



1
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
4

5 ATA DA CENTÉSIMA TRIGÉSIMA SEXTA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS
6

7 **ITEM 01 – ABERTURA** – Aos três e quatro dias do mês de novembro do ano de dois mil e três, no
8 Auditório do Hotel *San Marco*, situado no Setor Hoteleiro Sul, Quadra 05, Bloco “C”, Brasília-DF,
9 realizou-se a Centésima Trigésima Quinta Reunião Ordinária do CNS. A sessão recebeu o nome de
10 **Antônio de Oliveira Borges**, em homenagem ao Vice-Coordenador do MORHAN, um dos líderes da luta
11 pela reintegração da pessoa atingida pela hanseníase na sociedade, falecido no dia 30 de outubro de
12 2003. Por solicitação do Plenário, a fala do Ministro Interino da Saúde, **Gastão Wagner de Sousa**
13 **Campos**, Presidente do CNS em exercício, na abertura dos trabalhos da 136ª Reunião Ordinária,
14 consta, na íntegra, em Ata. O Ministro Interino da Saúde procedeu à abertura dos trabalhos
15 manifestando-se nos seguintes termos *“Bom dia a todos. Eu gostaria de tratar de alguns pontos, por*
16 *solicitação do Ministro da Saúde Humberto Sérgio Costa Lima. Em primeiro lugar, temos de reconhecer*
17 *o trabalho do Conselho Nacional da Saúde nos últimos dois meses que demonstra a vitalidade do*
18 *Movimento Social da Saúde, do Movimento Sanitário e do SUS. O Controle Social é capaz de oxigenar*
19 *o SUS em todas as esferas de Governo, atenuando a tendência à burocratização, insensibilidade e*
20 *desumanização, verificada na maioria das organizações públicas e privadas. Eu acredito que vários*
21 *Conselheiros têm acompanhado o processo da 12ª Conferência e puderam observar, apesar dos*
22 *conflitos enfrentados, a grande vitalidade das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde,*
23 *prenunciando uma etapa nacional que ajudará na consolidação de Políticas de Saúde democráticas e*
24 *justas. Outro indicador da vitalidade do Movimento Social da Saúde pode ser evidenciado na*
25 *recomposição da Lei de Diretrizes Orçamentárias e na construção de novo consenso no processo de*
26 *recomposição do Orçamento da Saúde 2004. Amanhã o CNS tem uma Audiência com o Deputado*
27 *Jorge Bittar, Relator Geral do Orçamento da União para 2004, e já existe acordo com o Presidente da*
28 *República para a retirada do Veto à Lei de Diretrizes Orçamentárias. O Deputado Jorge Bittar foi*
29 *orientado a retirar toda fonte do Fundo de Combate à Pobreza do Orçamento da Saúde. Assim, o*
30 *Ministério da Saúde está procedendo a recomposição do Orçamento 2004, com distribuição de*
31 *recursos nas áreas e setores mais ameaçados: Média e Alta Complexidade, Atenção Básica – Saúde*
32 *da Família e Medicamentos. A área técnica do Ministério da Saúde, junto com os Deputados da Frente*
33 *Parlamentar da Saúde, representantes do Governo e representantes dos Ministérios da Fazenda e do*
34 *Planejamento têm acompanhado o processo de recomposição do Orçamento. Amanhã o CNS também*
35 *terá uma audiência com o Doutor Bernard Appi, Secretário Executivo do Ministério da Fazenda, para*
36 *discutir, entre outros aspectos, a proposta orçamentária. Criou-se um processo de diálogo que está*
37 *contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. O importante em todo esse episódio foi*
38 *a extensão da discussão sobre o SUS e as Políticas Públicas para além do setor Saúde. Porém, é*
39 *importante ressaltar que temos longo caminho a percorrer em relação ao convencimento da sociedade*
40 *e dos vários segmentos dos Governos. O movimento de negociação, construção de consenso em*
41 *defesa do SUS estendeu-se a Estados e Municípios. Eu acredito que estamos conseguindo, no ano da*
42 *12ª Conferência Nacional de Saúde, valorizar e reforçar o SUS fato que se constitui em indicador de*
43 *vitalidade muito importante. Nós conseguimos atuar com firmeza, mas com equilíbrio, sem prejudicar a*
44 *relação entre os vários segmentos. O processo ainda está acontecendo e é preciso acompanhá-lo*
45 *como tem feito o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional da Saúde. Nós estamos otimistas em*
46 *relação à vitalidade que o Movimento Social tem demonstrado. É importante salientar que tal processo*
47 *está acontecendo no momento muito complexo de reorientação do país que visa alcançar*
48 *desenvolvimento econômico sustentável socialmente justo, sem provocar rompimentos desastrosos,*
49 *como aconteceu em outros países. Além disso, cabe ressaltar que estamos vivendo um contexto de*
50 *restrição orçamentária nas esferas federal, estadual e municipal. Nesse contexto, temos conseguido*
51 *manter o SUS e a Atenção à Saúde devido à combinação de posição firme e equilibrada, aberta ao*
52 *diálogo entre os vários segmentos. O quadro de restrição orçamentária perdura e temos um período*
53 *difícil a atravessar. Ao discursar no ato de recebimento do Prêmio do Príncipe de Astúrias, na Espanha,*
54 *o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva chamou atenção para o conflito instalado nas sociedades*
55 *contemporâneas de todos países entre o economicismo/pragmatismo – desenvolvimento do mercado a*

56 *qualquer custo – e a defesa da vida das pessoas. Tal fato pode ser evidenciado em todos os campos e*
57 *espaços: desde a organização das cidades, que estão cada vez mais para os carros e não para as*
58 *pessoas, até no espaço do emprego, do trabalho, das Políticas de Segurança Pública, entre outros.*
59 *Nesse sentido, é importante que nós da área social consigamos sustentar a defesa de Políticas*
60 *Públicas que visem à defesa da vida – Política de Habilitação (investimento urbano), Política de*
61 *Transferência de Renda (Programa Fome Zero), Política de Segurança Pública. O investimento*
62 *holístico, integral nas cidades é muito importante. O slogan é redistribuição de renda e SUS, por isso,*
63 *deve ser SUS e habitação, SUS e Política de Segurança. A partir da capacidade de negociação com os*
64 *Organismos Internacionais, com a Política Externa firme e corajosa que está em implementação, nós*
65 *conseguiremos trazer recursos para o conjunto de Políticas Sociais, a fim de garantir desenvolvimento*
66 *econômico sustentável. Nesse sentido, acredito que é muito importante que nós da saúde, enquanto*
67 *Ministério da Saúde e Conselho Nacional da Saúde, manifestemos nossa solidariedade com outras*
68 *Políticas. Nós devemos participar do debate sobre a Lei de Desarmamento, e não podemos ficar na*
69 *discussão apenas sobre o Orçamento. A sociedade já se manifestou - 80% da população é contra o*
70 *descontrole das armas e a favor de uma política restritiva. A nossa participação e apoio às Políticas*
71 *Públicas que defendam a vida das pessoas são de extrema importância, a exemplo da Política de*
72 *Desarmamento. A área de educação também enfrenta problemas em todas as esferas. O Ensino*
73 *Fundamental, apesar da expansão do número de vagas, possui baixa capacidade de formar cidadãos*
74 *com capacidade crítica. É muito importante que a Educação seja reforçada. Gostaria de chamar*
75 *atenção para a importância de o nosso discurso em defesa da vida não abandonar a visão holística e*
76 *integral de saúde que sempre caracterizou o Movimento Sanitário e que caracteriza a Lei de criação do*
77 *SUS. O SUS é um dos sistemas capaz de produzir e garantir a saúde da população brasileira, dessa*
78 *maneira, não deve ser negociado ou trocado. Estamos falando de uma parte do processo de*
79 *construção de uma sociedade saudável, justa e democrática. O jornal A Folha de São Paulo divulgou*
80 *resultado de pesquisa realizada na América Latina por Organismos Internacionais sobre a concepção de*
81 *democracia e de solidariedade social dos latinos americanos. O Brasil aparece em penúltimo lugar –*
82 *62% da sociedade apostava em uma solução autoritária e não acreditam que a democracia é essencial*
83 *para a construção da justiça social. Segundo a pesquisa, 2/3 da população não acredita em ninguém.*
84 *Observa-se um esgaçamento complexo e radical da sociedade e isso é assustador. É essa a sociedade*
85 *que estamos construindo. É necessário construir um padrão democrático, a exemplo do que o SUS*
86 *possui. Eu pergunto como podemos resgatar a confiança da sociedade brasileira na democracia. Nesse*
87 *sentido, apelo para que a discussão sobre o SUS não seja reduzida a orçamento. Nós precisamos*
88 *demonstrar o sentido dessa Política Pública e não reduzi-la, em virtude da escassez orçamentária. De*
89 *qualquer forma, este é um momento de demonstração de vitalidade. O segundo ponto que gostaria de*
90 *chamar atenção refere-se ao Orçamento. O Ministério da Saúde está participando do processo de*
91 *recomposição do Orçamento da Saúde. Nós tínhamos apresentado o Orçamento que, em virtude da*
92 *incorporação do Fundo de Pobreza, foi modificado. Estamos tentando recompor a primeira proposta*
93 *orçamentária, que foi aprovada pelo Conselho, priorizando a Média e Alta Complexidade, a Atenção*
94 *Básica, a Saúde da Família e Medicamentos, em virtude de serem setores com maior perda no*
95 *orçamento redefinido que foi enviado ao Congresso. O maior corte foi na Alta e Média Complexidade,*
96 *que consiste em um item orçamentário bastante amplo e flexível. O Piso de Atenção Básica está sendo*
97 *recomposto integralmente e o Programa Saúde da Família, que havia perdido R\$ 270 milhões, também*
98 *está em recomposição. A Política de Medicamentos que havia perdido recurso similar à Saúde da*
99 *Família também está sendo recomposta. Esses quatro itens correspondem a mais de 80% do*
100 *orçamento. Apesar da alocação orçamentária nesses quatro itens, devemos reconhecer que o SUS tem*
101 *dificuldades, porém, tem vontade de vencer essas dificuldades. A crise do SUS apresenta dois*
102 *componentes: de um lado o componente financiamento e do outro as prioridades e a forma como se*
103 *gasta os recursos, a chamada organização do Sistema ou organização do processo de trabalho. Nós*
104 *precisamos discutir a garantia do Orçamento (Emenda Constitucional nº 29 e sua regulamentação) e o*
105 *modo como investir. Há uma série de impasses que precisam de solução como, por exemplo, a questão*
106 *da hanseníase. A nossa meta é erradicar a hanseníase nos próximos três anos e meio – isso é viável e*
107 *há recursos. Porém, precisamos mudar a nossa forma de trabalho. Podemos analisar o exemplo do*
108 *Programa de DST/AIDS que apresenta interação entre usuário, governo e trabalhadores. A hanseníase*
109 *não é um problema comum a todo o país, considerando que temos dois mil municípios com prevalência*
110 *e incidência acima do Índice aceitável pela Organização Mundial de Saúde. Precisamos conhecer a*
111 *realidade dos Estados e Municípios, dar transparência ao problema e às dificuldades e criar militância*
112 *técnica de usuários. Citei a questão da hanseníase como exemplo por se tratar de um tema que está*
113 *em pauta. A questão dos Hospitais Universitários também está na pauta do CNS. Nós percebemos que*
114 *a Política para os Hospitais Universitários precisa ser revista. Há reivindicação por mais recursos,*
115 *porém, não podemos alocar mais recursos com a mesma lógica, pois corremos o risco de não resolver*

