



1  
2 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
3 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
4

5 **ATA DA CENTÉSIMA DÉCIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO CNS**  
6

7 **ABERTURA** - Aos e quatro e cinco dias de julho, de 2001, na sala de reunião "Conselheiro **Omilton**  
8 **Visconde**", do Conselho Nacional de Saúde com , teve início a Centésima Décima Reunião Ordinária,  
9 do CNS. **APROVAÇÃO DA ATA** - Colocada em apreciação, ata da 109ª Reunião Ordinária do CNS foi  
10 aprovada. **INFORMES - 01) DESTAQUES DE PAUTA DA 110ª REUNIÃO ORDINÁRIA:** o coordenador  
11 **Nelson Rodrigues dos Santos** comentou que o item 03 da pauta, "*Parâmetros Epidemiológico e de*  
12 *Eqüidades para o planejamento Ascendente*" era resultado de acumulação de discussões e pauta as do  
13 CNS sobre a questão das bases e epidemiológicas, da oferta de serviços de saúde e do planejamento  
14 de saúde, sob a ótica da eqüidade. destacou, também, a importância do item 08, "*Implementação e*  
15 *Regulação da Emenda Constitucional nº 29, Lei Complementar decorrente da E.C. nº 29 e LDO 2002 -*  
16 *Posição do CNS*". **02) Projeto de Capacitação de Conselheiros de Saúde e Membros do Ministério**  
17 **Público:** Senhora **Rosani Evangelista Cunha**, Diretora de Gerenciamento de Projetos de  
18 Investimentos, da Secretaria de Investimentos em Saúde, do Ministério da Saúde, informou o fim do  
19 processo licitatório e o início das ações de capacitação, em âmbito nacional, pelas instituições  
20 vencedoras da licitação, destacando que as mesmas possuíam o perfil desejado pelo CNS e pelo  
21 Ministério da Saúde. Acrescentou, ainda, que a Coordenação do Processo de capacitação ficaria a  
22 cargo da ex-conselheira **Isabel M. M. de Loureiro Maior** e a que haveria é, também, um Comitê de  
23 Acompanhamento de Projeto de Capacitação, que contava com a participação de membros do CNS,  
24 MS e Ministério Público. **03) Comissões do CNS e Apresentações:** **3.1 - CIST:** Conselheiro **Mozart**  
25 **de Abreu e Lima** informou a realização do seminário para discutir a regulamentação e intersetorial da  
26 área de saúde do trabalhador, em conjunto com a comissão de Seguridade Social da Câmara dos  
27 Deputados, com base no Projeto de Lei do Deputado Eduardo Jorge, que trata da regulamentação da  
28 saúde do trabalhador, no âmbito SUS. O referido Seminário está previsto para os dias 25 e 26 de  
29 setembro de 2001, no Espaço Cultural da Câmara dos Deputados, abrangendo a participação de e  
30 aproximadamente cem pessoas. Com relação ao Projeto de Pesquisa e de Desenvolvimento  
31 Tecnológico do setor Farmacêutico, informou que o relatório do primeiro grupo consultivo, envolvendo  
32 empresários e farmacêuticos, fora concluído e a fazer e estava à disposição dos conselheiros.  
33 Acrescentou que o segundo grupo consultivo, envolvendo os pesquisadores, dos seus trabalhos e que  
34 estava prevista, como também, a reunião do grupo consultivo que abrange as agências  
35 governamentais. Ao término das consultas e com base nas mesmas, o grupo executivo elabora as  
36 estratégias e diretrizes para o referido Projeto **3.2 - CSS:** Conselheira **Júlia Maria Roland** fez o relato  
37 da reunião da Comissão de Saúde Suplementar, que dela termo sobre o Simpósio sobre  
38 Regulamentação dos Planos de Saúde, destacando as dificuldades políticas existentes com relação à  
39 atuação da Agência Nacional de Saúde no referido Simpósio. **3.3 - CISI:** Conselheira **Zilda Arns**  
40 **Neumann**, inicialmente, registrou seu agradecimento aos membros da CISI, bem como aos membros  
41 da Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, a FUNASA, às  
42 organizações indígenas, à FUNAI e ao CNS pelas respectivas atuações durante esse evento. Informou  
43 que constava das pastas dos conselheiros o relatório final do mesmo, bem como um resumo das  
44 propostas tiradas nos grupos de trabalho, abordando os seguintes temas: **I** - modelo de gestão e  
45 organizações de serviços - parcerias e a articulação com o Sistema Único de Saúde; **II** - Vigilância em  
46 Saúde; **III** - estratégias de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, a Síndrome  
47 da Imunodeficiência Adquirida - AIDS e o alcoolismo: direitos humanos e a ética nas intervenções; **IV** -  
48 fortalecimento do controle social; **V**) agentes indígenas de saúde: formação, desenvolvimento e  
49 inserção social; **VI**) a hipermedicação e as práticas tradicionais; **VII**) ética em pesquisa, propriedade  
50 intelectual e patentes envolvendo povos indígenas; e **VIII)** as comunidades indígenas e a produção e  
51 comercialização de alimentos: as novas necessidades. O Senhor **Srawen Sompré**, representante  
52 indígena do povo Xerente/TO, o comentou que as comunidades indígenas eram consideradas  
53 empecilho para o progresso dos municípios e que, por vezes, o prefeito os não repassavam o os  
54 recursos da área da saúde para as comunidades de forma adequada. Concluindo, agradeceu e  
55 parabenizo o a atuação CNS com relação às comunidades indígenas. Colocando em apreciação, o

