o Ministro da Educação e a solicitação de que fossem acatadas as considerações do CNS e do MS sobre a Educação na área da saúde foi aceita. Assim, ressaltou a importância de o tema ser pautado, a fim de deliberar sobre Educação Tecnológica e outras diretrizes curriculares. Propôs que o CNS solicitasse a ANVISA a suspensão de qualquer iniciativa no que diz respeito ao *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares de 2003*, pautado para Audiência Pública até o dia 21 de junho, até que o Pleno do CNS discuta o tema. Enfatizou a importância de o Pleno do Conselho participar da discussão e apresentar os critérios a serem implementados pelo MS para a acreditação dos serviços hospitalares. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** solicitou que o Conselho formalizasse o pedido de suspensão de qualquer iniciativa da ANVISA em relação ao documento e de prorrogação do prazo para decisão final até o pronunciamento do CNS; **c)** Registro de Pesar pelo falecimento da filha da Conselheira **Zilda Arns Neumann**. Conselheiro **José Carvalho de Noronha** solicitou que o CNS manifestasse publicamente voto de pesar à Conselheira **Zilda Arns Neumann** pelo falecimento de sua filha; **d)** Audiência Pública da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados – Data: 12 de junho – Local: Plenário 7 do Anexo II – Tema: *Discutir medidas de vigilância epidemiológica e sanitária contra a Síndrome Respiratória Aguda Grave* - Convidados: **Gilson Cantarino O'Dwyer, Luiz Odorico M. de Andrade e Paulo M. Buss**; **e)** Audiência Pública da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados – Data: 24 de junho – Local: Plenário 7 do Anexo II – Tema: *Esclarecimentos sobre a implantação do Cartão Nacional de Saúde* - Convidado: **Alcindo Ferla**; **f)** Constituição de Comissão composta pelos Conselheiros **Gysélle Saddi Tannous, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Gilson Cantarino O'Dwyer e Júlia Maria dos Santos Roland** e realização de Seminário para avaliar a situação das Comissões e GTs do CNS e apresentar propostas; **g)** A Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM solicita ao Plenário do CNS, conforme Recomendação nº 005/CISM, de 03 de junho de 2003, a realização de Seminário sobre Políticas de Saúde Mental, em parceria com o CONASS e o CONASEMS, destinados aos gestores de saúde – **aprovada a proposta, conforme Recomendação nº 005 da CISM**; **h)** Dia 17 de junho de 2003 haverá a primeira reunião da Mesa Nacional de Negociação no SUS, com discussão sobre a composição da Mesa; **i)** A Secretaria Executiva do CNS apresentará na Reunião dos dias 02 e 03 de junho de 2003 um balanço semestral das atividades do CNS; **j)** Fórum de Saúde Suplementar – Data: 25, 26 e 27 de junho de 2003 – proposta do Ministério de fazer a abertura no dia 24 de junho, à noite. O documento elaborado pelo Grupo e aprovado na reunião dos dias 21 e 22 de maio de 2003, com propostas para o Fórum, foram apresentados a SAS e as sugestões de temas de discussão apresentados pelo Grupo, em princípio, foram acatadas e seriam discutidas na reunião da Comissão Organizadora do Fórum, agendada para o

1435 dia 10 de junho de 2003; e k) os Conselheiros que desejassem participar do Seminário da CISAMA, a  
1436 ser realizado nos dias 16, 17 e 18 de junho de 2003, deveriam informar à Secretaria Executiva do CNS.  
1437 **ENCERRAMENTO:** Definidos esses assuntos, deu-se por encerrada a Centésima Trigésima Primeira  
1438 Reunião Ordinária do CNS. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: Aos quatro dias do mês de  
1439 junho do ano de dois mil e três: **Adelmir Araújo Santana, Alfredo Boa Sorte Júnior, Augusto Alves do**  
1440 **Amorim, Baldur Oscar Schubert, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Ciro Mortella, Climério da Silva Rangel**  
1441 **Júnior, Clóvis A. Bouffleur, Diógenes Sandim Martins, Edmundo Ferreira Fontes, Elias Fernando**  
1442 **Miziara, Georgimar Martiniano de Souza, Gerônimo Paludo, Gianni Franco Samaja, Graciara Matos de**  
1443 **Azevedo, Jesus Francisco Garcia, João Alceu Amoroso Lima, Jorge Salim Waquim, José Américo**  
1444 **Fontes, José Carvalho de Noronha, José Luiz Spigolon, Júlia Maria dos Santos Roland, Lílian Aliche,**  
1445 **Luiz Gonzaga de Araújo, Maria Helena Baumgarten, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S.**  
1446 **T. Santana, Nildes de Oliveira Andrade, Paulo Gilvane Lopes Pena, Rogério Carvalho Santos, Rosane**  
1447 **Lowenthal, Thaís Helena Lippel e Wander Geraldo da Silva;** Aos cinco dias do mês de junho do ano de  
1448 dois mil e três: **Adelmir Araújo Santana, Alfredo Boa Sorte Júnior, Augusto Alves do Amorim, Baldur**  
1449 **Oscar Schubert, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Ciro Mortella, Clair Castilhos Coelho, Climério da Silva**  
1450 **Rangel Júnior, Clóvis A. Bouffleur, Diógenes Sandim Martins, Elias Fernando Miziara, Georgimar**  
1451 **Martiniano de Souza, Geraldo Adão Santos, Gerônimo Paludo, Graciara Matos de Azevedo, Jesus**  
1452 **Francisco Garcia, João Alceu Amoroso Lima, Jorge Salim Waquim, José Américo Fontes, José**  
1453 **Carvalho de Noronha, José Luiz Spigolon, Lílian Aliche, Maria Helena Baumgarten, Maria Natividade G.**  
1454 **S. T. Santana, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Corrêa, Rosane Lowenthal e Wander**  
1455 **Geraldo da Silva.**