116 a "crise". Existem hospitais públicos que possuem aporte de recursos similar a outros, mas apresentam
117 maior qualidade, produtividade e humanização. Deste modo, de um lado nós temos de garantir
118 recursos e do outro temos de reorganizar a gestão e o atendimento. Eu convoco a todos – prestadores
119 de serviços dos hospitais filantrópicos, gestores municipais, equipes de saúde, usuários, Ministério da
120 Saúde – para discutir e definir nova solução para a área de Média e Alta Complexidade dos Hospitais.
121 Além disso, precisamos definir Política de Reorganização do setor, com organização contábil,
122 financeira, de almoxarifado, de dispensação de medicamentos. Porém, isso é parte do problema. Vou
123 citar um exemplo que denuncia a realidade. Um hospital solicitou mais recursos para dobrar a área de
124 diagnóstico por imagem, alegando haver grandes filas. Eu visitei esse hospital e observei que a área de
125 diagnóstico por imagem – raio x, ultra-sonografia, tomografia – só atende público interno –
126 Urgência/Emergência, Ambulatório e enfermaria. Daí eu me pergunto o motivo de haver grandes filas
127 se todos os pacientes atendidos são referenciados. Por que as pessoas não saem da
128 Urgência/Emergência com o exame marcado? Eu observei que pacientes com alta da enfermaria
129 precisam enfrentar fila para "disputar" a marcação de exame de controle. Isso é desresponsabilização e
130 falta de garantia da integralidade. Assim, a questão não se restringe apenas a dobrar recursos para a
131 área de diagnóstico por imagem, tendo em vista que há descompromisso, baixa capacidade de gestão
132 dos serviços internos e autonomia do setor de imagem do hospital. A equipe da enfermaria, ao dar alta
133 e solicitar exame, deve garantir que o paciente saía com o exame marcado. Além disso, deve avaliar o
134 risco. Dessa maneira, a deficiência cairia para 10 a 15%, podendo ser resolvida com aumento de turno
135 e aquisição de equipamento. Citei esse exemplo porque representa o padrão dos nossos hospitais
136 públicos, dos nossos centros de referência. Um centro de transplante de excelência, com alta
137 tecnologia, não aborda os transplantados como é cobrado do PSF: responsabilidade integral pela
138 Atenção Básica das Pessoas. O atendimento tem de ser integral e não fragmentado. Pouquíssimos
139 hospitais trabalham com protocolo. Dessa maneira, ao realizar a amostragem, observamos que 30 a
140 40% dos pacientes que estão na fila para realizar tomografia não possuem indicação clínica. Nós
141 precisamos entrar no debate da reorganização, enfrentando os conflitos, respeitando os trabalhadores
142 e os gestores, mas levando-se em consideração a existência de uma cultura de responsabilização que,
143 apesar das exceções, é inadequada com o usuário, com a medicina ou com a enfermagem. Os
144 problemas existem por consequência de uma série de acomodações corporativas e de uma visão
145 restrita sobre o que é ser gestor do serviço de saúde. Os economistas e administradores são
146 importantes no processo, mas, ao admitir que tais profissionais são ideais para gerir um hospital, nós
147 reduzimos a gestão à dimensão econômica, financeira e administrativa que, apesar de ser importante,
148 desvaloriza a reorganização da Atenção. Nós precisamos alocar mais recursos no Orçamento. Além
149 disso, precisamos definir o que é hospital estratégico. São aqueles que possuem mais força para fazer
150 lobby junto ao Presidente e ao Ministro, como tem sido? Na minha opinião, hospitais estratégicos são
151 aqueles comprometidos com o SUS, os que fornecem referência ao PSF e aos pronto-socorros e que
152 garantem atendimento agendado. Precisamos, de fato, elaborar lista desses hospitais. Outro ponto que
153 eu convoco os Senhores a discutirem é a Atenção Básica – Saúde da Família. Observamos que existe
154 um impasse na área da Saúde da Família. Nesse ano nós alocamos R\$ 450 milhões a mais para os
155 Municípios, além dos incentivos do PROESF. Assim, nós teremos incremento de R\$ 700 milhões a
156 mais na Atenção Básica. Nós esperávamos aumentar 4 mil equipes, mas conseguimos apenas mil (de
157 17 para 18 mil). O Projeto de Capacitação não avançou com a velocidade esperada, há problemas de
158 precarização da força de trabalho e de resolutividade clínica. Os Municípios já gastam bastante com a
159 Atenção Básica no modelo tradicional – sem responsabilização, pronto-atendimento por limite de
160 consultas. Como podemos reorganizar esse modelo, mantendo a territorialização, a vinculação, a
161 exemplo de Belo Horizonte que conseguiu, em dois anos, sair de cobertura de 7% para 70% de
162 cobertura? Campinas também conseguiu maior cobertura em dois anos. O Programa de Niterói é
163 diferente do que o Ministério da Saúde diz ser Saúde da Família – há médicos generalistas em cada
164 equipe, cinco auxiliares de enfermagem capacitados para serem agentes de saúde, enfermeiro,
165 superior, número menor de famílias, territorialização, vinculação – e apresenta bons resultados. A
166 equipe do Município que funciona precisa receber apoio e estímulo. Precisamos definir como gastar os
167 recursos. Nesse sentido, é preciso debater, com o apoio do CNS, o repasse de dinheiro automático, o
168 reajuste de tabela para os hospitais e o reajuste de teto para municípios. O novo recurso tem de estar
169 vinculado à reorientação do modelo e a metas. Ao definir que o pagamento será feito não só por
170 produção, mas também por metas, o gestor terá maior capacidade de negociação com as várias
171 profissões. É necessário investir mais recursos, porém, não podemos simplesmente aumentar tetos
172 linearmente, sem pactuar a organização do modelo. O Governo sozinho não conseguirá fazer isso. Por
173 essa razão, é necessário movimento do Conselho Nacional e dos vários segmentos para construção de
174 metas e diretrizes. Trata-se de um movimento político, tão difícil e tão importante quanto a garantia do
175 orçamento. Nós estamos no processo de realização da 12ª Conferência, fase de conseguir mais

176 recursos para a saúde e de definir como realocar esse recurso. Assim, é preciso definir onde os
177 recursos serão aplicados e como serão repassados. Não podemos redistribuir dinheiro de forma
178 automática, considerando que o impacto na extensão, na qualidade e na humanização da Atenção é
179 muito pequeno, tendo em vista a heterogeneidade do país. Apesar da vitalidade do Controle Social, da
180 Gestão Participativa, da Co-gestão, o SUS ainda é muito heterogêneo. O Ministério da Saúde, o
181 Ministério Público, a Auditoria da União e os serviços de controladoria possuem uma função de
182 controlar a aplicação dos recursos, mas o que temos encontrado é estarrecedor. Nós precisamos
183 reorientar a auditoria do Ministério que é financeira administrativa. A nossa capacidade de avaliar a
184 qualidade, a humanização e a eficácia é quase nula. É necessário reafirmar o caráter deliberativo dos
185 Conselhos, definir como capilarizar e garantir a autonomia do Controle Social, utilizando o material
186 levantado pelas auditorias. Sinto-me incomodado com o fato de a nossa auditoria possuir perspectiva
187 administrativa financeira, ser muito punitiva e fiscalizatória, e não oferecer apoio para vencer crises.
188 Além de ajudar a encontrar os crimes, a má intenção, nós temos de estimular e apoiar a resolução dos
189 problemas, desburocratizando a distribuição de recursos. É isso que eu tinha a dizer. Obrigado". A
190 Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, convidou o Procurador da República,
191 **Humberto Jacques de Medeiros**, para compor a mesa e abriu as inscrições para intervenção do
192 Plenário. Conforme solicitação, a fala da Conselheira **Zilda Arns Neumann** consta, na íntegra, em Ata
193 "Eu gostaria de cumprimentar o Ministro Interino da Saúde, **Gastão Wagner de Sousa Campos**, pelo
194 seu pronunciamento. Gostaria de propor que a nova proposta orçamentária desse ênfase aos Hospitais
195 Amigos da Criança. Tais instituições possuem humanização, qualidade e acesso privilegiado, com
196 garantia de um bom pré-natal, parto, aleitamento materno, enfim, ações fundamentais para o bom
197 desenvolvimento das crianças. Em segundo lugar, gostaria de ressaltar a importância de erradicar a
198 hanseníase. A resolutividade em todos os níveis é fundamental para a organização do Sistema. É
199 preciso maior foco na família, pois é onde a resolutividade começa. O modelo de Niterói é parecido com
200 o de Cuba em que voluntários trabalham e há equipe para resolver os problemas. Além disso, gostaria
201 de registrar uma denúncia. Em visita ao Estado do Maranhão, o mais pobre do país (73% da população
202 está abaixo da linha de pobreza), eu estive no Município de Montes Altos onde nós temos a Pastoral da
203 Criança. Em reunião com a Prefeita do Município e agentes comunitários de saúde foram apresentadas
204 queixas em relação ao tempo gasto para ir de casa em casa para saber como e onde foi gasto a renda
205 recebida do Programa Fome Zero. Eu enviei correspondência ao Frei Beto, ao Ministro José Graziano
206 e ao Ministro Humberto Sérgio Costa Lima informando sobre a situação do Município. Eu considero isso
207 um desvio e má utilização de recursos humanos. É importante a definição de indicadores para melhorar
208 a gestão. O modelo de gestão da Pastoral da Criança, por exemplo, é informatizado e pode ser
209 aplicado ao Ministério da Saúde". Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** cumprimentou o Ministro
210 Interino da Saúde, **Gastão Wagner de Sousa Campos**, pelo seu pronunciamento, em especial, pela
211 preocupação manifestada com a vida das pessoas. Além disso, disse ser fundamental reorganizar o
212 SUS e a atuação dos Conselhos no sentido de rever a questão do trabalho. Conselheiro **Wander
Geraldo da Silva** disse ser importante definir e garantir investimentos por prioridades como, por
214 exemplo, o Modelo de Atenção, em especial o acesso aos serviços. Ressaltou ser necessário garantir a
215 promoção à saúde, discutindo sob o prisma da intersectorialidade a Política Habitacional, a Política de
216 Saneamento, a Política de Transporte, a Política de Desarmamento, entre outras. Falou sobre a
217 Conferência das Cidades, realizada no período de 23 e 26 de outubro de 2003, ressaltando ser
218 fundamental recuperar as resoluções oriundas do evento, tendo em vista que tratam da discussão
219 sobre a reforma urbana e a Política Urbana do país a partir de novo prisma. Conselheiro **Alfredo Boa
Sorte Júnior** manifestou satisfação com a notícia de recomposição do Orçamento, destacando, porém,
221 que a saúde não pode ser discutida apenas sob o foco da questão orçamentária. Teceu comentários
222 sobre a situação dos hospitais brasileiros, em especial, sobre o Hospital da Bahia que apresenta
223 grande carência de neonatologistas, resultando na morte de crianças. Falou sobre o problema da falta
224 de humanização dos gestores em relação aos recursos humanos, fato comum a vários hospitais, que
225 precisa de solução. Disse que será necessário avaliar os resultados do PSF, tendo em vista que o
226 Programa apresenta problemas como falta de referência e contra-referência. A propósito do Controle
227 Social, ressaltou ser importante discutir a regulamentação da Lei nº 8.142/90 e da Resolução nº 33.
228 Conselheiro **José Luiz Spigolon** teceu comentários sobre a questão dos Hospitais, destacando que nos
229 últimos três anos houve várias tentativas de discutir com o Ministério da Saúde a questão do débito do
230 setor saúde com a Previdência Social, mas as iniciativas não tiveram sucesso. Nesse sentido, disse ser
231 importante ações mais incisivas para resolver a gravidade em relação à área hospitalar. Conselheiro
232 **Cláudio Bernardo de P. de Freitas** elogiou o pronunciamento do Ministro Interino da Saúde,
233 destacando, em especial, a notícia de recomposição do Orçamento e o recuo do Veto a LDO, iniciativas
234 que, na sua opinião, ilustram a democracia. Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** disse ser importante
235 priorizar o planejamento das ações (diagnóstico, vigilância, entre outros), a fim de alcançar a cobertura,

236 com definição de Política de Gestão e Funcionamento para o Sistema. Conselheiro **Augusto Alves do**
237 **Amorim** parabenizou o Ministro Interino da Saúde por sua fala, ratificando a afirmação sobre a
238 necessidade de garantir a visão holística e integral da saúde, forte característica do Movimento
239 Sanitário. Além disso, ressaltou ser importante implementar política para melhoria da gestão hospitalar.
240 Conselheiro **Elias Fernando Miziara** cumprimentou o Ministro Interino da Saúde por seu
241 pronunciamento, destacando três pontos da apresentação e apontando os seguintes
242 encaminhamentos: **a)** Controle Social: apoio e fortalecimento do Controle Social, com reafirmação do
243 seu caráter deliberativo, de forma a torná-lo mais intenso e efetivo; **b)** humanização: investimentos na
244 humanização dos serviços para a solução da maior parte das dificuldades do setor saúde; e **c)**
245 Indicadores de saúde: construção de indicadores regionalizados e definição de metas a serem atingidas
246 pelas regiões. Conselheiro **Luiz Odorico M. Andrade** afirmou que à manifestação de apoio da sociedade
247 e da mídia ao SUS foi tão importante quanto à conquista da recomposição do orçamento. Propôs que
248 houvesse grande mobilização do CNS no sentido de garantir a presença do Presidente da República e
249 do maior número de Governadores e Prefeitos na abertura da 12^a Conferência, com o intuito de
250 reafirmar pacto nacional em relação à saúde. Além disso, disse ser preciso qualificar os Conselhos
251 Municipais e romper com o modelo de financiamento vigente. Por fim, falou sobre as dificuldades
252 enfrentadas em relação à Atenção Básica e, a propósito, ressaltou que será necessário modificar a
253 lógica de combate da hanseníase (burocrática, passiva e tecnocrática) para alcançar a meta de
254 eliminação definida pela OMS. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** parabenizou o Ministro Interino
255 da Saúde por sua fala, na sua opinião, objetiva, direta e brilhante. Destacou que os desafios do setor
256 saúde somente poderão ser vencidos com a capacitação profissional, valorização do servidor,
257 fortalecimento do Controle Social e formação dos profissionais. Cumprimentou as iniciativas do
258 Governo Federal de retirada do Veto a LDO e de recomposição do Orçamento, resultados da atuação
259 do Movimento Social da Saúde. Por fim, propôs a reinstalação da Comissão do CNS sobre Parâmetros
260 Assistenciais para discutir parâmetros assistenciais a partir do contexto atual. Conselheiro **Carlos**
261 **Alberto Ebeling Duarte** falou sobre matéria publicada no Jornal *O Globo* que apresenta o
262 posicionamento da Igreja Católica sobre a utilização de preservativos. A propósito, mostrou-se
263 preocupado com a declaração da Médica Diretora do Ambulatório de uma Unidade do Rio de Janeiro
264 na matéria de que utiliza as orientações da Igreja Católica ao tratar de questões relativas a DST/AIDS.
265 Ressaltou que tal declaração é preocupante, tendo em vista que a unidade de saúde utiliza recursos do
266 SUS e contraria a Política do MS em relação a DST/AIDS. Nesse sentido, disse ser necessária
267 avaliação sobre o modo de utilização do recurso do SUS na defesa das suas Políticas. Conselheira
268 **Neimy Batista da Silva** ressaltou o avanço no que diz respeito ao reconhecimento da Saúde como
269 Política Pública, pensada a partir da ótica da Seguridade Social. Disse ser importante que o PSF seja a
270 porta de entrada para o SUS e que as suas ações sejam fundamentadas em princípios pedagógicos,
271 preventivos e educativos. Reafirmou, ainda, a importância de realizar pesquisas para conhecer o perfil
272 dos usuários, especialmente, seus interesses, necessidades e aspirações, com o propósito de garantir
273 os seus direitos sociais, a serem efetivados pelas Políticas Públicas do país. Por fim, defendeu a
274 definição de indicadores de avaliação da qualidade dos serviços prestados. A Secretaria-Executiva do
275 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, destacou alguns dos encaminhamentos aprovados pelo Plenário no
276 debate sobre os objetivos setoriais do PPA: **a)** realizar campanha de divulgação do SUS, considerando
277 que o Sistema não é devidamente conhecido pela população; **b)** instituição de GT do CNS sobre
278 normatização, com o propósito de discutir, dentre outras questões, a NOAS e a NOB/RH; e **c)**
279 discussão sobre as Políticas de Saúde. Disse que Estados e Municípios estariam elaborando
280 diagnóstico sobre a situação da saúde, com a finalidade de definir agenda na 12^a Conferência para
281 implementar o SUS almejado. O Procurador da República, **Humberto Jacques de Medeiros**, manifestou
282 satisfação por participar da reunião do Conselho, destacando o amadurecimento do Ministério da
283 Saúde e do Conselho Nacional da Saúde. Parabenizou o pronunciamento do Ministro Interino da Saúde
284 e as intervenções do Colegiado do CNS, destacando, a partir das falas, três eixos a serem pensados: o
285 sagrado – a vida e a humanização; o técnico – orçamento, gerência e indicadores; e o democrático –
286 12^a Conferência e a “crise” na América Latina no que diz respeito à crença na democracia. Em seguida,
287 conclamou o Plenário a refletir sobre a escala de prioridade de discussão dos três eixos citados.
288 Destacou que no aspecto democrático, foram alcançados vários sucessos, considerando que o diálogo
289 tem permitido, se não vencer a “crise”, evitar as guerras. No que diz respeito ao aspecto técnico,
290 destacou ganhos no que se refere às questões orçamentárias, mas não tantos sobre indicadores
291 gerenciais. Disse, porém, que a sua maior preocupação referia-se ao aspecto sagrado, que nem
292 sempre tem podido ficar à frente da pauta dos trabalhos. Porém, disse ser em prol do sagrado, que é a
293 vida, que o Ministério Público trabalhava. Na sua opinião, há dois horizontes em relação aos três eixos:
294 garantir a inversibilidade da relação alcançada entre o CNS e os gestores de saúde; e perceber que a
295 existência de instâncias democráticas que funcionam adequadamente contribui para que haja ações