56 relatório foi aprovado, sendo remetida à Comissão e Intergestores Tripartite a discussão uma sobre a  
57 implementação do item de 10 do relatório apresentado. **3.4 - CICT** - Conselheiro **José C. Noronha**  
58 informou que a Comissão o Intersetorial de Ciência e Tecnologia, em sua reunião de julho/2001,  
59 debatera sobre: **I**) atraso no processo de organização da Agência de Pesquisa, do Ministério da Saúde  
60 e na elaboração de agenda de prioridades para a referida agência; **II**) Conferência Nacional de Ciência  
61 e Tecnologia, do Ministério da Ciência e Tecnologia, estruturada nos seguintes eixos: **a**) o caminho do  
62 futuro; **b**) qualidade de vida; **c**) desenvolvimento econômico (geração a distribuição de riqueza); nem  
63 direito **d**) grandes desafios e estratégicos para o país; e **e**) o desafio institucional. **3.5 - CIRH**: item não  
64 apresentado. **3.6 - CISAMA**: Conselheira **Maria Leda Dantas** informou a realização do evento "*Saúde*  
65 no contexto da Agenda 21", no período de 18 a 20 de julho de 2001, no Rio de Janeiro. informou,  
66 também, sobre o seminário conjunto entre e a CISAMA e a Comissão de Desenvolvimento o Urbano e  
67 do o Interior, da Câmara dos deputados, previsto para mesa de setembro de 2001, objetivando inserir  
68 as de demanda essa e as responsabilidades da saúde na implementação da o sustenta habilidade do  
69 desenvolvimento brasileiro. **3.7 - CISM**: Doutor **Pedro Miguel Delgado**, Coordenador da Área de  
70 Saúde Mental, do Ministério da Saúde, apresentou aos Conselheiros a Doutora **Sonia Barros**,  
71 Coordenadora da Assessoria Técnica da SAS/MS, que falou sobre os seguintes encaminhamentos e  
72 ter atuado nos para a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental: **I**) minuta de Portaria  
73 Ministerial de convocação da referida Conferência; **II**) minuta de Portaria sobre a constituição ele  
74 estrutura da comissão organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **3.8 - GT da**  
75 **Violência**: Conselheiro **José C. Noronha** informou que constava das pastas dos Conselheiros material  
76 orientador sobre o tema, ressaltando a articulação efetuada junto à Comissão de Desenvolvimento  
77 Urbano, da Câmara dos Deputados, que resultara na criação da Subcomissão de Violência Urbana.  
78 Essa Subcomissão estava prevendo a realização de audiências públicas regionais, bem como um  
79 Seminário Nacional sobre Violência Urbana, no período de 27 a 29 de novembro de 2001. em seguida,  
80 submeteu à apreciação dos Conselheiros duas propostas de Recomendação. A primeira, recomenda: **I**)  
81 posicionar-se positivamente no prosseguimento do processo de a articulação intersetorial  
82 implementadas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Resolução nº 309, de 8 de março de 2001,  
83 inclusive com o Congresso Nacional e outras instâncias de controle social; **II**) à Secretaria Executiva do  
84 CNS, dirigir-se ao Excelentíssimo Senhor Ministro da Saúde, solicitando expressar sua concordância e  
85 participação no processo de formulação de estratégias para implementação e acompanhamento da  
86 Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, do Ministério da Saúde,  
87 na forma como foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde; **III**) à Secretaria Executiva do CNS, dirigir-  
88 se às Comissões do poder Legislativo, que lidam com as áreas da saúde, Ministério público, Ministério  
89 da Justiça, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho e Ministério da Previdência Social,  
90 solicitando-lhes participação em audiências públicas sobre a violência urbana programas pela  
91 Comissão de Desenvolvimento Urbano da Câmara dos Deputados, contando com a participação do  
92 CNS; **IV**) à Secretaria-Executiva do CNS articula-se com a SAS/MS e com a editora do MS para  
93 publicação e distribuição de material referente à Política Nacional em foco, aos diversos segmentos  
94 governamentais e entidades que compõe o Conselho; **V**) ás entidades que compõe as respectivas  
95 representações do CNS, o engajamento em todas as atividades que dizem respeito à formulação de  
96 estratégias, implementação e acompanhamento da Política Nacional de Morbimortalidade por  
97 Acidentes e Violência, considerando a complexidade e os desafios decorrentes; **VI**) considerar a  
98 necessidade de articular as ações de implementação da Política Nacional de Redução da  
99 Morbimortalidade por Acidentes e Violência, em sistema operacional específico, que envolva as  
100 instâncias gestoras do SUS, sob a coordenação nacional do Ministério da Saúde e órgãos  
101 especializados; **VII**) constituir Comissão Intersetorial Permanente do CNS, com atribuições de  
102 acompanhamento da Política Nacional e análise e revisão das estratégias de implementação dos três  
103 níveis de governo; e **VIII**) à Secretaria-Executiva do CNS que proceda a devida articulação intersetorial,  
104 assim como, a viabilidade financeira, para a realização de cinco seminários macrorregionais sobre  
105 violência urbana, que serão promovidos pela Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior, da  
106 Câmara dos Deputados, cujas recomendações serão levadas ao Seminário Nacional da Câmara do  
107 Deputados, em Brasília-DF, no exercício de 2002. Colocada em apreciação, essa recomendação foi  
108 aprovada. A Segunda, recomenda: **I**) Ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de  
109 Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Comissões Intergestores Bipartite, Conselhos Estaduais e  
110 Municipais de Saúde, Ministério Público, Ministério da Justiça, Ministério do Trabalho e Previdência  
111 Social, Ministério do Transporte, Ministério da Educação, Universidades, Corpo de Bombeiros Militares,  
112 Polícias Militares, Polícia Rodoviária Federal, ONGs e sociedade civil, o engajamento na formulação de  
113 estratégias, implementação e acompanhamento da Política Nacional de Morbimortalidade por  
114 Acidentes e Violência; **II**) à Secretaria Executiva do CNS reiterar ás Secretarias Executivas do Conselho  
115 Estaduais de Saúde e das Capitais a necessidades de propor estratégias de implementação e

116 acompanhamento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, na  
117 reunião a realizar-se dias 25 e 26 de julho de 2001, em Brasília-DF; **III**) à Secretaria Executiva do CNS  
118 para que paute, para a próxima Reunião Ordinária do CNS, a proposição da formação da Comissão  
119 Intersetorial Permanente, para tratar o tema “*Trauma e Violência*”, de acordo com o item “b”, artigo 21,  
120 do Regimento Interno do CNS, cuja composição merecerá indicação e deliberação do Conselho; e **IV**)  
121 convidar o Gabinete de Segurança Institucional, da Presidência da República, para expor ao Plenário  
122 do CNS o Plano Nacional de Segurança. Colocada em apreciação, essa recomendação também foi  
123 aprovada. **3.9 – GT da Humanização e do Acesso:** Conselheiro **Geraldo Adão** informou que o Grupo  
124 de Trabalho estava elaborando relatório sobre a implementação das demandas da Conferência  
125 Nacional de Saúde, que seria apresentado ao CNS em sua próxima Reunião Ordinária. Na  
126 oportunidade, seria apresentada, também, proposta de manutenção do referido Grupo de Trabalho,  
127 para proceder ao acompanhamento da implementação das ações de humanização na área de saúde.  
128 **4) I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária:** o Senhor **Luiz Carlos Wanderlei**, Diretor da  
129 Agência Nacional de Vigilância Sanitária, lembrou que a 11ª Conferência Nacional de Saúde aprovara  
130 Moção favorável à realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Nesse sentido,  
131 informou que seria publicado ato convocando a referida Conferência, com realização prevista para o  
132 período de 26 a 30 de novembro de 2001, com o tema “*Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância  
133 Sanitária: Proteger e Promover a Saúde Construindo Cidadania*”. Segundo o expositor, a Conferência  
134 será estruturada em três eixos principais: **1)** construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; **2)**  
135 a Vigilância Sanitária e a proteção e promoção à saúde; **3)** vigilância, saúde e cidadania. Concluindo,  
136 solicitou a indicação de membro do CNS para compor a Comissão Organizadora da I Conferência  
137 Nacional de Vigilância Sanitária. **4)** I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e de  
138 Medicamentos: Conselheira **Clair Castilhos** informou que a Comissão Organizadora da I Conferência  
139 Nacional de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos aticulava-se com a Assessoria de  
140 Assistência Farmacêutica da OPAS, que se propusera a participar da Conferência. Informou, ainda,  
141 sobre a realização de Seminário, na OPAS (Fortaleza-CE), sobre Assistência Farmacêutica, o qual  
142 seria utilizado como termo de referência para a I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e  
143 de Medicamentos. **5)** Providências consequentes ao relatório do GT sobre o CES/Pará: o Coordenador  
144 **Nelson Rodrigues dos Santos** informou que o documento do CNS fora encaminhado ao Presidente  
145 da Assembléia Legislativa, ao Secretário Estadual de Saúde e ao Governador do Estado de Pará.  
146 Acrescentou que a CIT fora oficiada a dar informações sobre o processo de habilitação do Estado do  
147 Pará, tendo a mesma respondido que estava sendo elaborado relatório explicativo. Conselheira  
148 **Gysélle Saddi** relatou que a Assembléia Legislativa do Estado do Pará aprovara o Projeto de Lei,  
149 apresentado pelo Governador do Estado, desconsiderando as sugestões do CNS. Relatou, ainda, que  
150 houve trabalho intenso de mobilização de diversas entidades junto aos Deputados daquela Assembléia,  
151 solicitando a revisão do Projeto e a proposição de substitutivo, com pontos consensuados. A aprovação  
152 se dera por convocação extraordinária, no período de recesso daquela Assembléia. Nesse sentido,  
153 indagou ao Procurador **Humberto Jacques de Medeiros** quais os encaminhamentos que poderiam ser  
154 tomados para inserir as entidades representativas preteridas no Projeto que fora aprovado. Conselheiro  
155 **Artur Custódio M. de Sousa** propôs que o CNS, através da sua Comissão, impetrasse ação judicial de  
156 inconstitucionalidade, no Supremo Tribunal Federal, contra o CES do Pará, Conselheiro **Gilson  
157 Cantarino** propôs que fosse efetuada representação junto ao Ministério Público Federal, questionando  
158 a legalidade do Projeto de Lei. O Procurador Humberto Jacques de Medeiros em seu pronunciamento,  
159 disse que experiências como a do Pará significavam importante processo de aprendizagem na área de  
160 conciliação, mediação e arbitragem. Disse, também, que o respeito à lei deve ser preservado. Assim,  
161 na questão do Pará, além de ser considerado o aspecto da legalidade, devia-se buscar o caminho da  
162 negociação, porque negociar representa ganhos de todas as partes qualificadas no conflito.  
163 Conselheira **Ana Maria L. Barbosa** sugeriu que fosse incentivada a discussão sobre a Resolução nº  
164 33, por considerá-la um instrumento fortalecedor para a questão em pauta. Conselheiro **Gilson  
165 Cantarino** comentou que não cabia ao Conselho Nacional de Saúde articular o movimento social no  
166 Estado do Pará em relação ao Conselho Estadual e, sim, às entidades representativas que o compõem.  
167 Conselheiro **Artur Custódio M. de Sousa** propôs reunir o grupo de trabalho novamente, para dirimir as  
168 dúvidas sobre o tema e, ainda, que o referido grupo estabelecesse contato com a OAB, buscando  
169 assessoramento jurídico. Conselheiro **Gilson Cantarino** discordou da proposta de contato com a OAB.  
170 Foi aprovada, então, a realização de reunião do grupo de trabalho e apresentação dos resultados na  
171 111ª Reunião Ordinária do CNS. Conselheira **Gysélle Saddi** sugeriu que fosse convidado para a  
172 referida reunião o Grupo de Trabalho instituído para revisar a Resolução nº 33, sendo a sua sugestão  
173 acatada. **ITEM 02 – FIOCRUZ – PLANO QUADRIENAL E PARCERIAS COM O CNS** – Por solicitação  
174 dos Conselheiros, este item foi transscrito na íntegra, conforme segue: Doutor **Paulo M. Buss**: “O  
175 trabalho que vou apresentar está na pasta dos senhores, sob o título de Diretrizes para a Formulação

do Plano Quadrienal da FIOCRUZ. Esse trabalho foi carinhosamente preparado para esta sessão do Conselho Nacional de Saúde. Esse castelinho, para nós, tem um significado muito grande, porque representa o início da saúde no Brasil. A Fundação Oswaldo Cruz, quando foi criada, não com esse nome, mas como Instituto Soroterápico Federal, ali, a saúde pública brasileira. A Fundação Oswaldo Cruz, foi, na época, origem das primeiras estruturas que criaram o Ministério da Saúde, em 1953. Ela inicia-se não apenas como uma estrutura para realizar estudos e pesquisas, mas, como uma estrutura para responder os graves problemas que acometiam a nação brasileira – as infecções endêmicas, os parasitismos e, sobretudo, as graves epidemias que acometiam o porto principal do país, que era o Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz foi convidado pelo Governo Rodrigues Alves para inaugurar um Instituto que procurasse ajudar a resolver as graves questões epidemiológicas de então. Todo esse tempo, a FIOCRUZ vem se pautando pelo compromisso de resolver os problemas de saúde da população, naquilo que lhe compete contribuir para tal. A apresentação que vou fazer foi feita na reunião do primeiro escalão do Ministério da Saúde, portanto, não estou trazendo aqui uma posição apenas de diretrizes de um plano quadrienal que represente a direção da FIOCRUZ, mas, este documento representa, na verdade, uma posição do Ministério da Saúde em relação ao papel da Fundação Oswaldo Cruz no Sistema Único de Saúde. Isso aqui as perspectivas futuras que temos, ou seja, o que vai constituir os grandes blocos do plano quadrienal. Na área de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico, temos a preocupação de trabalhar na ponta da fronteira tecnológica-científica. Trabalhar na ponta, a partir de agora, a aplicação de genomas, tanto o humano quanto o de parasitas, para diagnosticar terapêuticos e prevenção. Se nós, hoje, importamos medicamentos de alto custo, muito mais caros serão daqui há cinco ou dez anos, todos os produtos originários do genoma humano e do genoma de parasitas, para prevenção diagnóstica e terapêutica. Se não começarmos a investir agora, em um órgão público do Ministério da Saúde, através da FIOCRUZ, o valor agregado de produtos e o valor de dependência científica e econômica que vamos Ter no futuro será enorme. Então, estamos propondo que a FIOCRUZ trabalhe pesado no tema genoma de parasitas e humano, porque isso é fronteira, hoje, no campo biológico-biomédico. Para isso, vemos desenvolver um Programa Institucional de Desenvolvimento Tecnológico para essa área de insumo e produtos para o originário do genoma. O segundo ponto é aplicação da pesquisa, porque a pesquisa é a sustentação para o desenvolvimento tecnológico. E, dois grandes blocos que vamos trabalhar na questão da pesquisa e desenvolvimento tecnológico são a avaliação e monitoramento de sistemas, serviços e programas de saúde, através do Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública, nas dimensões populacional e individual. Estamos falando pesquisa epidemiológica e estamos e estamos em pesquisa clínica. Ou seja, cobriremos com os dois Programas, o campo da chamada Pesquisa em Saúde Pública, com suas vertentes epidemiológica e de sistemas de saúde e a pesquisa no foco individual, que é pesquisa clínica. Essas três áreas estão nesse bloco que chamamos de Programa do Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública. E, a questão do Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Insumos que acabei de mencionar, é que para a inovação tecnológica e desenvolvimento de produtos, o que é muito importante que ocorra para o fortalecimento da gestão tecnológica. No ensino, traduzimos os nossos objetivos de outra maneira. Trabalhamos com a idéia de mil e cem mestrando e doutorando, no ano de 2002 e estamos inaugurando um programa novo, extremamente promissor e importante, que são os mestrados profissionais, os quais foram regulamentados pelo MEC há dois anos atrás. Nós estamos com cinco mestrados profissionais. Um mestrado profissional em gestão de sistemas e serviços de saúde, ou seja, um mestrado profissional que forme dirigentes do sistema público, sem retirá-los do trabalho. O segundo, é um mestrado em vigilância epidemiológica. O terceiro é um mestrado em vigilância ambiental. O quarto, é um mestrado extremamente inovador, que é o mestrado em gestão social. Temos que sair da retórica dos programas intersetoriais. A gestão social traz inovações para toda a administração pública. Esse mestrado está dirigido, inicialmente, na forma presencial, para o Programa da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, chamado Favela-Bairro. É uma intervenção múltipla, que abrange educação, saúde, habitação, etc, e vamos preparar, então, os gestores desses programas. Esses mestrados profissionais, queremos que, em pouco tempo, sejam mestrados à distância. Já estamos trabalhando no desenvolvimento de idéias pedagógicas para trabalhar com o mestrado profissional à distância. Temos, também, um conjunto de pós-graduações, na FIOCRUZ, de especialização, aperfeiçoamento e residência. A questão da Educação Profissional e Técnica, é nível de Segundo Grau, ou seja, a formação de técnicos em saúde através da nossa Escola Politécnica. E, os projetos especiais, que em 2001 não estamos colando no cenário, porque não sabemos quando vão se resolver questões legais do edital do REFORsus, de que participamos e ganhamos. Então, para o ano de 2002, vamos ter, formados, quarenta e cinco mil conselheiros, mil e cem membros do Ministério Público, treze mil multiplicadores do PROFAE e, se as negociações ocorrerem adequadamente, vinte mil agentes de vigilância para a FUNASA. Isso vai totalizar cerca de noventa e dois mil formandos, no ano de dois mil e dois, nesses vários programas. Quero insistir que os