296 fortes e urgentes em favor do sagrado que é a vida. Por fim, disse que é necessário notar que o estágio
297 da democracia do Conselho e da gestão exige ações capazes de quitar o déficit da democracia em
298 relação à sociedade brasileira. O Ministro Interino da Saúde, **Gastão Wagner de Souza Costa**,
299 agradeceu, a princípio, as referências positivas à sua fala e comentou algumas intervenções do
300 Colegiado. Destacou que, apesar de o Ministério da Saúde procurar garantir coesão nas ações, todo o
301 Governo era heterogêneo no que se refere à construção de Projetos. Disse que o SUS necessitava
302 avançar no que diz respeito à Política de Pessoal, de Capacitação e de Envolvimento. Ressaltou ser
303 importante discutir, junto ao Conselho Nacional de Saúde, e na 12ª Conferência temas como a relação
304 do SUS com as ONGs e as Organizações Sociais, o Programa Saúde da Família, o modelo de gestão,
305 a Política do Servidor Público, gestão de pessoal e reorganização do SUS. Além disso, disse ser
306 necessário reorientar o modelo de financiamento, sem causar desabastecimento na rede. A propósito
307 do PSF, destacou que os Municípios que conseguiram implantar de fato o Programa apresentaram
308 queda no conjunto de internações. Nesse sentido, destacou que será necessário organizar os hospitais
309 a partir dessa nova conjuntura. Encerrou a sua fala destacando que o debate com o Colegiado do CNS
310 consistia em um importante exercício da democracia que auxiliava na definição das prioridades do
311 Ministério da Saúde. Conselheira **Zilda Arns Neumann** solicitou que a sua fala que se segue contasse,
312 na íntegra, em Ata *"Eu gostaria de enfatizar que a mortalidade infantil representa 51% perinatal e
313 neonatal. Nesse sentido, eu proponho a universalização dos Hospitais Amigos da Criança para auxiliar
314 na redução da mortalidade infantil, com garantia de acesso, qualidade e humanização. Para isso, eu
315 sugiro que no novo Orçamento seja disponibilizado recurso para os Hospitais Amigos da Criança. Além
316 disso, gostaria de destacar a necessidade de ampliar e melhorar a fluoteração da água"*. Em resposta
317 à intervenção da Conselheira, o Ministro Interino da Saúde, **Gastão Wagner de Souza Costa**,
318 esclareceu que o orçamento não definia a aplicação dos recursos, mas indicava grandes programas e
319 prioridades a serem considerados. Nesse sentido, disse que o Controle Social tinha importante papel
320 de acompanhamento da gestão dos Programas. Após essas considerações, a Secretária-Executiva do
321 CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, encerrou a discussão, agradecendo a presença do Ministro Interino da
322 Saúde, **Gastão Wagner de Souza Costa**.

ITEM 02 – RESOLUÇÃO Nº 33 – Apresentação, Análise e Votação do Recurso. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, lembrou que um grupo
323 de Conselheiros representantes dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores de saúde apresentou
324 recurso, em 5 de junho de 2003, solicitando a retomada da discussão sobre a Resolução nº 33 do CNS.
325 Segundo o recurso, a inclusão do trecho *"contemplando as entidades médicas"* contraria as
326 deliberações da 10ª Plenária Nacional de Conselhos e a orientação do GT do CNS que discutiu a
327 Resolução nº 33 de não haver discriminação por categorias profissionais de saúde. Explicou que o
328 Plenário teria de analisar e deliberar sobre o recurso para que a Resolução nº 33 pudesse ser
329 renumerada e publicada. Feitos esses esclarecimentos iniciais, abriu o debate sobre o tema.
330 Conselheiro **Zilda Arns Neumann** posicionou-se a favor da manutenção do trecho *"contemplando as
331 entidades médicas"*, ressaltando a importância da participação de representação médica nos
332 Conselhos, em virtude, entre outros fatores, de sua representativa cultural. Além disso, lembrou que o
333 Decreto nº 1.448/95 determina a garantia de vaga para a representação médica nos Conselhos de
334 Saúde. Conselheiro **Cláudio Bernardo de P. de Freitas** pediu maiores esclarecimentos sobre o Decreto
335 nº 1.448/95. A Secretária-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, esclareceu que o Plenário do
336 CNS deliberou por concluir a discussão sobre a Resolução nº 33 para, em seguida, definir a sua
337 recomposição. Porém, no dia 03 de julho foi apresentado recurso à Resolução nº 33, e o Conselho
338 deliberou por acatá-lo, com a ressalva de que não esperaria a sua discussão e definição para definir a
339 sua recomposição. Assim, a recomposição do Conselho foi definida no dia 03 de julho de 2003. Além
340 disso, destacou que a Portaria de Recomposição estava pronta, aguardando novo Decreto do
341 Presidente para ser publicada. Explicou que, apesar de ter sido pautado nos últimos três meses, o
342 recurso não foi discutido, em virtude de uma série de dificuldades e de temas urgentes que
343 necessitavam de definição. Ressaltou, porém, que estava em discussão a Resolução nº 33 e não o
344 Decreto nº 1.448/95 que será revogado e substituído por outro. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior**
345 disse que não poderia participar da discussão sobre a Resolução nº 33 até o final, tendo em vista que
346 teria de acompanhar a Conferência Estadual da Bahia, iniciada no período da manhã do dia 03 de
347 novembro, representando o CNS. Dessa forma, apresentou o seguinte encaminhamento: que o tema
348 fosse tratado no processo de discussão sobre a regulamentação do CNS que se dará no próximo um
349 ano e meio. Além disso, ressaltou que o Conselho teria temas mais urgentes que precisavam de
350 encaminhamento, a exemplo da ADIn da Governadora do Rio de Janeiro, a 12ª Conferência, entre
351 outros. Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** destacou que a Resolução nº 33 era um tema
352 referente não apenas ao CNS, tendo que em vista que os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde,
353 em fase de recomposição, seguiriam as diretrizes da Resolução nº 33. A propósito da recomposição do
354 CNS, lembrou que foi definido prazo de um ano e oito meses, decorridos três, para realizar a

regulamentação do Conselho. Discordou da compreensão de que os médicos não participarão do Conselho, caso seja retirado o trecho “*contemplando as entidades médicas*”. Na sua opinião, a discussão referia-se a possibilidade ou não de garantia de vaga cativa para os profissionais médicos nos Conselhos de Saúde. Conselheiro **Alfredo Boa Sorte Júnior** reforçou a proposta de retirar a discussão de pauta e remete-la para o debate sobre a recomposição do Conselho. Desculpou-se por não poder participar de toda a discussão e retirou-se. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que o Plenário aprovasse o recurso para que a Resolução nº 33 fosse publicada e, posteriormente, fosse estabelecido debate sobre a recomposição do CNS. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** ressaltou que o processo de regulamentação referia-se ao Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº 33 referia-se a composição de todos os Conselhos de Saúde do país. Nesse sentido, defendeu que o Plenário se posicionasse a respeito para que a nova versão da Resolução nº 33 fosse homologada e pudesse ser apresentada na 12ª Conferência. Por fim, manifestou-se favorável à retirada do trecho contemplando as entidades médicas da proposta de Atualização da Resolução nº 33, Da Organização de Conselho, Terceira Diretriz, inciso III, letra I. Conselheira **Maria Eugênia C. Cury** destacou que o Decreto nº 1.448/95 referia-se à composição do Conselho e seria publicado novo Decreto com a nova composição do CNS. Por outro lado, a Resolução nº 33 estabelecia diretrizes nacionais para formulação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, a exemplo da necessidade de garantir a paridade (50% de usuários, 25% de trabalhadores, 25% de gestores e prestadores de serviços). Nesse sentido, disse que não cabia à Resolução nº 33 definir as Entidades que devem participar dos Conselhos, tendo em vista que os Conselhos tem autonomia para definir as categorias que melhor se aplicam às suas realidades. Além disso, afirmou que a Resolução possibilitava a inclusão de todas as categorias dos profissionais de saúde, inclusive, a representação dos médicos. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** disse que a categoria médica estava excluindo-se por adição e apelou para que os médicos não se excluíssem colocando-se como exceção. Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** destacou que a discussão travada não era de caráter ideológico ou semântico, mas referia-se a atual realidade das categorias médicas. Destacou que o FENTAS consiste em um Fórum no qual as Entidades eleitas não possuem autonomia, assim, caso a representação médica participasse do Fórum haveria impasses como, por exemplo, a questão do Ato Médico: as entidades médicas são a favor e o FENTAS contra. Defendeu que o trecho “*contemplando as Entidades Médicas*” não excluía a categoria dos médicos, ao contrário, garantiria a participação nos Conselhos de Saúde. Em virtude da complexidade do tema, ratificou a proposta de continuar o debate no decorrer do processo de discussão sobre a regulamentação do CNS, a fim de amadurecer o consenso em relação à questão. Conselheira **Zilda Arns Neumann** lembrou que a representação de órgãos ou entidades nos Conselhos de Saúde deve ter como critério a representatividade, a abrangência e a complementariedade do conjunto de forças sindicais. Nesse sentido, ressaltou a importância da participação da representação dos médicos e da CNBB nos Conselhos, em virtude da representatividade e abrangência das mesmas. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** defendeu que a discussão fosse centrada no recurso apresentado à Resolução nº 33, tendo em vista que em nenhum momento o FENTAS, Fórum que orientava a participação dos trabalhadores de saúde no Conselho, foi colocado em pauta. Ressaltou que a Resolução consistia em diretriz geral e, por essa razão, não deveria ter exceções. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** comentou o fato de o FENTAS ser citado, com freqüência, nas discussões do Plenário do CNS. Nesse sentido, destacou que o Fórum foi criado com intuito de qualificar a participação dos profissionais de saúde no CNS. Feito esse esclarecimento, defendeu que as decisões seguissem as definições da Lei e a construção dos segmentos fosse feita nos Fóruns. Conselheiro **Elias Fernando Miziara** disse que o pano de fundo do debate sobre a Resolução nº 33, em especial sobre a inclusão do trecho “*contemplando as Entidades Médicas*”, era o intenso embate entre as categoriais de saúde em relação ao Ato Médico. Conselheira **Rosane Maria Nascimento da Silva** apelou para que as questões internas dos segmentos não interferissem na definição sobre a Resolução nº 33. Nesse sentido, propôs que as Entidades Médicas participassem do FENTAS para construir consenso em relação a várias questões, a exemplo do Ato Médico. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que a Secretaria Executiva do CNS, em pesquisa realizada sobre o processo de eleição dos Conselhos nos Estados, observou que os problemas enfrentados na esfera nacional em relação à composição do CNS não eram comuns às esferas estaduais e municipais. Ressaltou, ainda, que a Resolução nº 33 é base para o debate sobre a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Além disso, sinalizou o fato de haver grande expectativa no que se refere à regulamentação do CNS, em virtude da sua repercussão nos Estados e Municípios. Nesse sentido, justificou não ser necessário manter o trecho “*contemplando as Entidades Médicas*”, tendo em vista que o novo Decreto de Recomposição do CNS garante a participação dos médicos no CNS e os Conselhos Estaduais e Municipais não apresentam problemas dessa ordem. Frente ao exposto, apresentou a sugestão de retirar o trecho, considerando que será