236 Programa do Ministério Público e Conselheiros de Saúde não são programas exclusivamente  
237 desenvolvidos com o nosso esforço institucional. É uma rede de vinte e nove instituições. Já passando  
238 para o Programa de Produção, aqui estão as vacinas que a FIOCRUZ produz hoje. Tema a vacina de  
239 Hemophilus Influenza, que vocês sabem, é uma doença que causa problemas sobretudo em idosos e  
240 crianças, de pneumonias, meningites e otites. Este ano, estamos produzindo nove milhões e trezentas  
241 mil doses e a proposta é parti para dez milhões de doses, em 2002. Essas vacinas nós produzimos  
242 para o Programa Nacional de Saúde Imunização. Não são vacinas vendidas no comércio. Temos,  
243 também, vacinas para sarampo e poliomielite. Para Meningite Meningocóccia A + C, este ano estamos  
244 produzindo um milhão de dose, já sabendo que não será necessário produzi-las no ano que vem,  
245 porque são vacinas circunstância para cercar focos. Para Febre Amarela, temos um grande estoque  
246 com o Ministério da Saúde, o que permitiu que se vacinasse quarenta e oito milhões de brasileiros.  
247 Como é uma vacina de dez anos de duração, agora estamos com programação de fabricar dez milhões  
248 neste ano e quinze milhões em 2002. É verdade que é uma vacina nova e que estamos aperfeiçoando.  
249 E, finalmente, a grande notícia do ano, estamos juntando a Tríplice com HIB. Até o final do ano teremos  
250 produzido as primeiras cinco milhões de doses dessa Tetravalente, e estaremos produzindo quinze  
251 milhões de dose no próximo ano. É uma vacina que custava ao Brasil muito caro para importar e que  
252 conseguimos reduzir, substancialmente, o custo. Daqui há dois anos, estaremos fermentando  
253 hemophilus aqui, ou seja, vamos ficar ainda menos dependentes, tecnologicamente, do que ainda  
254 somos. Temos, também, os reativos diagnósticos. Não vou entrar no detalhe, vou apenas mencionar,  
255 são os Kits Diagnósticos para HIV – 1 (Imunoflorescência), Hepatite B, Leishmânia, Leptospirose,  
256 Hanseníase, Doença de Chagas e Soro para controle de qualidade de exames de laboratório. Esses  
257 reativos servem aos Programas de Saúde Pública. Aqui está o Centro Tecnológico de Vacinas da  
258 FIOCRUZ. Ele está constituído de um Centro de Processamento de Imunobiológicos, que está em fase  
259 final de construção, um Centro de Produção de Antígenos Virais, que terá suas obras iniciando este mês,  
260 um Centro de Armazenamento de Produtos Acabados, que será inaugurado na segunda-feira, e que é  
261 um grande almoxarifado gelado. Temos, ainda, duas plantas novas que negociamos com Ministério da  
262 Saúde. O Desenvolvimento Tecnológico está em duas áreas, a primeira se refere às novas vacinas.  
263 Estamos trabalhando na vacina da Meningite B; E. Coli Enteropatogênico, que é uma das principais  
264 causas da diarréia infecciosa em crianças; Dengue; Pneumonia Estreptocóccia; vacina combinada Febre  
265 Amarela e Malária; Meningite B + C; BCG Recombinante, que uma vacina melhorada da Febre Amarela,  
266 expressada no BGC; Rubéola; e a Dupla Viral (Rubéola e Sarampo). Cada vacina dessas tem uma  
267 parceria nacional ou internacional e tem um tempo para acontecer. Nada disso vai acontecer em menos  
268 de dois a seis anos, dependendo do caso. O investimento e tempo necessário são, realmente, de longo  
269 prazo. Os novos Kits Diagnósticos vão muito mais rápido. Neste ano teremos um novo teste  
270 Imunoenzimático para Dengue, que acelerará, substancialmente, o diagnóstico Dengue. Temos,  
271 também, o Imunoenzimático para Leishmaniose, o teste rápido para HIV – 1,2, Leishmaniose,  
272 Leptospirose e Western Blot para HIV – 1. A nossa capacidade instalada para a produção de  
273 medicamentos é 1,3 bilhões de unidades. Nós produzimos quinhentos e sessenta mil unidades em  
274 2001 e a nossa perspectiva é chegar à cerca de seiscentas milhões de unidades farmacêuticas. São  
275 mais de cinqüenta produtos, em diferentes apresentações. Temos também, medicamentos novos, que  
276 estamos começando a preparar para produção neste ano e no início do próximo ao. Essa relação que  
277 mencionei, dos novos produtos, em diferentes apresentações, não incluem estes, que são  
278 medicamentos que estamos preparando a formulação de anti-androgênico, anti-psicótico, anti-viral e  
279 doenças oportunistas. Essas são as encomendas que o Ministério da Saúde fez para a FIOCRUZ e que  
280 estamos começando a preparar para, até o final do ano, estar produzindo. Aqui, temos o  
281 desenvolvimento tecnológico em medicamentos, que estamos fazendo além daqueles produtos novos.  
282 Estamos trabalhando com dezenas de fitomedicamentos para a saúde pública, que vêm da exploração  
283 da nossa biodiversidade. Estamos trabalhando em novas moléculas de AIDS, Malária, Tuberculose e  
284 Chagas, são medicamentos que são usados nessas doenças e que estamos fazendo o  
285 desenvolvimento para tornar a molécula mais efetiva, diminuindo a resistência, ou seja, facilitando a  
286 absorção. Temos vários bioprodutos para controle de vetores, ou seja, um controle biológico contra o  
287 vetor. É muito importante a internalização da farmaquímica no Brasil, ou seja, dominar a tecnologia  
288 para enfrentar qualquer ameaça de não fornecimento, seja por questões econômicas ou por questões.  
289 A Formação de um Banco Ativo de Germoplasma para Plantas Medicinais e uma coleção de extratos  
290 vegetais de referência, que são um programa de grande importância que temos, de exploração da  
291 biodiversidade e de pesquisa em plantas medicinais. Aqui, temos o Centro Tecnológico de Fármacos e  
292 Medicamentos. Temos uma área industrial, uma área de pesquisa e desenvolvimento, uma área  
293 comercial e uma área de planejamento e gestão. É que faz com que possamos produzir e desenvolver  
294 tecnologia em fármacos e medicamentos. Os serviços de referência são uma outra atividade  
295 fundamental da FIOCRUZ. Temos um conjunto de especialistas em diagnósticos, um conjunto de

296 sessenta de Centros de Referência em Diagnóstico. Temos, também, o diagnóstico de DIP e temos  
297 uma área de materno-infantil e doenças infecto-parasitárias. Diria que a coisa mais importante que  
298 temos na FIOCRUZ, em termos de referência, seria a parte da UTI Neonatal. Outro exemplo de um  
299 serviço de referência importante é o Banco de Leite Humano. Aqui, temos o campo de trabalho em  
300 ambiente e saúde, que é muito restrito, de fato, ao Rio de Janeiro, temos a Cidade dos Meninos. E,  
301 temos também, um programa que considero rico, por ser inovador, que é o desenvolvimento de  
302 Programas Intersetoriais, que trabalham saúde educação, habitação e geração de trabalho e renda.  
303 Através do Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manguinhos, trabalhamos  
304 o entorno da FIOCRUZ com a responsabilidade de uma empresa social. O Programa é bem  
305 estruturado, temos uma cooperativa com responsabilidade de uma empresa social. O Programa é bem  
306 estruturado, temos uma cooperativa de trabalhadores, contratamos essa cooperativa e, hoje, os  
307 serviços de limpeza, jardinagem e manutenção é feito por moradores da área de Manguinhos. Nós  
308 temos um conjunto de obstáculos físicos, financeiros e de recursos humanos para fazer parte daquilo  
309 que eu me chamei de perspectivas futuras. Temos problemas na infra-estrutura, que são espaço físico  
310 insuficiente, instalações inadequadas e equipamentos obsoletos. Então, apresentamos ao Ministério da  
311 Saúde que, entre 2002 e 2004, nos concedesse quarenta milhões de reais para finalizar o Centro  
312 Tecnológico de Vacinas; a construção de um Centro de Biotecnologia, que junte todos os laboratórios e  
313 departamentos envolvidos com a biotecnologia e que estão, hoje, trabalhando nessa rede, pela  
314 inexistência de condições adequadas para que isso aconteça; a construção de um Pavilhão de Cursos;  
315 quarenta e cinco milhões de reais para reformas e instalações dos prédios da FIOCRUZ; e vinte  
316 milhões de reais para aquisição de equipamentos, além de um programa de manutenção de  
317 equipamentos biomédicos. Estes valores totalizam cinqüenta milhões de reais/ano. Temos um  
318 problemas, também, na área de gestão, que são, muitos deles, de resolução nossa. Um deles, em  
319 negociação, é a elaboração de um estatuto que garanta que os administradores, o presidente, o vice-  
320 presidente e os diretores de unidades da FIOCRUZ, tenham mandato de quatro anos. Além disso, a  
321 possibilidade da FIOCRUZ vir a se transformar em uma Agência Executiva, que diminua os elementos  
322 burocráticos que têm impedido uma Agência Executiva, que é exatamente a configuração da FIOCRUZ  
323 hoje, embora isso ainda seja uma negociação com um pouco mais de tempo, a depender  
324 fundamentalmente dos humores de muitos Ministérios, não necessariamente, do Ministério da Saúde.  
325 E, ainda, um contrato de gestão, pois não queremos receber recursos sem que sejam controlados e  
326 acompanhados pela sociedade, através do Conselho Nacional de Saúde e pelo órgão superior, que é o  
327 Ministério da Saúde. Não é um cheque em branco, nós queremos um contrato de gestão que garanta  
328 compromissos estáveis e regulares. Na gestão de pessoal, é uma terceirização. Não estou me referindo  
329 a limpeza ou manutenção, mas , tecnólogos, pesquisadores, professores, têm que ser do nosso  
330 quadro. Então, estamos com trezentas e sessenta e duas vagas abertas no plano de ciência e  
331 tecnologia, que é o plano que reage os funcionários da FIOCRUZ que não estão preenchidas. Não  
332 posso deixar de colocar aqui o apoio que temos recebido do Ministério do Planejamento, que é um  
333 enredo burocrático impressionante. Temos a idéia de fazer essas contratações, além de cento e trinta  
334 pessoas do PCCS, que é um plano antigo. E, na área assistencial, estamos negociando com o  
335 Secretário Gilson Cantarino e com o Secretário Ronaldo César Coelho, para que nas áreas dos  
336 hospitais, nós mantenhamos os elementos centrais da pesquisa e do desenvolvimento e que nós, ou  
337 repassemos recursos, ou recursos venha do município ou do estado para colocar recursos humanos na  
338 área de assistências, nos nossos hospitais. Bom. É isso, o castelinho de verdade, chegando para todos  
339 nós". Conselheiro **Augusto Alves Amorim**: "Queria deixar aqui o meu sentimento, porque o que  
340 assistimos aqui são coisas que nos deixam orgulhosos em ser brasileiros. Muitas vezes, saímos deste  
341 Conselho deprimidos, devido aos problemas, dificuldades e desentrosamento. Mas, neste momento,  
342 sentimo-nos como primeiro mundo. A sua apresentação é poética. Quero manifestar o nosso  
343 agradecimento". Conselheira **Izabel Souto Maior**: "Como todos, fiquei emocionada e queria  
344 parabenizar, como carioca, essa questão do desenvolvimento local, sustentável, que vocês estão  
345 compreendendo. Eu conheci bem a favela de Manguinhos e, como aluna da FIOCRUZ, tinha medo de  
346 parar próximo àquela região. Acho que esse trabalho traz de volta o espírito de Oswaldo Cruz, olhando  
347 para os excluídos e acho que essa é a maior homenagem que a Fundação pode prestar ao seu  
348 fundador. Conselheira **Maria Lêda Dantas**: "Tive oportunidade de agradecer a vocês, da FIOCRUZ,  
349 pelos cem anos de vida. Então, o agradecimento já está feito. Ao ouvi-lo, no seu entusiasmo, percebi  
350 que crescemos com o senhor, no sentido de saber que este Brasil, tão ameaçado na sua soberania,  
351 pode muito mais do que a nossa vã filosofia possa tentar. È mais do que um agradecimento. Gostaria  
352 de perguntar o que nós, do CNS, podíamos fazer para ajudá-lo a superar as dificuldades que nos foram  
353 apresentadas"? Doutor **Paulo Buss**: "A Senhora acha que as suas palavras são pouco? Vou levar as  
354 suas palavras e as dos que antecederam ao Conselho da FIOCRUZ, porque isso não é um sonho  
355 pessoal. De acordo com a Lei, orçamento, programas e perspectivas futuras têm que passar por este