416 ponto de discussão permanente no processo de debate sobre a regulamentação do CNS. Feitos esses
417 esclarecimentos, submeteu à deliberação do Plenário a seguinte proposta: **retirar o trecho**
418 **“contemplando as entidades médicas” da proposta de Atualização da Resolução nº 33**, situado na
419 **Terceira Diretriz**, no item *Da Organização de Conselho*, inciso III, letra “I”, em virtude de não ter sido
420 evidenciada dificuldade em relação ao tema nos Estados; e de a questão, na esfera nacional, no
421 mandado vigente, estar resolvida. Além disso, a aprovação ficou consignada ao tema ser ponto de
422 discussão permanente no processo de debate sobre a regulamentação do CNS. O Plenário aprovou a
423 proposta supracitada, com duas abstenções. O Coordenador Nacional do MORHAN, **Artur Custódio**
424 **Moreira de Sousa**, comunicou o Plenário sobre o falecimento do Vice-Coordenador Nacional do
425 MORHAN, **Antônio de Oliveira Borges**, no dia 30 de outubro de 2003, na Bahia. Destacou a intensa
426 atuação do Vice-Coordenador Nacional do MORHAN na defesa do Controle Social e da reintegração da
427 pessoa atingida pela hanseníase na sociedade. O Plenário fez um minuto de silêncio pela morte do
428 Vice-Coordenador Nacional do MORHAN, **Antônio de Oliveira Borges**, e decidiu que a reunião levaria o
429 seu nome. **ITEM 03 – ADIN Nº 2.999/2003 E CAMPANHA “AMIGOS DA CAUSA – AMICUS CURIAE”** –
430 Os Conselheiros **José Luiz Spigolon** e **Carlos Alberto Ebeling Duarte** assumiram a coordenação dos
431 trabalhos e passaram, de imediato, a palavra ao Procurador da República, **Humberto Jacques de**
432 **Medeiros**, para que iniciasse a apresentação da ADIn nº 2.999/03. O Procurador da República,
433 **Humberto Jacques de Medeiros**, explicou que trataria do significado e da extensão da ADIn nº 2.999/03
434 ingressada no Supremo Tribunal Federal pela governadora do Estado do Rio de Janeiro, **Rosinha**
435 **Matheus**. Destacou que o ingresso da ADIn contra a Resolução nº 322 do CNS no Supremo Tribunal
436 Federal era um ato para ser comemorado, considerando que poucos órgãos podem ser acionados pelo
437 STF. Disse, porém, que a ADIn levava à Corte do STF duas questões para serem resolvidas: a exata
438 interpretação das Emendas Constitucionais nº 29 e nº 31 (Fundo de Erradicação da Pobreza); e a
439 questão preliminar da exata dimensão da competência do Conselho Nacional de Saúde em editar
440 normas. Nesse sentido, destacou que uma eventual derrota em relação a ADIn poderia significar o
441 esvaziamento do poder deliberativo do Conselho Nacional de Saúde, bem como dos Conselhos
442 Estaduais e Municipais de Saúde ou, ainda, a limitação de sua atuação. Destacou que o processo de
443 uma ADIn, historicamente, era muito fechado, mas nos últimos anos sofreu aberturas: a nova
444 Legislação permitiu a manifestação de mais pessoas em relação a uma ADIn, tendo em vista que a
445 Constituição é muito importante para que apenas 11 pessoas digam o seu real significado. A propósito,
446 falou sobre a Campanha *Amicus Curiae* (Amigos da Causa) que consiste em petições de pessoas
447 jurídicas junto ao Supremo Tribunal Federal em favor do Controle Social, com o propósito de explicitar à
448 Corte do STF (composta por 11 Ministros) o papel do Conselho Nacional da Saúde e o significado e
449 importância do Controle Social. Explicou que, utilizando-se do modelo de petição elaborado e difundido,
450 várias entidades têm se dirigido ao Supremo, e as petições deverão ser consideradas pelo Tribunal na
451 decisão sobre a ADIn nº 299/03. Afirmou ser a hora de o Controle Social expressar-se, considerando
452 que há duas possibilidades para o desfecho da Ação: a diminuição do caráter deliberativo dos
453 Conselhos; ou o reconhecimento, por parte da Corte do STF, do papel constitucional relevante do CNS
454 que possui o *status* de editar normas a serem cumpridas por vários atores. A propósito das ações do
455 Conselho em relação a ADIn, o Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** informou que no dia 31 de
456 outubro foi realizada reunião entre um grupo de Conselheiros do CNS e o Advogado Geral da União,
457 **Álvaro Augusto**, em que foi apresentada a manifestação do Conselho sobre a ADIn que enfatiza o risco
458 de diminuição do caráter deliberativo do CNS. Conselheiro **José Luiz Spigolon** registrou a presença do
459 Deputado Federal **Darcísio Perondi** na reunião, convidando-o a compor a mesa e participar do debate.
460 Em seguida, abriu o debate sobre o tema. Conselheira **Maria Leda de R. Dantas** perguntou se qualquer
461 pessoa jurídica poderia apresentar petições à Corte do STF. Em resposta, o Procurador da República
462 esclareceu que, segundo a Lei, Entidades e pessoas jurídicas (autarquia, ONG, Conselho Profissional,
463 Confederação, Sindicato, Associação, Fundação, entre outras), com restrição de pessoa física, podem
464 enviar petições à Corte. Reafirmou a importância de as petições expressarem leitura sobre a
465 Democracia Participativa. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** informou que, salvo engano, já
466 foram aceitas 49 petições sobre a ADIn. Conselheiro **Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto** pediu
467 esclarecimentos sobre o prazo para manifestação das Entidades, o trâmite do processo e outros
468 possíveis pontos de intervenção. Em resposta, o Procurador da República esclareceu que a Ação
469 seguia o seguinte trâmite: ao ser proposta, a ADIn foi encaminhada ao Ministro **Gilmar Ferreira Mendes**,
470 relator do processo, que preferiu ouvir os posicionamentos e optou por imprimir à Ação o trâmite mais
471 rápido. Assim, durante dez dias, o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, o Advogado Geral
472 da União, **Álvaro Augusto**, e o Procurador Geral da República prestam informações ao Tribunal. Em
473 seguida, o processo retorna ao relator da Ação que solicita que o assunto seja levado à sessão do
474 Tribunal Pleno que acontece às quartas-feiras. Desse modo, em uma quarta-feira, os onze Ministros
475 reúnem-se, o relator apresenta a Ação, e, em seguida, o Procurador Geral da República e o Advogado

476 Geral da União pronunciam-se. A partir daí é iniciada a votação em que cada um dos onze Ministros
477 manifesta a sua posição. Esclareceu que a sessão é pública, avisada com antecedência. Além disso,
478 disse que não há impedimento em se dirigir cartas ou petições aos Ministros. A propósito do prazo para
479 envio de petições, destacou que era até antes de acontecer a sessão e, desse modo, as Entidades
480 teriam, pelo menos, quinze dias para o envio. Ressaltou que o caso era emblemático para o STF,
481 considerando que nunca houve uma causa com tantos "amigos" o que auxiliará na sensibilização dos
482 Ministros sobre o tamanho da democracia participativa do país. Destacou que os Ministros do STF
483 tinham consciência de que as suas decisões têm de refletir a pluralidade do jogo em que se passa a
484 democracia no âmbito da sociedade e de que a Constituição constrói o tecido social. Nesse sentido,
485 destacou que os Ministros do STF eram receptíveis e sensíveis, considerando que tinham consciência
486 sobre a importância de ouvir para dizer qual o "verdadeiro sentido" da Constituição. Conselheiro **Carlos**
487 **Alberto Ebeling Duarte** lembrou que o STF não admite recurso e, desse modo, a decisão tomada será
488 definitiva. Conselheiro **Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto** perguntou qual a possibilidade de a decisão
489 do Supremo ser favorável ao CNS. Em resposta, o Procurador da República, ressaltou que a corte do
490 STF era política, de caráter estadista e tinha de pesar todos os conflitos envolvidos, a exemplo de
491 vários Estados que não estão cumprindo a EC nº 29, para decidir. Além disso, disse que a Corte era
492 prudente para não tomar posição que fira a Constituição Federal. Nesse sentido, reforçou a importância
493 de reafirmar o sentido da saúde e da democracia participativa. Por fim, informou que nunca uma
494 questão sanitária perdeu no Supremo e a corte sempre decidiu em favor aos usuários. Conselheira
495 **Maria Leda de R. Dantas** perguntou se os Ministros do STF recebiam visitas de cidadãos. Em resposta,
496 o Procurador da República explicou que os Conselheiros poderiam dirigir-se aos Ministros, de forma
497 organizada, como *Amicus Curiae*. O Deputado **Darcísio Perondi** fez uso da palavra para sinalizar a
498 revisão do Orçamento 2004, por parte do Governo, em relação ao corte de R\$ 3,5 bilhões. Na sua
499 opinião, tal iniciativa foi resultado da mobilização e do movimento que contou com a participação do
500 CNS e com o apoio da imprensa. Destacou que o recurso será aplicado na Atenção Básica,
501 considerando a necessidade de equilíbrio na área ambulatorial e hospitalar. Porém, apelou para que o
502 CNS refletisse sobre o fato de a nova recomposição orçamentária ter destinado, ao invés de R\$ 800
503 milhões, R\$ 1,8 bilhão do recurso da saúde para o Programa Bolsa-Família. Nesse sentido, ressaltou
504 a importância de o Movimento da Saúde manter-se mobilizado, considerando o incremento e a ADIn. O
505 Procurador da República, **Humberto Jacques de Medeiros**, concluiu sua participação no debate
506 destacando que o jogo da ADIn é um jogo que não gostaria de jogar. Ressaltou que o CNS não decidiu
507 entrar no jogo, mas, uma vez que começou, o CNS não devia desmobilizar-se, tendo em vista a
508 gravidade da situação e a necessidade de explicitar à Corte o desenho da Constituição Federal sobre o
509 SUS, o Controle Social e a Democracia Participativa. Conselheiro **José Luiz Spigolon** agradeceu a
510 participação e os esclarecimentos do Procurador da República, **Humberto Jacques de Medeiros** e
511 encerrou a discussão sobre o tema. **ITEM 04 – GRUPOS DE TRABALHO SOBRE TEMAS**
512 **ESPECÍFICOS** – O Plenário do CNS formou seis grupos de trabalho, com o propósito de agilizar o
513 debate e submeter à apreciação e deliberação do Plenário do CNS encaminhamentos e resoluções
514 sobre os seguintes temas: Saúde Suplementar; Regulamentação da EC nº 29/COFIN; Hospitais
515 Universitários; Política de Erradicação da Hanseníase; Comissão de Avaliação de Comissões e GTs do
516 CNS e Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH; e Cartão SUS. A dinâmica teve por
517 objetivo ampliar as discussões e deliberações do CNS sobre pontos pendentes. Os grupos reuniram-se
518 no final da tarde do primeiro dia de reunião e no segundo dia submeteram à apreciação do Plenário as
519 suas propostas. **ITEM 05 – INFORMES E INDICAÇÕES** – Item não apresentado. **ITEM 06 –**
520 **APRESENTAÇÃO E APROVAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS GRUPOS DE TRABALHO** – No segundo
521 dia de reunião, os seis Grupos de Trabalho submeteram à apreciação e deliberação do Plenário os
522 seus Relatórios de Atividades, a saber: **Grupo I** – Tema: **Saúde Suplementar** – Componentes: **Fausto**
523 **Pereira dos Santos**, Ministério da Saúde; e Conselheiros: **Mário César Scheffer**, **Cibile Gueresi de**
524 **Mello Osório**, **Graciara Matos de Azevedo**, **Augusto Alves do Amorim**, **Jesus Francisco Garcia**, **José**
525 **Luiz Spigolon**, **Sérgio Ricardo Góes Mena Barreto**, e **Rosane Lowenthal**. Assessoria Técnica: **Maria**
526 **Camila B. Faccenda**, e **Denise de Paula Cardoso**. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** apresentou
527 o Relatório das Atividades do Grupo I, destacando os seguintes pontos de discussão: CPI sobre os
528 Planos de Saúde, em fase de conclusão; Fórum de Saúde Suplementar, em conclusão; e 12ª
529 Conferência Nacional de Saúde, a ser realizada em dezembro de 2004, que discutirá o tema "Saúde
530 Suplementar". Em seguida, apresentou as seguintes ações, a serem implementadas pelo Conselho
531 Nacional de Saúde: **a)** instituir e reestruturar a Comissão de Saúde Suplementar até a Reunião
532 Ordinária de dezembro, de forma paritária (conforme proposta de Resolução); **b)** discutir a forma de
533 Controle Social sobre a ANS; **c)** considerar o acúmulo de experiências do Fórum Nacional de Saúde
534 Suplementar, da CPI sobre Os Planos de Saúde e da 12ª Conferência Nacional de Saúde para propor
535 diretrizes para a Saúde Suplementar em 2004; **d)** convocar a ANS para apresentar a proposta sobre o