356 Conselho. A FIOCRUZ que fazer da lei algo real, não uma retórica. Não foi por outra razão que eu  
357 espero do Conselho". Conselheiro **José Noronha**: "Queria me associar aos cumprimentos ao Paulo  
358 Buss, já trabalhamos juntos na Reforma Sanitária, e registrar a satisfação e a alegria em ver que a  
359 transição de Oswaldo Cruz está em boas mãos. Quero cumprimentá-lo pela bela apresentação".  
360 Conselheiro **William Saad**: "Queria ratificar tudo que foi dito pelos colegas e dizer que Oswaldo Cruz  
361 deve estar vibrando pela sua exposição. Queria perguntar, apenas, se vocês estão pensando em  
362 cursos seqüenciais, que é uma inovação da LDB e que está sendo pouco explorada no Brasil. Quando  
363 fui diretor científico da FAPESP, tive a oportunidade de auxiliar na criação do Laboratório de Química  
364 de Produtos Naturais/USP. Não sei se há um relacionamento, mas, esse parou, parece estar faltando  
365 uma interface". Conselheira **Tânia Lago**: "Também quero reiterar os cumprimentos e dizer que ficamos  
366 de alma cheia e ver que é possível fazer o bem, principalmente, com os cumprimentos e dizer que  
367 ficamos muito mais que podemos demandar de vocês, se cada parte do Ministério tiver presente à  
368 potencialidade da FIOCRUZ em auxiliar na definição de políticas, insumos e outras questões.  
369 Parabéns". Conselheiro **Climério Rangel**: "Gostaria de me aliar aos que me antecederam, sobre o  
370 brilhantismo do trabalho apresentado e, acima de tudo, pelo entusiasmo do expositor. Quero dizer que  
371 vemos na TV série de situações antitéticas na política, em vários momentos. No entanto, um trabalho  
372 como este deveria estar mais presente, para nos orgulharmos de ser brasileiros. Gostaria que fosse  
373 dado mais publicidade a isso. A sociedade precisa tomar conhecimento". Doutor **Paulo Buss**: "Eu não  
374 consigo ouvir o que ouvi de vocês, sem me emocionar. Acho que a emoção é uma coisa rica. Queria  
375 dizer que levar as palavras deste Conselho com alegria enorme. Queria comentar, Dr. Saad, que o  
376 mestrado profissional, para nós, é uma inovação riquíssima porque supera, em alguma questões, o que  
377 os mestrados acadêmicos não conseguem fazer. Porque têm outro objetivo. E o nosso próximo passo é  
378 fazer osso à distância, para não restringir as oportunidades, porque eles têm que chegar ao Brasil mais  
379 distante. Acho que vamos fazer o SUS crescer muito mais com isso. Concordo que os cursos  
380 seqüenciais são uma estratégia pouco utilizada na nossa LDB. Na escola, no conjunto de cursos de  
381 aperfeiçoamento, temos, também, ter vindo a este Conselho, para compartilhar os nossos sonhos".  
382 **ITEM 03 – “PARÂMETROS EPIDEMIOLÓGICOS E DE EQÜIDADE PARA O PLANEJAMENTO**  
383 **ASCENDENTE” – OFICINA DE TRABALHO I** – Doutor **Jarbas Barbosa**, representante do  
384 CENEPI/FUNASA/MS, expôs as dificuldades encontradas na incorporação de critérios epidemiológicos  
385 para a definição de prioridades – base de dados limitadas e ausência de equilíbrio adequado entre a  
386 necessidades e capacidade – e, destacou algumas experiências concretas identificadas: **a)** publicação  
387 da Portaria nº 176, que disciplina os critérios para obtenção de financiamento da FUNASA; **b)**  
388 estabelecimento de critérios de elegibilidade; **c)** financiamento de usinas para tratamento de lixo nas  
389 cidades; **d)** estabelecimento de critérios diferenciado para o teto financeiro de epidemiologia e controle  
390 de doenças para os diversos estados da federação. A seguir, Doutora **Rita de Cássia B. Barata**,  
391 representante da Santa Casa de São Paulo e da ABRASCO, apresentou a perspectiva de trabalho,  
392 utilizando como base o conceito de eqüidade para a saúde pública, através os seguintes processos de  
393 trabalho; **I)** transformação de necessidades em objeto de atuação; **II)** Definição de instrumentos de  
394 intervenção/estratégias de trabalho; **III)** avaliação dos resultados de intervenção; **IV)** priorização das  
395 necessidades sociais; **V)** identificação de grupos vulneráveis (focalização e discriminação positiva); **VI)**  
396 estabelecimento de mecanismos para redução das desigualdades sociais em saúde. Apresentou  
397 quadro comparativo da situação da saúde brasileira com outros setenta e sete países e, também,  
398 quadro comparativos sobre as desigualdades identificadas entre as cinco regiões do Brasil. Concluindo,  
399 citou a frase do filósofo português, Ventura de Souza Santos, "Temos o direito de ser iguais sempre  
400 que a diferença nos inferioriza e temos o direito de ser diferente sempre que a igualdade no  
401 descharacteriza". Para finalizar, Doutor **Paulo Sabrosa**, da ENSP/FIOCRUZ, ressaltou os grandes  
402 avanços na definição dos indicadores epidemiológicos, observando o comportamento das condições da  
403 saúde da população, nos últimos anos, apontava para a evidente redução da mortalidade infantil, frente  
404 ao aumento do PIB per capita, contudo ressaltou que outras variáveis deveriam ser avaliadas para um  
405 melhor entendimento das desigualdades. Destacou, ainda, outra relação histórica da saúde pública,  
406 entre condições de desenvolvimentos e problemas de saúde. Disse que o trabalho de epidemiologia  
407 analisava situações de saúde, estabelecendo critérios e prioridades locais, de acordo com a  
408 metodologia e interpretação utilizadas, fazendo demonstrações, através de dados existentes, sobre  
409 mortalidade infantil, leptospirose, etc. Concluindo, observou que o controle de endemias deveria se  
410 tratado através da inserção da saúde na educação da população. O Senhor **André Nunes**,  
411 representante do IPEA, comentou que o estabelecimento de critério para definição de prioridades  
412 deveria abranger, em algum momento, ações educativas, entendendo que a difusão da informação era  
413 fundamental para o bom andamento do processo. Com relação à exposição da Conselheira **Rita de**  
414 **Cássia B. Barata** no que se refere à identificação de grupos vulneráveis, observou que a discriminação  
415 positiva mais recursos orçamentários que a focalização. Concluindo, comentou que o ideal seria