536 “tratamento da questão da faixa etária dos planos de saúde”, cujo prazo final para a discussão é o mês
537 de janeiro de 2004; e **e) gestionar junto a Casa Civil a possibilidade de discutir o Anteprojeto de Lei que**
538 dispõe sobre o novo modelo de gestão das Agências Reguladoras – ANS e ANVISA. Além do relatório,
539 apresentou proposta de Resolução em que o CNS decide reativar e implementar a Comissão de Saúde
540 Suplementar, com a atribuição de subsidiar a atuação do CNS nas discussões sobre o aperfeiçoamento
541 da legislação e revisão do espaço institucional da regulamentação da Saúde Suplementar, bem como
542 sua inclusão na Política Nacional de Saúde, composta, de forma paritária, por oito membros, sendo: 04
543 representantes dos usuários; 02 representantes dos profissionais de saúde; 02 Representantes dos
544 gestores e prestadores de serviço. Após a apresentação das propostas do Grupo, o Colegiado
545 apresentou os seguintes destaques: **a)** o Anteprojeto da Casa Civil sobre as Agências Reguladoras
546 apresenta avanço ao determinar que a definição da Política será feita por parte do Ministério da Saúde
547 e regulação por parte das Agências Reguladoras – ANVISA e ANS, porém não trata de forma
548 adequada os trabalhadores da ANVISA – solicitação de apoio à proposta de Emenda, elaborada pela
549 Associação de Servidores da Vigilância Sanitária, solicitando que os servidores da ANVISA sejam
550 incorporados na carreira; **b)** que a Secretaria Executiva do CNS recuperasse a deliberação do CNS,
551 enviada à Câmara dos Deputados, que proíbe o aumento de Planos de Saúde a pretexto de idade, a
552 fim de anexá-la ao relatório e à Resolução proposta pelo Grupo; e **c)** necessidade de o Conselho
553 posicionar-se contra o aumento de Planos de Saúde a pretexto de idade. **Deliberação:** O relatório, bem
554 como as propostas nele contidas, e a proposta de Deliberação foram aprovadas por unanimidade, com
555 o adendo de recuperar a Resolução do CNS, enviada à Câmara dos Deputados, que proíbe o aumento
556 de Planos de Saúde a pretexto de idade, a fim de anexá-la ao relatório e à Resolução proposta pelo
557 Grupo. Os segmentos devem enviar os nomes de seus representantes para compor a Comissão de
558 Saúde Suplementar até o dia 26 de novembro de 2003. **Grupo II – Tema: Regulamentação da Emenda**
559 **Constitucional nº 29 – COFIN/CNS** – O Grupo apresentou informe sobre o processo de discussão da
560 Comissão do Ministério da Saúde constituída para propor a Regulamentação da EC nº 29. A proposta
561 de Regulamentação da EC nº 29, elaborada pela Comissão, será apresentada ao Ministro da Saúde.
562 Pela proposta atual se manteria o percentual para aplicação de recursos de Estados (12%) e
563 Municípios (15%), conforme propõe a EC nº 29. A mudança ocorreria na forma e definição dos recursos
564 a serem aplicados pela União que passariam a ser com percentual das *Receitas Líquidas da União* ao
565 invés da *Correção pela Variação Nominal do PIB*. Devido à exigüidade de tempo, o debate sobre a
566 Regulamentação da EC nº 29 foi transferido para a 137ª Reunião Ordinária do CNS. **Grupo III – Tema:**
567 **Hospitais Universitários** – Componentes: **Karla Larica** e **Elaine Machado Lopez**, Representantes do
568 Ministério da Saúde; e Conselheiros: **Lucas Cardoso Veras Neto**, **André**, **Rui Barbosa da Silva** e
569 **Cláudio Bernardo de Freitas**. Conselheiro **Cláudio Bernardo de P. de Freitas** apresentou o Relatório das
570 Atividades do Grupo II, destacando: **a)** a apresentação do balanço das medidas da atual administração
571 federal no que diz respeito aos Hospitais Universitários - foram apresentadas Portarias relativas ao
572 tema, sendo: Portaria Interministerial nº 562/03, que criou a Comissão Interinstitucional, a Portaria
573 MS/GM nº 1098/03 que estabelece montante de recursos no valor de 50 milhões para os hospitais das
574 Instituições Públicas Federais de Ensino e a Portaria MS/GM nº 1560 que congela a habilitação de
575 Hospitais e o valor do FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa); e **b)** o
576 relato sobre o andamento dos trabalhos da Comissão Interministeriais, especialmente, sobre os
577 critérios de certificação da condição de Hospital Universitário. Em seguida, destacou as seguintes
578 conclusões do Grupo: necessidade de realizar a inserção/integração qualificada dos Hospitais
579 Universitários no SUS, além de acordo de produção de serviços; e o reconhecimento sobre a situação
580 legal precária dos Hospitais do Sistema Federal de Ensino Superior; e situação grave no financiamento
581 dos hospitais realmente filantrópicos. A representante do Departamento de Atenção Especializada/MS,
582 **Karla Larica**, destacou que a Comissão Interministerial de Avaliação dos Hospitais Universitários tinha
583 por objetivo conhecer e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil,
584 visando reorientar e/ou reformular a Política Nacional do Setor. Disse ser importante a participação dos
585 Conselheiros do CNS na Comissão, a fim de que se alcance o objetivo proposto. Falou, ainda, sobre a
586 minuta de Portaria de Certificação dos Hospitais de Ensino, destacando que um dos requisitos para que
587 o Hospital seja de Ensino é a existência de Conselho Gestor, visando garantir a participação mais
588 ampla nas decisões e qualificar a gestão. **Encaminhamento:** que o CNS discuta o tema a fim de
589 oferecer subsídios para a Comissão Interministerial que está discutindo o tema dos Hospitais
590 Universitários. Devido à exigüidade de tempo, o debate sobre os Hospitais Universitários foi transferido
591 para a 137ª Reunião Ordinária do CNS. **Grupo IV – Tema: Política de Combate à Hanseníase** –
592 Componentes: **Eni Carajá Filho**, **Joseney Santos**, **Dora Martins**, **Maria Leda de Resende Dantas**, **Neimy**
593 **Batista da Silva**, **Clóvis Boufleur**, **Luiz Odorico Monteiro de Andrade**, **Gerson Fernando**, **Wagner**
594 **Nogueira**. Assessoria Técnica: **Lucia Vânia** e **Analice**. Conselheiro **Eni Carajá Filho** apresentou o
595 Relatório das Atividades do Grupo IV, destacando os seguintes pontos da discussão: **a)** balanço sobre

596 a Política de Combate à tuberculose e à hanseníase; **b)** iniciativas da Comissão Intersetorial de
597 Eliminação da Hanseníase; **c)** comentários sobre a Campanha de Mídia sobre a hanseníase que será
598 divulgada no mês de novembro 2003, pesquisa, prevenção de incapacidades e Projetos da Área da
599 Saúde; e **d)** discussão sobre a Aliança Global de Eliminação da Hanseníase, a ser firmada em 2004.
600 Em seguida, apresentou as seguintes propostas e encaminhamentos do Grupo: **a)** preparar ampla
601 mobilização na 12ª Conferência Nacional de Saúde, visando o envolvimento dos delegados na defesa
602 da eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2005; **b)** enviar Carta Eletrônica a
603 todos os Conselhos Municipais e Estaduais, recomendando a discussão sobre a eliminação da
604 hanseníase; **c)** discutir a possibilidade de implantação de Política Compensatória, atendendo pessoas
605 com hanseníase no processo de unificação das Políticas Sociais, a exemplo do Programa Bolsa-
606 Família e similares; **d)** firmar novo pacto para percepção da atuação das Três Esferas do Governo na
607 eliminação da hanseníase, que deverá ser liderado pelo Presidente da República, Governadores,
608 Prefeitos, CONASS, CONASEMS, Rede de COSEMS, Conselhos de Saúde, e Órgãos Gestores; **e)**
609 garantir que a política para a Hanseníase seja estratégica e não meramente programática; e **f)** solicitar
610 à Área Técnica de Dermatologia Sanitária/ MS a apresentação de agenda com Plano de Atividades e
611 recursos direcionados à eliminação da hanseníase. Após apresentação do relatório, o Plenário
612 apresentou os seguintes destaques: **a)** manifestação de apoio à sugestão de iniciar Campanha em prol
613 da Eliminação da hanseníase na 12ª Conferência Nacional da Saúde; **b)** proposta de utilizar o espaço
614 da 12ª Conferência Nacional da Saúde para deflagrar e divulgar a proposta de “*mutirão nacional*”,
615 visando congregar, de forma intersetorial, o Governo Federal e os Governos Estaduais e Municipais,
616 com o propósito de atingir a meta de eliminação da hanseníase até 2005; **c)** necessidade de definir
617 estratégias para incentivar a conclusão do tratamento da hanseníase; **d)** proposta de o CNS eleger a
618 eliminação da hanseníase como causa nº 1, pautando o assunto permanentemente; **e)** pautar o tema
619 na 137ª Reunião Ordinária; e **f)** informação sobre Seminário de Avaliação das Ações de hanseníase no
620 biênio 2002/2003 que está sendo realizado. **Deliberação:** o relatório, bem como as propostas nele
621 contidas, foi aprovado com uma abstenção, considerando os adendos apresentados pelo Plenário.
622 Conselheiro **Elias Fernando Miziara** solicitou declaração de voto para esclarecer que se absteve da
623 votação, não por ser contrário ao combate à hanseníase, mas por ser contra a proposta de o CNS
624 adotar uma patologia como mote principal no leque de doenças de fácil controle e baixo custo. **Grupo V**
625 – Tema: **Comissão de Avaliação de Comissões e GTs do CNS e Comissão Intersetorial de Recursos**
626 **Humanos – CIRH/CNS** – Conselheira **Maria Natividade G. S. T. Santana** lembrou que o Plenário
627 decidiu adiar a avaliação das Comissões e GTs do CNS para o ano de 2004, com a ressalva de que
628 questões urgentes relativas às Comissões deveriam ser submetidas à apreciação e deliberação do
629 Pleno. Nesse sentido, apresentou temas e propostas relativas a CIRH que necessitavam de definição,
630 sendo: **01.** Proposta de nova composição da CIRH/CNS: frente às dificuldades da CIRH/CNS em
631 acompanhar as ações relativas à Política de Gestão do Trabalho e Educação no Trabalho, foi
632 apresentada proposta de nova composição nos seguintes termos: 03 Representantes do Ministério da
633 Saúde – Departamento de Gestão do Trabalho, Departamento de Gestão da Educação, e Núcleo de
634 Recursos Humanos da FIOCRUZ; 01 Representante do MEC; 01 Representante do Ministério de
635 Ciência e Tecnologia; um Representante do Ministério do Trabalho; 01 Representante do Ministério do
636 Orçamento, Planejamento e Gestão; 01 Representante do CONASS; 01 Representante do
637 CONASEMS; 01 Representante da Federação Nacional dos Médicos; 01 Representante da Associação
638 Brasileira de Enfermagem; 01 Representante da CNTS; 01 Representante da CNTSS; 04
639 Representantes de Profissionais de Saúde; e 04 Representantes de Usuários. Após apresentação da
640 proposta de recomposição, o Plenário apresentou os seguintes destaques: **a)** reestruturar a CIRH/CNS
641 conforme a sua base atual, tendo em vista que a discussão sobre a avaliação de Comissões e GTs do
642 CNS foi adiada para 2004; **b)** preocupação no que diz respeito ao número de componentes; **c)** proposta
643 de inclusão de representante da ABRASCO na Comissão; e **d)** sugestão de definir, no próximo período,
644 subcomissão da CIRH/CNS para tratar, dentre outros assuntos, da questão dos Hospitais Universitários
645 e da abertura de novos cursos na área da saúde. **Deliberação:** o Plenário aprovou, com duas
646 abstenções, a recomposição excepcional da CIRH/CNS, conforme proposta apresentada, até a
647 definição das diretrizes para reformulação das Comissões e GTs do CNS, considerando a proposta de
648 inclusão de representante da ABRASCO. **02.** Parecer das CIRH/CNS sobre o Projeto de Lei do Senado
649 Federal nº 25/2002, de autoria do Senador **Geraldo Althoff**, que define o Ato Médico: apresentação da
650 conclusão do Parecer da Comissão que recomenda a rejeição do Projeto de Lei na forma em que se
651 encontra e apresenta os seguintes encaminhamentos: negociação entre a Secretaria de Gestão do
652 Trabalho e Educação em Saúde e a CAS para que, tão logo seja nomeado o relator do PL, seja
653 realizado Seminário com vistas ao aprofundamento social do debate, com o seguinte tema *Relações*
654 *Interdisciplinares na equipe de saúde e o Projeto de Lei do Ato Médico*; formação de um Grupo de
655 Trabalho, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, composto de forma inter e

multidisciplinar, com vistas à elaboração de proposta de regulamentação das profissões da área da saúde no Brasil, de acordo com as necessidades sociais e do SUS; e negociar um substitutivo geral com relator da CAS. Após apresentação do Parecer da CIRH/CNS, foram apresentados os seguintes destaques: **a)** manifestação contrária à recomendação de rejeição do Projeto de Lei na forma em que se encontra, tendo em vista que não foram considerados outros documentos, a exemplo da resposta do CFM ao Parecer; **b)** proposta de acolhimento parcial do Projeto de Lei, com acompanhamento do debate no âmbito do Congresso Nacional; e **c)** solicitação para que os documentos sobre o Projeto de Lei fossem distribuídos aos Conselheiros. **Deliberação:** O Pleno aprovou, com dois votos contrários e uma abstenção, o item 04 do Parecer da CIRH/CNS sobre o Projeto de Lei nº 25/2002 que define o Ato Médico, contemplando a proposta de substituição da palavra “rejeição” por “continuação da discussão sobre o PL”. Também aprovou, com duas abstenções, a proposta de delegar à Comissão de Coordenação Geral do CNS a tarefa de entrar em contato com a Secretaria de Gestão do Trabalho e com o Deputado Tião Viana, relator do Projeto de Lei nº 25/2002, para tomar conhecimento sobre o andamento do processo de discussão do PL nº 25/2002 para, posteriormente, discutir os demais encaminhamentos apresentados pela CIRH/CNS.

03. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP – distribuídos os seguintes documentos a serem ratificados pelo Plenário: **a)** Minuta de Resolução que resolve: ratificar a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP, de acordo com os objetivos contidos nas Resoluções nºs 52 e 229 e as deliberações do Pleno do Conselho para estabelecer negociação sobre temas específicos; e propor a alteração na composição prevista na Resolução nº 229/97, quanto ao número e representação, considerando a paridade, ficando, portanto, constituída por 11 representantes dos empregadores públicos, duas representações patronais do setor privado e 13 das entidades sindicais; **b)** Protocolo para instituição formal das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS; e **c)** Regimento Interno da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP/SUS. **Deliberação:** o Pleno aprovou, com uma abstenção, a Minuta de Resolução, bem como Regimento Interno da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – MNNP/SUS, e o Protocolo para instituição formal das Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS.

04. Norma Operacional de Recursos Humanos – NOB/RH – proposta de Resolução que propõe a transformação das diretrizes para a NOB/RH em princípios e diretrizes para uma Política Nacional de Recursos Humanos. **Deliberação:** o Plenário aprovou, com duas abstenções, a proposta de Resolução.

05. Abertura de Novos Cursos na Área da Saúde – Proposta de convidar o Ministro da Educação, **Cristovam Buarque**, e o Ministro da Saúde, **Humberto Sérgio Costa Lima**, a participarem da discussão sobre o tema na 137ª Reunião Ordinária do CNS. **Deliberação:** O Plenário aprovou a proposta por unanimidade.

Grupo VI – Tema: Cartão SUS – O membro da Área de Informação e Informática do Ministério do SUS, **Alcindo Ferla**, prestou contas sobre a situação do Projeto Piloto do Cartão Nacional de Saúde e apresentou os ajustes realizados durante os últimos dez meses de implantação. Destacou que o Projeto Piloto do Cartão, iniciado em 1999 e com 50% de implantação, apontou as seguintes inadequações: **a)** problemas e dificuldades na utilização do Sistema Informatizado para coleta de dados de atendimento; **b)** inadequação dos equipamentos utilizados para determinados locais; **c)** alto custo da rede de comunicação privada do Cartão que, na maior parte das vezes, mostrou-se desnecessária; e **d)** as empresas de informática não são os melhores parceiros para a implantação do Cartão. Frente às inadequações, explicou que foram realizadas duas mudanças: compatibilização da tecnologia do Cartão a dos demais cartões que identificam usuários na Área de Segurança, e publicação das soluções de informáticas que possibilitam a realização de ajustes por parte dos Municípios. Para tais ajustes, destacou que foi disponibilizado o montante de R\$ 15 milhões, com prioridade para Regiões, Estados e Municípios que consigam oferecer funcionalidade aos usuários – agendamento de consultas e coleta eletrônica de dados. Informou que a previsão de gasto para 2003 é de 50 milhões, com expansão da meta de 63 para 80 milhões. Na sua opinião, a proposta apresentada de reorganização do Cartão foi acolhida pelo Grupo.

ITEM 07 – INFORMES DA TRIPARTITE – O Coordenador da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, **Cipriano Maia de Vasconcelos**, apresentou informe sobre a reunião da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, realizada em outubro de 2003, que discutiu os seguintes temas:

01. Situação das habilitações em gestão plena de municípios: a partir da competência novembro estão habilitados, conforme a NOAS, 1245 municípios em gestão plena de atenção básica ampliada e 157 municípios em gestão plena de sistema municipal.

02. Situação das habilitações em gestão plena de estados: habilitação do Estado do Piauí, a partir da competência dezembro, com isso há 19 estados já habilitados e publicados e 21 já aprovados.

03. Qualificação de Estados para o recebimento do incentivo HIV/AIDS – apenas o Estado do Amapá não está qualificado, com previsão de ser qualificado no mês de novembro; aproximadamente 50 municípios não estão qualificados.

04. Pólo de Educação Permanente: discussão e aprovação dos critérios de alocação de recursos.

05. Termo de Ajuste e Metas: ao invés do Termo de Ajustes e Metas para 2004 será publicada Portaria que contemple a

pactuação entre Ministério da Saúde, estados e municípios. **06.** Reorganização do Programa Nacional de Controle da Tuberculose: definição de critérios para o recebimento do incentivo, por parte dos municípios – aprovada a proposta de alocação de recursos com base na concentração de casos por município. Além disso, na reunião da CIT, foram apresentados informes sobre medicamentos de dispensação em caráter excepcional, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, Terapia Renal Substitutiva (extrapolamento mensal de tetos), e Auditoria realizada no município de Teresina - PI. Conselheiro **Cláudio Bernardo de P. de Freitas** perguntou se o critério da aplicação da EC nº 29 tem sido considerado na habilitação em gestão plena. Em resposta, o Coordenador da CIT explicou que o cumprimento da EC nº 29, conforme a NOAS, era uma das exigências para habilitação de estados e municípios. Entretanto, atualmente, o cumprimento da EC nº 29 não tem sido considerado como critério no processo de habilitação, sendo pactuado que seria exigência para alimentar o SIOPS. Tal fato suscitou grande polêmica e foi alegado o fato de não haver isonomia na avaliação do cumprimento de estados e municípios. Além disso, destacou que, por não haver regulamentação da EC nº 29, seria difícil considerar o seu cumprimento como critério para habilitação. Desse modo, disse ser importante estabelecer formas de sanções para o descumprimento da Emenda na discussão sobre o seu processo de regulamentação. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** sugeriu que não houvesse punição para os Estados que ainda não conseguiram habilitar-se, conforme a NOAS. Além disso, propôs que os Estados firmassem Termo de Ajustes e Metas junto ao Ministério Público, a fim de garantir a habilitação e o cumprimento de metas. Solicitou que o relatório da auditoria realizada na gestão do Estado do Espírito Santo fosse disponibilizado, bem como maiores informações sobre o processo de habilitação do Estado. Perguntou, ainda, sobre os requisitos de plano de carreira dos gestores. Em resposta, o Coordenador da CIT disse que a CIT recebeu documento do Ministério Público do Espírito Santo informando sobre os processos em andamento. Nesse sentido, disse que o documento será discutido e levado em consideração no processo de avaliação do Estado. A propósito do Plano de Carreiras, disse se tratar de exigência acima da norma, dizendo respeito a problemas comuns a vários estados. Disse haver grande preocupação com o fortalecimento do processo de avaliação da gestão. A propósito, informou sobre a iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com CONASS e CONASEMS, de realizar processo de avaliação da gestão e de intensificar os mecanismos de controle do uso de recursos no processo de gestão. Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que a CIT tratasse de forma mais específica o papel do DENASUS e que o Controle Social participasse das auditorias realizadas nos Estados pelo Departamento. Conselheira **Neide Regina C. Barrigueli** disse ser importante a participação de usuários na discussão sobre terapia renal substitutiva. Defendeu, ainda, a instituição de Conselho Gestor em todas as instâncias para acompanhar a execução de ações e de recursos. Conselheiro **Cláudio Bernardo de P. de Freitas** lembrou que o não cumprimento da EC nº 29 permitia a intervenção em Municípios e Estados e, nesse sentido, destacou que o fato de o cumprimento da Emenda não ser considerado critério para habilitação de estados e municípios era uma contradição. O Coordenador da CIT, **Cipriano Maia de Vasconcelos**, comentou as intervenções do Colegiado, destacando, a princípio, que o Ministério da Saúde tem debatido a questão das auditorias e do DENASUS. Ressaltou que há consenso entre as esferas de Governo sobre a inadequação dos processos de auditoria e a necessidade de qualificá-los. Explicou que o Grupo Tripartite constituído para tratar do extrapolamento mensal de tetos em alguns Estados e definir mecanismos para melhorar a regulação era distinto do grupo de trabalho que estava discutindo a Política para o paciente renal. A propósito do cumprimento da EC nº 29, destacou que o Sistema é contraditório, tendo em vista que, caso o critério de cumprimento da Emenda fosse rigorosamente exigido para a habilitação, nenhum município seria habilitado. Daí ressaltou a importância da regulamentação da EC nº 29 e da revisão normativa. **ITEM 08 – 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE** – O Coordenador da 12ª Conferência, **Eduardo Jorge M. A. Sobrinho**, apresentou informe sobre o processo de realização das Conferências Estaduais de Saúde, destacando os seguintes pontos: já foram realizadas 20 Conferências Estaduais de Saúde, com ampla participação; a Secretaria Estadual de São Paulo mudou a data de realização da Conferência Estadual; e o Estado do Maranhão mudou a data de realização da sua Conferência para o período de 24 a 27 de novembro. A propósito da Conferência Estadual do Maranhão, propôs que a Secretaria Executiva do CNS enviasse correspondência à Secretaria Estadual do Estado informando que os delegados eleitos na Conferência Estadual serão credenciados na 12ª Conferência Nacional de Saúde, entretanto, não terão direito à escolha de grupos, ficando com as vagas remanescentes. Além disso, o relatório final da Conferência do Estado será encaminhado à Relatoria Geral da 12ª, porém, não será consolidado com os demais, uma vez que será entregue fora do prazo determinado para o envio dos relatórios estaduais. Em seguida, manifestou preocupação no que diz respeito à composição e número de componentes das Mesas-redondas, destacando que o “excesso” de componentes (mais de cinco membros), conforme evidenciado nas Conferências Estaduais, prejudica os trabalhos. Na sua opinião, as Mesas-redondas deveriam ter, no máximo, cinco