possibilitar uma interação entre os critérios apresentados pelo Doutor **Jarbas Barbosa** e a realidade identificada a nível municipal. Dessa forma, o próprio município poderia realocar recursos e tornar mais eficiente à aplicação do mesmos. Conselheiro **Neilton Araújo**, observou que o CNS deveria atentar para a questão do financiamento, visto ser este o principal indutor de Políticas de Saúde. Lembrou as dificuldades encontradas na implantação do processo de descentralização, apesar de considerá-lo uma iniciativa vitoriosa, pois potencializava os recursos financeiros em cada município. Lembrou, também, da necessidade de inserção da discussão sobre a questão da intersetorialidade nesse processo. Conselheiro **Sólon Viana** indagou em que nível de governo a epidemiologia era mais útil como instrumento para definir alocações financeiras. Disse que apesar da resposta óbvia ser em todos os níveis, em um sistema como o SUS, a epidemiologia poderia não ser útil para as instâncias subnacionais, como instrumento alocativo. Destacou, ainda, que em um sistema de saúde de um país como o Brasil, heterogêneo e com pesada carga tributária centralizada, bem como um sistema de saúde descentralizado, a utilização da epidemiologia sofisticada para a alocação de recursos entre unidades federadas pode acarretar em um perfeccionismo desnecessário, pois, com instrumento epidemiológicos, demográficos e sócio-econômicos, os mesmos resultados são alcançados, com custos reduzido. Conselheira **Maria Lêda Dantas** elogiou e agradeceu aos expositores e a debatedores e lembrou que a epidemiologia possuía problemas não só a ela inerentes, como à própria concepção de ciência vigente no século XXI. Considerou importante que o controle social, na figura do CNS, auxiliasse novos gestores, mostrando-lhes a contribuição da epidemiologia. Conselheiro **Cláudio Duarte** sugeriu que a continuidade do tema apresentado fosse trabalhada através de work shops ou seminários pelo CNS. Conselheira **Júlia Roland** lamentou que o conhecimento de dados epidemiológicos fosse utilizado para atender às demandas mais urgentes de cada estado ou município. Conselheiro **José Noronha** considerou necessária a existência de órgão de inteligência epidemiológica que repasse o Ministério da Saúde com um todo. Considerou necessário, também o reforço do mecanismos de capacitação em epidemiologia, dos agentes operadores dos SUS. Conselheiro **Francisco Monteiro**, concluindo, observou que a difusão da informação deveria ser efetuada de forma dialética, para que a sociedade pudesse processar, criticamente, a informação, principalmente entre o ensino de primeiro e segundo graus.

**ITEM 04 – ORGANIZAÇÃO DA 10ª PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE – Adiado.**

**ITEM 05 – RELATO DA CIT** – Conselheiro **Silvio Mendes de Oliveira Filho** fez o relato da reunião da CIT, dizendo que a mesma debatera os seguintes temas: **I**) centrais de regulação e assistência à saúde; **II**) Bolsa-Alimentação; **III**) descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças; **IV**) controle do câncer Cervico-Uterino; e **V**) certificação de municípios. Conselheiro **Gilson Cantarino** acrescentou que a Central de Regulação fora iniciada através de trabalho integrado, no Rio de Janeiro, com o setor de formação e saúde que atualmente já existiam cinco centrais regionais e uma central exclusiva para UTI Neonatal. Considerou as referidas centrais como instrumentos gerenciais importantes para o controle e para a relação entre oferta e demanda. Concluindo, registrou a sua satisfação pelo retorno do Conselheiro **Sílvio Mendes de Oliveira Filho** sugeriu que o plenário do CNS se manifestasse junto a CIT, no sentido de registrar mais interesse quanto ao relato mensal dos trabalhos daquela Comissão, especialmente, no que se refere às estratégias de construção do SUS (NOAS, financiamento para atenção básica, média alta complexidade e vigilância).

Conselheiro **Climério Rangel** externou ter sentido dificuldade em explicar o porquê de determinados médicos solicitarem exames e procedimentos que o SUS não oferece aos seus pacientes. Nesse sentido, sugeriu que fosse criada rede informatizada e interligada para coordenar a seqüência do atendimento médico do SUS. Conselheiro **Augusto Alves Amorim** concordou com a proposta do Coordenador, considerando deveras importante maior entrosamento entre a CIT e CNS. Conselheiro **Gilson Cantarino** observou que o próprio CNS poderia preencher determinadas lacunas do SUS, auxiliando os gestores nesse sentido. Conselheira **Zilda Arns** comentou que a concentração de esforços na construção do SUS estava, às vezes, ausente, tanto na CIT como no CNS. Conselheira **Júlia Maria Roland** destacou a importância do Conselho dedicar-se à agenda básica, já aprovada, bem como às recomendações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde. Conselheiro **Silvio Mendes de Oliveira Filho** disse que houvera mudança na estratégia de negociação tripartite, procurando qualificar deliberações. Sugeriu, então, a presença de representante do CNS nas discussões das Câmaras Técnicas da CIT. Conselheiro **Gilson Cantarino** não concordou com essa sugestão, lembrando que a sugestão em pauta referia-se à expectativa do CNS em relação à Comissão Intergestores Tripartite. Conselheiro **Lindomar Tomé Lopes** propôs que fosse pautada discussão sobre a questão da NOB de Recursos Humanos, na 111ª Reunião Ordinária do CNS. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** cientificou os conselheiros da publicação da Portaria nº 641/2001, do Ministério da Saúde, que cria Comitê destinado a elaborar plano de ação para promover o trabalho voluntário em saúde, a ser coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde e Integrado por representantes de diversos órgãos e entidades, incluindo uma vaga destinada a representando do CNS. Acrescentou que, através da