776 componentes. Nesse sentido, apresentou os seguintes encaminhamentos: diminuir ao máximo o
777 número de componentes das Mesas-redondas; definir os nomes dos Conferencistas e dos
778 componentes da Mesa que estavam pendentes até o fim da semana. A Secretaria-Executiva do CNS,
779 **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que os quatro segmentos teriam de reunir-se para concluir a definição
780 de vagas. Destacou as Mesas 02 *A Organização da Atenção à Saúde*, 05 *A Seguridade Social e a*
781 *Saúde* e 08 *O Trabalho na Saúde*, que necessitavam ser ordenadas, em virtude de terem mais de seis
782 componentes. Além disso, lembrou a discussão do CNS de contemplar os quatro segmentos no
783 conjunto das Mesas. O relator da 12ª Conferência, **Paulo Gadelha**, apresentou informe sucinto sobre o
784 andamento dos trabalhos da relatoria. Explicou que o cronograma da relatoria estava em dia, e já foram
785 recebidos relatórios de estados. Além disso, disse que a reunião do dia 18 de novembro já está
786 organizada. Conselheiro **Cibele Gueresi de M. Osório** solicitou que o Plenário refletisse sobre a
787 necessidade de debatedor nas Mesas, tendo em vista que os delegados debaterão com os
788 componentes da Mesa. A propósito da Conferência Estadual do Maranhão, Conselheiro **Alexandre de**
789 **Oliveira Fraga** propôs que fosse enviada correspondência ao Estado, nos moldes daquela enviada ao
790 Estado de São Paulo. Lembrou a dificuldade de definir a composição das Mesas e, nesse sentido,
791 afirmou que seria difícil rediscutir a composição na reunião, em virtude do avançar das horas.
792 Conselheiro **Eni Carajá Filho** propôs que as Mesas tivessem, no máximo, cinco componentes.
793 Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** lembrou que a proposta de Regulamento da 12ª Conferência, aprovada
794 pelo Plenário do CNS, define, no Artigo 5º, que cada Mesa terá quatro expositores e um coordenador.
795 Nesse sentido, disse que as Mesas com mais de cinco participantes contradizem a proposta de
796 Regulamento que será submetida à aprovação na 12ª Conferência, correndo-se o risco de ter de
797 “cortar” a participação de membros das Mesas. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da**
798 **Cruz**, informou que o Ministério Público Estadual solicitou a participação na Mesa 04 ou 07. O
799 Coordenador da 12ª Conferência, **Eduardo Jorge M. A. Sobrinho**, sugeriu que as Mesas fossem
800 compostas por quatro expositores e um coordenador. Nesse sentido, propôs que fossem eleitos três
801 membros da Comissão Temática para rediscutir e redefinir a composição das Mesas 02, 05, e 08. O
802 relator da 12ª Conferência **Paulo Gadelha** explicou que as Mesas com mais de cinco componentes
803 poderiam comprometer, além da eficácia dos trabalhos, o clima da Conferência como um todo. Explicou
804 que a falta de espaço para a intervenção e discussão da Plenária poderá desencadear um clima de
805 inquietação e ansiedade que pode prejudicar os trabalhos. Conselheiro **Cláudio Bernardo de P. de**
806 **Freitas** sugeriu que fosse definida uma única representação de Governo para falar em nome dos três
807 Ministérios participantes das Mesas 05 e 08, a fim de diminuir o número de componentes das Mesas.
808 Conselheiro **Jesus Francisco Garcia** endossou a proposta de diminuir o número de participantes das
809 Mesas, com a ressalva de que em cada uma haja representação dos quatro segmentos nas Mesas.
810 Conselheiro **Francisco das Chagas Monteiro** chamou atenção para a dificuldade de redefinir a
811 composição das Mesas, tendo em vista que se tratou de um processo arduamente pactuado. Nesse
812 sentido, propôs a definição de prazos para as falas dos expositores, ao invés de redefinir a composição
813 das Mesas. Conselheiro **Eni Carajá Filho** solicitou a anuência do Plenário para a manifestação da
814 Representante do Movimento Negro **Maria Inês**. A Representante do Movimento Negro, **Maria Inês**,
815 pleiteou a participação de representação do Movimento Negro na Mesa-redonda 01 *Direito à Saúde*,
816 argumentando sobre a necessidade de desconstrução do racismo no país que atinge o campo da
817 saúde. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** defendeu que o Plenário decidisse se irá acatar a
818 solicitação da Secretaria Executiva da 12ª de recompor as Mesas. Nesse sentido, a Secretaria-
819 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, colocou em votação a proposta de reabrir o debate sobre
820 a recomposição das Mesas. **A proposta foi aprovada**. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior**
821 mostrou-se preocupado com a possibilidade de o Plenário aprovar composição das Mesas que fere a
822 proposta de Regulamento. O Coordenador da 12ª Conferência, **Eduardo Jorge M. A. Sobrinho**,
823 reafirmou a proposta de eleger três membros da Comissão Temática para rediscutir e redefinir a
824 composição das Mesas 02, 05, e 08, a partir da composição já definida e do critério de garantir a
825 representação dos quatro segmentos nas Mesas. Conselheiro **Alexandre de Oliveira Fraga** defendeu
826 que a recomposição das Mesas fosse definida em Plenário. Após apresentação e debate das
827 sugestões, o Plenário aprovou as seguintes propostas em relação à composição das Mesas-redondas:
828 1º) as mesas-redondas terão quatro expositores, um debatedor e um coordenador, com exceção da
829 Mesa 02, em virtude da excepcionalidade de tratar de dois temas: Atenção à Saúde e Saúde
830 Suplementar. Assim, o tempo de fala dos componentes da Mesa será revisto; 2º) a representação dos
831 Ministérios participantes da Mesa 05 será feita por um membro; 3º) a representação dos Ministérios
832 participantes da Mesa 08 será feita por um membro; 4º) inclusão de representação do Movimento
833 Negro na Mesa 01; 5º) inclusão de representação dos Procuradores Estaduais na Mesa 07. A
834 Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, informou que os segmentos deveriam indicar
835 os nomes para compor as Mesas até o dia 04 de novembro de 2003. O Coordenador da 12ª

836 Conferência, **Eduardo Jorge M. A. Sobrinho**, propôs que as indicações dos nomes para compor as
837 Mesas fossem apresentadas na reunião da Secretaria Executiva da 12^a que será realizada no dia 06 de
838 novembro de 2003. Os segmentos que não indicarem os seus representantes serão excluídos das
839 Mesas. **A proposta foi aprovada.** Solicitou, ainda, que a Comissão Especial de Regimento e
840 Regulamento retificasse a proposta de Regulamento no que diz respeito ao número de membros das
841 Mesas a ser submetida à deliberação do Plenário. A propósito dos pedidos de vagas, a Secretaria-
842 Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, disse que a Secretaria Executiva encaminharia os
843 pedidos recebidos para os segmentos dos trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço.
844 A propósito dos usuários, explicou que teriam de discutir junto a Comunidade Negra a divisão de vagas.
845 Informou, ainda, que o CNS teria de decidir os nomes para ocupar 60 vagas destinadas a convidados.
846 Nesse sentido, destacou que foram recebidos pedidos de pessoas físicas, do CEAP/RS, e da
847 Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro. Conselheiro **Carlos Alberto Ebeling Duarte** explicou que, em
848 parceria com a Conselheira **Rosane Lowenthal**, separou os pedidos de vagas e os encaminharia aos
849 seus respectivos segmentos para definição. Lembrou, ainda, que o prazo para a indicação dos nomes
850 encerrava-se no dia 17 de novembro. Nesse sentido, propôs que as Entidades encaminhassem os
851 nomes e as fichas de inscrição para o CNS até o dia 10, a fim de haver tempo hábil para o
852 levantamento e distribuição das vagas restantes. Conselheiro **Clóvis A. Boufleur** propôs que as vagas
853 restantes fossem distribuídas entre aqueles que apresentaram demandas. Sugeriu, ainda, a reserva de
854 50 ou 60 vagas para suplentes, a serem preenchidas a partir da desistência de delegados. **A propósito**
855 **da Conferência Estadual do Maranhão, foi aprovado o seguinte encaminhamento:** enviar
856 correspondência à Secretaria Estadual do Estado informando que os delegados eleitos na Conferência
857 Estadual serão credenciados na 12^a Conferência Nacional de Saúde, entretanto, não terão direito à
858 escolha de grupos, ficando com as vagas remanescentes. Além disso, o relatório final da Conferência
859 do Estado será encaminhado à Relatoria Geral da 12^a, porém não será consolidado com os demais,
860 uma vez que será entregue fora do prazo determinado para o envio dos relatórios estaduais. Definidos
861 esses pontos, foi encerrada a discussão do item. **ITEM 09 – MANIFESTAÇÃO EM DEFESA DA**
862 **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29** – A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**,
863 apresentou o calendário do CNS em relação à Manifestação em Defesa da EC nº 29, com o propósito
864 de definir os Conselheiros que participariam das atividades programadas. Explicou que o Deputado
865 **Jorge Bittá**, Relator do Orçamento, participaria do segundo dia da 136^a Reunião do CNS, no período da
866 manhã, com o propósito de apresentar e discutir a recomposição do Orçamento 2004. Informou que a
867 Resolução nº 001 do CNS, que expressa a posição do CNS em relação ao Orçamento 2004, foi
868 enviada ao Relator do Orçamento. Após essas considerações, encerrou os trabalhos do primeiro dia de
869 reunião. A Secretaria-Executiva do CNS, **Eliane Aparecida da Cruz**, iniciou o segundo dia de reunião,
870 solicitando que o Plenário indicasse nomes para participar das atividades programadas. Após
871 indicações, foram definidas as seguintes delegações: *Dia 04 de novembro: a) Audiência com o*
872 **Deputado Jorge Bittá**, Relator do Orçamento, às 10h – o Relator participará da Reunião; e *b)* Audiência
873 com o Senhor **Bernard Appi**, no Ministério da Fazenda, às 19h30 – delegação: **Cláudio Bernardo de P.**
874 **de Freitas, Maria Leda de R. Dantas, Augusto Alves do Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Nildes**
875 **de Oliveira Andrade, Alexandre de Oliveira Fraga, Lílian Aliche, Cleusa de Carvalho Miguel, Maria Irene**
876 **M. Magalhães, Neide Regina C. Barriguelli, Clímerio da Silva Rangel Júnior, Zilda Arns Neumann,**
877 **André Luiz Oliveira, Francisco das Chagas Monteiro, e Jesus Francisco Garcia.** *Dia 05 de novembro: a)*
878 **Mobilização no Plenário da Câmara de Deputados – Movimento SOS Saúde**, às 10h – Conselheiros
879 que se pronunciarão: **Maria Natividade G. S. T. Santana**, três representantes dos usuários (a serem
880 definidos), e um representante dos prestadores de serviço e dos gestores (a ser definido); e *b)*
881 Audiência com o Ministro **Gilmar Mendes**, no Supremo Tribunal Federal, às 18h – delegação: **Alexandre**
882 **de Oliveira Fraga, Maria Natividade G. S. T. Santana, Francisco das Chagas Monteiro, Maria Irene M.**
883 **Magalhães, Cláudio Bernardo de P. de Freitas, Neide Regina C. Barriguelli, Jesus Francisco Garcia,**
884 **André Luiz Oliveira.** Definido esse ponto, a Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** assumiu a
885 coordenação do debate sobre a recomposição do Orçamento 2004 e passou, de imediato, a palavra ao
886 Deputado **Jorge Bittar**, Relator Geral do Orçamento da União para 2004. Deputado **Jorge Bittar**, Relator
887 Geral do Orçamento da União para 2004, cumprimentou o Plenário do CNS e manifestou satisfação por
888 participar da reunião do Conselho. Ressaltou que a polêmica sobre os gastos da saúde referiu-se,
889 sobretudo, ao fato de o Poder Executivo, ao preparar o Projeto de Lei Orçamentário, ter incluído
890 recursos originários do Fundo Nacional de Combate à Pobreza entre os gastos de saúde. Destacou que
891 tal fato suscitou grande discussão, não só pelo significado da medida adotada no Orçamento Geral da
892 União, mas também pelas repercussões nos Estados e Municípios. Disse que a iniciativa suscitou
893 polêmica de duas ordens: as Emendas nº 31- Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza e nº 29 -
894 Ações de Serviços Públicos de Saúde foram tratadas em torno do mesmo gasto no Orçamento Público
895 Federal, contrariando a recomendação da Procuradoria Geral da União; e a natureza dos gastos e a

repercussão nos Estados e Municípios. Frente a tal polêmica, destacou, como Relator Geral do Orçamento da União para 2004, que procurou equacionar o problema e apresentar nova proposta orçamentária. Chamou a atenção para a delicada situação da economia do país, resultante, dentre outros fatores, da vulnerabilidade da economia brasileira às flutuações do Sistema Financeiro Internacional; e do crescimento explosivo da dívida pública. Por outro lado, disse que o Governo adotou uma série de medidas para controlar a economia, resultando na queda da taxa de juros, na volta de recursos internacional, gerando maior saldo na balança comercial. Além disso, afirmou que apesar de ser melhor do que o de 2003, considerando que prevê o crescimento da economia, o Orçamento de 2004 ainda é apertado, tendo em vista o crescimento de gastos da saúde e gastos sociais (transferência de renda, Programas da Área da Educação, Assistência Social, entre outros). Frente ao quadro, destacou que buscou construir solução coerente e consiste a partir das seguintes ações: **a)** substituição de Fontes – retirada dos gastos do Ministério da Saúde originários do Fundo de Combate à Pobreza – os recursos oriundos serão utilizados para o financiamento de Programas do Fundo de Combate à Pobreza (Segurança Alimentar, Direitos Humanos, Educação, Desenvolvimento Agrário, Integração Nacional e Assistência Social; e **b)** Inclusão Novas Fontes para a Saúde: Fonte 100 – Recursos Ordinários; Fonte 153 – COFINS; Fonte 900 (100 Condicionado). Destacou que os recursos oriundos de outros Ministérios para custear os gastos da saúde totalizavam R\$ 2.678.000,00. Explicou que o montante de R\$ 2.678.000,00 será utilizado para custear os seguintes gastos: Programas de Saneamento vinculados a FUNASA, Transferência de Renda (recursos vinculados ao Programa de Saúde Materno-infantil), Atenção Básica, e Saúde dos Povos Indígenas. Explicou que para a segunda etapa de recomposição do Orçamento será feito corte de R\$ 1.200.000,00 em investimentos em atividades meio e em projetos, exceto na área de Saúde. Explicou que tal aporte de recursos será investido nas seguintes áreas: **a)** Alta e Média Complexidade: + R\$ 552.000; **b)** Piso da Atenção Básica (PAB): + R\$ 56.000; **c)** Programa Saúde da Família (PSF): + 271.000; Medicamentos Excepcionais: + R\$ 247.000; e **d)** Pioneiras Sociais: + R\$ 74.000. Explicou, ainda, que será feito acolhimento de Emendas Parlamentares (aproximadamente 30% do total de emendas), no total de R\$ 800.000.000,00. Por fim, apresentou quadro da nova composição dos gastos da saúde (Emenda Constitucional nº 29): **a)** Gasto em 2003: R\$ 27.239.749.104,00; **b)** Projeto de Lei Orçamentária – PLOA 2004: R\$ 32.480.957.755,00; **c)** Fundo de Pobreza: - R\$ 3.571.000.000,00; **d)** Novas Fontes: + R\$ 2.678.000.000,00; **e)** Remanejamento: + R\$ 1.200.000.000,00; **f)** Emendas: + R\$ 800.000.000,00; e **g)** Total 2004: R\$ 33.587.957.755,00 (1,1 bilhão a mais em relação à dotação original do Ministério da Saúde). Destacou que a nova proposta permitiria reforçar as dotações insuficientes, garantir outras dotações e caracterizar Orçamento significativo da área de saúde. Disse que os gastos típicos da União, antes da EC nº 29, eram na ordem de R\$ 14 bilhões e no de 2004 serão de R\$ 33,6 bilhões. Além disso, os Estados e Municípios estão sendo instados a alocar mais recursos na área da saúde. Na sua opinião, faz-se necessária maior atenção no que diz respeito à gestão pública dos recursos da área da saúde, com criação de critérios de avaliação mais rígidos, mecanismos de Controle Social mais intensos, contratos de gestão com Unidades Hospitalares, a fim de otimizar os resultados das ações de saúde. Após a apresentação do Deputado **Jorge Bittar**, Relator Geral do Orçamento da União para 2004, foram abertas as inscrições para intervenção do Colegiado. Conselheira **Neide Regina C. Barriguelli** destacou que o recurso destinado a medicamentos excepcionais não é suficiente, tendo em vista o grande número de políticas a serem desenvolvidas que necessitam de tais medicamentos. Além disso, apresentou a proposta de instituição de Conselhos Gestores nas Unidades de Diálise, com o propósito de “fiscalizar” a aplicação dos recursos destinados. Conselheiro **Olympio Távora Correa** cumprimentou o Deputado **Jorge Bittar** pelo árduo trabalho de recomposição do Orçamento da 2004 e perguntou qual a garantia de o Orçamento ser aprovado no Plenário do Congresso Nacional. Conselheiro **Augusto Alves do Amorim** cumprimentou e agradeceu a presença do Deputado **Jorge Bittar** na reunião e ressaltou a importância de disponibilizar recursos para financiar iniciativas de capacitação da gestão pública. Conselheiro **Eni Carajá Filho** enfatizou ser fundamental maior Controle Social das instâncias públicas e privadas. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** registrou o fato de ser a primeira vez que um Relator do Orçamento da Saúde vem até o CNS o que, na sua opinião, evidencia a nova conjuntura. Em resposta às intervenções, o Deputado **Jorge Bittar** destacou que a sua vinda ao CNS consistia em uma obrigação, como Parlamentar e Democrata. Ressaltou que desempenhava a função de relator do Orçamento, uma das mais nobres do Parlamento, considerando que o Orçamento era a espinha dorsal da administração pública. Explicou que a recomposição do Orçamento foi feita a partir do diálogo com o Presidente da República, com o Ministro da Saúde e seus assessores parlamentares, representante da Frente Parlamentar da Saúde, entre outros atores. Por essa razão, disse que a proposta de recomposição certamente será aprovada no Congresso Nacional. A propósito do recurso destinado a medicamentos excepcionais, destacou que foi feito incremento considerável para a área, embora ainda não fosse o ideal. Defendeu que o Ministério da Saúde, em parceria com o

CNS, liderasse amplo movimento de discussão sobre o processo de gestão do país de forma a contribuir para decisão sobre a EC nº 29 que deverá ser regulamentada em 2004, com definição de conceitos vigentes na administração pública do país e de instrumentos inovadores que possibilitem produzir melhores resultados com os mesmos recursos. Por fim, agradeceu a oportunidade e manifestou satisfação por participar da reunião. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento do Ministério da Saúde, **Valcler Rangel Fernandes**, agradeceu, em nome do Ministério da Saúde, a presença e trabalho do Deputado **Jorge Bittar** na relatoria da recomposição do Orçamento 2004. Conselheira **Júlia Maria dos Santos Roland** agradeceu, em nome do CNS, a participação do Deputado **Jorge Bittar** na reunião, reiterando o convite para participar da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, destacou que o CNS acompanhará o processo de recomposição do Orçamento da Saúde até a sua aprovação. Por fim, falou sobre a proposta de destinar percentual do superávit primário para recompor o Orçamento da Saúde. Em virtude de compromissos outros, o Deputado **Jorge Bittar** teve de se retirar e o Subsecretário de Orçamento e Planejamento do Ministério da Saúde, **Valcler Rangel Fernandes**, e o Diretor do Fundo Nacional da Saúde, **Reginaldo Muniz Barreto** dispuseram-se a responder outros questionamentos do Plenário. Conselheiro **Cláudio Bernardo de P. Freitas** falou sobre a falta de equidade do Orçamento no que diz respeito aos recursos destinados aos Hospitais do SUS e, nesse sentido, propôs que houvesse previsão orçamentária para os Hospitais Universitários e para o aprimoramento dos mecanismos de gestão. Conselheiro **Gerônimo Paludo** defendeu a definição de rubrica orçamentária no Orçamento da União para o CNS o que, na sua concepção, facilitaria as ações do Controle Social. Chamou atenção para o problema da baixa execução orçamentária do Ministério da Saúde, ressaltando a importância de definir mecanismos para garantir maior execução. Sugeriu que o CNS participasse da concepção do Orçamento, tendo em vista que era o responsável pelo acompanhamento e controle das ações e serviços de saúde. Conselheiro **Olympio Távora Correa** destacou que, apesar da recomposição, o Orçamento não levou a Média e Alta Complexidade na devida conta. Nesse sentido, disse ser importante buscar mais recursos e promover discussão, junto aos segmentos envolvidos, com o propósito de definir o melhor modelo para tratar a Média e Alta Complexidade. Além disso, ressaltou ser necessário maior controle dos recursos repassados Fundo a Fundo para os Municípios, tendo em vista a falta de execução orçamentária. Conselheiro **Climério da Silva Rangel Júnior** sinalizou o problema da gestão de verba pública, destacando que o Controle Social não participativa da definição do Orçamento e da sua execução. Além disso, manifestou preocupação com a falta de visibilidade no que diz respeito à intersetorialidade no financiamento. Nesse sentido, destacou a importância de definir mecanismos para que o Controle Social acompanhe, de forma mais incisiva, a execução dos recursos da saúde. O Subsecretário de Orçamento e Planejamento do Ministério da Saúde, **Valcler Rangel Fernandes**, teceu comentários sobre as intervenções do Colegiado, destacando que as questões levantadas fazem parte de uma agenda de discussão do MS. Nesse sentido, explicou que participava de GT Interno do MS constituído para discutir a temática do financiamento, tendo em vista que poderia ser abordada sob vários aspectos – suficiência e insuficiência, Fontes de recursos, alocação de recursos, modelo de financiamento, entre outros. Chamou atenção para mudanças importantes, a exemplo do repasse Fundo a Fundo, que contribuiriam para a questão do modelo de financiamento. Ressaltou a importância da participação de atores externos à área da saúde, a exemplo do Deputado **Jorge Bittar**, na discussão sobre o financiamento e as Políticas Sociais como um todo. Na sua opinião, a forma de acompanhamento da execução orçamentária, por parte da COFIN/CNS e dos Conselhos Estaduais e Municipais, é insuficiente e, por essa razão, deve ser revista. Ressaltou que o Ministério da Saúde apresentava a melhor execução orçamentária, do ponto de vista quantitativo, em comparação aos demais Ministérios. Disse que grande parte da execução deve-se a transferência de renda Fundo a Fundo e ao pagamento de serviços. No que diz respeito aos Hospitais do SUS, defendeu modelo descentralizado e regionalizado de transferência de recursos. Explicou que o MS possuía Comissão Interinstitucional que está discutindo o modelo de financiamento dos Hospitais Universitários, porém, discordou da proposta de definir modelo de orçamentação para tais Hospitais. A propósito da proposta de rubrica orçamentária para o CNS no Orçamento, destacou que todas as áreas gerenciais do MS eram contempladas na rubrica de manutenção administrativa do Ministério. A propósito, informou que estão sendo definidos Planos de Ações para cada área do Ministério, com o propósito de definir as necessidades financeiras para os gastos de 2004. Nesse sentido, disse que o CNS seria instado a definir o seu Plano de Ação. Disse ser fundamental que no debate sobre o Plano Nacional de Saúde seja discutido os modos de gestão de recursos mais localizados. O Diretor do Fundo Nacional da Saúde, **Reginaldo Muniz Barreto** destacou que, conforme a Lei de criação do SUS, o Fundo Nacional da Saúde deve ser supervisionado, de forma indireta, pelo CNS. Disse que seria necessário estabelecer essa supervisão de forma mais próxima e transparente e, nesse sentido, destacou que será preciso estabelecer modelos de informações. Além disso, informou que há Grupos de Trabalhos em funcionamento, com o propósito de estabelecer

1016 critérios de avaliação e acompanhamento dos recursos Fundo a Fundo. Conselheira Júlia Maria dos
1017 Santos Roland agradeceu a participação do Subsecretário de Orçamento e Planejamento do Ministério
1018 da Saúde, Valcler Rangel Fernandes, e do Diretor do Fundo Nacional da Saúde, Reginaldo Muniz
1019 Barreto e deu por encerrada a discussão. **ITENS EXTRA PAUTA:** ITEM 01. 137^a REUNIÃO
1020 ORDINÁRIA DO CNS – Aprovada, com uma abstenção, a antecipação da próxima Reunião Ordinária
1021 do CNS - 137^a - para os dias 27 e 28 de novembro de 2003, em virtude do Seminário Internacional e a
1022 12^a Conferência Nacional de Saúde que acontecerão no início do mês de dezembro de 2003. ITEM 02.
1023 **PLANTÕES DE CONSELHEIROS NO CNS** - Em decorrência dos recursos que têm chegado das
1024 Conferências Estaduais de Saúde, foi aprovada, com um voto contrário e uma abstenção, a realização
1025 de plantões de conselheiros no CNS nos dias 12, 13, 19 e 20 de novembro de 2003, para analisar os
1026 referidos recursos e apresentar avaliação na 137^a Reunião Ordinária. *Calendário dos Plantões:* Dia 12,
1027 quarta-feira: Conselheiros Maria Irene M. Magalhães, Clímério da Silva Rangel Júnior, Cibele Gueresi
1028 de Mello Osório, Rui Barbosa, Neide Regina C. Barriguelli e Cleuza Miguel. Dia 13, quinta-feira:
1029 Conselheiras Cibele Gueresi de Mello Osório e Neide Regina C. Barriguelli. Dia 19, quarta-feira:
1030 Conselheiro Eni Carajá Filho. Dia 20, quinta-feira: Conselheiros Eni Carajá Filho, Lilian Oliveira, Walmer
1031 José da Trindade Urtiga, Graciara Matos de Azevedo e Carlos Alberto Ebeling Duarte. ITEM 03.
1032 **BOLETIM DO CNS Nº 34** – O Boletim do CNS nº 34 receberá o nome de *O SUS que queremos* e
1033 tratará de questões relativas a 12^a Conferência. ITEM 04. II CONFERÊNCIA NACIONAL DE CIÊNCIA,
1034 TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – Conselheiro Moisés Goldbaum apresentou a proposta de
1035 convocação da II Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, com o tema
1036 *Política de Ciência e Tecnologia em Saúde como componente da Política Nacional de Saúde*" para o
1037 período de 24 a 27 de maio de 2004. **A proposta da realização da Conferência e a data foram
1038 aprovadas.** **ENCERRAMENTO:** Definidos esses assuntos, a Secretária-Executiva do CNS, Eliane
1039 Aparecida da Cruz, encerrou os trabalhos da Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária do CNS.
1040 Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: *Aos três dias do mês de novembro do ano de dois mil
e três: Alexandre de Oliveira Fraga, Alfredo Boa Sorte Júnior, André Luiz de Oliveira, Augusto Alves do
Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Cibele Gueresi de Mello Osório, Cláudio Bernardo de P. de
Freitas, Clímério da Silva Rangel Júnior, Clóvis A. Boufleur, Elias Fernando Miziara, Eni Carajá Filho,
Francisco das Chagas Dias Monteiro, Gerônimo Paludo, Graciara Matos de Azevedo, Jesus Francisco
Garcia, José Luiz Spigolon, Júlia Maria dos Santos Roland, Lilian Aliche, Lucas Cardoso de Veras Neto,
Luiz Odorico M. de Andrade, Maria Eugênia C. Cury, Maria Helena Baumgarten, Maria Irene M.
Magalhães, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana, Mário César Scheffer, Moisés
Goldbaun, Neimey Batista das Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Oraida Maria de A. G. dos Santos,
Paulo César A. de Sousa, Rosane Lowenthal, Rosane Maria N. da Silva, Rui Barbosa da Silva, Sérgio
Ricardo Góes Mena Barreto, Zilda Arns Neumann, e Wander Geraldo da Silva. Aos quatro dias do mês
de novembro do ano de dois mil e três: Alexandre de Oliveira Fraga, André Luiz de Oliveira, Augusto
Alves do Amorim, Carlos Alberto Ebeling Duarte, Cibele Gueresi de Mello Osório, Cláudio Bernardo de
P. de Freitas, Cleuza de Carvalho Miguel, Clímério da Silva Rangel Júnior, Elias Fernando Miziara, Eni
Carajá Filho, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Gerônimo Paludo, Graciara Matos de Azevedo,
Jesus Francisco Garcia, Júlia Maria Roland, Lilian Aliche, Maria Eugênia C. Cury, Maria Helena
Baumgarten, Maria Irene M. Magalhães, Maria Leda de R. Dantas, Maria Natividade G. S. T. Santana,
Moisés Goldbaun, Neide Regina C. Barriguelli, Nildes de Oliveira Andrade, Olympio Távora Correa,
Paulo César A. de Sousa, Renata Ramos Ribeiro, Rosane Lowenthal, Rosane Maria N. da Silva, Rui
Barbosa da Silva, Zilda Arns Neumann, Walmer José da Trindade Urtiga, e Wander Geraldo da Silva.*