476 Portaria nº 818/2001, o Ministério da Saúde criara uma Rede de Serviços de Atenção à Pessoa  
477 Portadora de Deficiência. O Coordenador **Nelson Rodrigues dos Santos** lembrou que o CNS, de  
478 acordo com a Lei que o criou e com seu Regimento Interno, poderia participar do referido Comitê  
479 apenas como observador. **ITEM 06 – COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE COORDENAÇÃO GERAL** -  
480 Adiado. **ITEM 07 – COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES TÉCNICAS PERMANENTES DO**  
**481 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE** - Adiado. **ITEM 08 – IMPLEMENTAÇÃO DA EMENDA**  
**482 CONSTITUCIONAL N° 29, LEI COMPLEMENTAR DECORRENTE DA E.C. 09 – RELATÓRIO DA**  
**483 CONFIN/CNS** – Prof. **Elias Jorge** fez a apresentação do Relatório da CONFIN/CNS, abordando os  
484 seguintes temas: **I**) execução global da União; **II**) LDO 2002 e orçamento da União e Ministério da  
485 Saúde; **III**) parâmetros e diretrizes para a elaboração da proposta orçamentária; **IV**) sugestões e  
486 encaminhamentos ao Plenário do CNS: **a**) considerar R\$ 67.290.000,00 como parâmetros gerais de  
487 diretrizes para a elaboração da proposta 2002, tendo como referência para o financiamento a E.C. 29;  
488 **b**) pauta para a próxima reunião ordinária do CNS discussão e aprovação da proposta orçamentária  
489 2002, **c**) autorizar a Coordenação Geral a convocar reunião extraordinária, caso necessário; **d**) indicar  
490 representantes do CNS para participar da formulação da proposta do Sistema Nacional de Sangue; **e**)  
491 retomar, a partir de agosto/2001, no Congresso Nacional, as tratativas para resgatar a integralidade da  
492 E.C. 29; **f**) considerar o documento “Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulação da  
493 E.C. 29”, como referência para subsidiar os vários projetos que surgirão no Congresso Nacional, de  
494 regulamentação da E.C.; **g**) aprovar o presente relatório, considerando-o anexo à ata da 110ª Reunião  
495 Ordinária do CNS. Conselheiro **Artur Custódio M. de Souza** sugeriu que fosse encaminhada aos  
496 Conselhos Estaduais e Municipais uma Nota Técnica relatando as dificuldades enfrentadas pelo CNS  
497 quanto à questão do orçamento. Colocando em apreciação, o relatório foi aprovado. **ITEM 10 –**  
498 **MÉTODOS PRÁTICOS DE CONTABILIDADE DA APLICAÇÃO DA E.C. 29 DE APOIO**  
499 **TECNOLÓGICO AOS GESTORES DESCENTRALIZADOS** - Adiado. **EXTRA-PAUTA: CIAN –**  
500 **PROGRAMA BOLSA-ALIMENTAÇÃO:** Conselheiro **Augusto Alves Amorim** passou a palavra ao Prf.  
501 **Flávio Luiz Valente**, Secretário-Executivo Internacional do Fórum Global de Segurança Alimentar e  
502 Nutricional Sustentável, que apresentou o documento elaborado pela CIAN, destacando os aspectos  
503 fundamentais do Programa Bolsa-Alimentação: **1**) mudança favorável dos critérios de inclusão; **2**)  
504 fortalecimento da estratégia de estímulo ao aleitamento materno; e **3**) aproximação do Programa Bolsa-  
505 Alimentação com os Programas de Agentes comunitários e Saúde da Família. Conselheira **Maria**  
506 **Helena Baungarten** observou que não houvera mudança quanto à referência de renda familiar superior  
507 a meio salário mínimo, vem como ao valor destinado para cada criança, em relação ao projeto inicial.  
508 Nesse sentido, a Conselheira pediu vistas do projeto, visando discutir a questão mais a fundo com as  
509 suas bases representativas. Conselheira **Clair Castilho** reiterou o pedido de vistas feito pela  
510 Conselheira **Maria Helena Baungarten**. Conselheiro **Lindomar Tomé Lopes** considerou necessário  
511 que o projeto ficasse sob o controle da Secretaria Municipal de Saúde, com profissionais habilitados  
512 para desempenhar essa tarefa. Conselheiro **José C. Noronha** observou que as políticas sociais  
513 estavam muito fragmentadas, indagando se não seria mais proveitosa a discussão sobre um Programa  
514 de Renda Mínima. Nesse sentido, sugeriu a articulação do CNS junto ao Congresso Nacional, para  
515 debater a proposta de constituir Programa mais abrangentes. Conselheira **Gyselle Saddi Tannous**  
516 solicitou que fossem discutidos a fundo os custos operacionais, de implementação e de manutenção do  
517 Programa, antes de submetê-lo à aprovação. Conselheiro **Edmundo Fontes** observou que o Programa  
518 seria executado pelo Governo Federal independentemente da aprovação do CNS e registrou a sua  
519 preocupação com relação aos Programas desarticulados que estavam sendo implementados nos três  
520 níveis de governo. Disse ele não ser contra ao programa, considerar que a realidade excludente da  
521 atual conjuntura tornava-o necessário, porém, considerou oportuno que o CNS se engajasse no  
522 monitoramento efetivo do mesmo. Conselheira **Zilda Arns** lamentou o pedido de vistas, fazendo breve  
523 histórico sobre o Programa de suplementação Alimentar, bem como relato de experiências por ela  
524 vividas, em relação à desnutrição infantil. Considerou importante a valorização do estímulo ao  
525 aleitamento materno até um ano de idade da criança e fez algumas sugestões de alteração redacionais  
526 ao documento apresentado. Conselheiro **Cláudio Duarte** solicitou o registro do seu pronunciamento:  
527 “*acho que tem uma questão de fundo: qual é a atribuição deste Conselho? Acompanhar, controlar e*  
528 *formular diretrizes de Política Nacional. Quero lembrar a este Conselho que nós aprovamos uma*  
529 *Política Nacional de Alimentação e Nutrição, há dois ou três anos atrás, e que cabe aos gestores*  
530 *executar essa política, capacitar técnicos, mobilizar a sociedade e implementar o que está explícito na*  
531 *Política. E, aos Conselhos cabe avaliar se as diretrizes e as políticas que são aprovadas no Conselho*  
532 *estão sendo executadas. O que queremos com a Bolsa-alimentação? Queremos cumprir as diretrizes*  
533 *que estão na Política de Alimentação de Nutrição, que são: aumentar os recursos para área; mudar as*  
534 *estratégias para mais modernas e mais equânimes; que mobilizem no componente intersetorial;*  
535 *fortalecer a ação descentralizada no âmbito do município; fortalecer a atenção básica para uma política*

integral. Acho uma contradição algumas discussões que estamos fazendo no Brasil. O Brasil está avançando através, inclusive, de iniciativas de muitas Prefeituras, de políticas compensatórias. Esse programa, que é governamental e vai ser feito em parceria com os estados e municípios, nada mais é do que cumprir, rigorosamente, o que está na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que este Conselho aprovou. Temos que ter clareza, nos votos e nas posições. Ou queremos que as políticas avancem, ou queremos discutir em outro prisma, considerando as divergências quanto política governamental, o que sempre vai haver no controle social. Quero registrar que esse Programa visa ampliar o volume de recursos para área. Então, cada Conselheiro tem que ter clareza no seu posicionamento. Os recursos são razoáveis. Acho que o Conselho tem que considerar o avanço que o Governo Federal está tendo nessa diretriz. Aliás, já foi um pacto aprovado nos três níveis de governo. Por isso, espero que este Conselho aprove o projeto e depois, constitua Comissão para promover o acompanhamento. Nós vamos implementar o Programa, porque temos a convicção de que estamos fazendo o melhor os cidadãos que estão no interior do Nordeste, necessitando de apoio das políticas públicas". Conselheira **Gysélle Saddi** ressaltou que, ainda a execução do Programa não estivesse condicionada à aprovação do Conselho, a aprovação do Plenário deixava intrínseca a sua concordância nos moldes apresentados. Conselheiro **Augusto Alves Amorim** fez apelo pela retirada do pedido de vistas. Conselheiro **Gilson Cantarino** sugeriu que o CNS fizesse recomendação ao Ministério da Saúde, manifestando que, uma vez a execução do Programa não dependia de aprovação do CNS, que este desenvolvendo. Conselheira **Gysélle Saddi** sugeriu que a referida recomendação fosse encaminhada aos Conselhos Estaduais de Saúde. Conselheiro **Cláudio Duarte** registrou que não era primeira vez que o tema debatido era no Conselho e sugeriu que constasse da recomendação as demanda do CNS não acatadas pelo Ministério da Saúde. Conselheira **Zilda Arns** manifestou-se favorável à aprovação do Programa. Colocada em apreciação, foi aprovada a proposta do Conselheiro **Gilson Cantarino**. **ENCERRAMENTO** – Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada. Estiveram presentes os seguintes Conselheiros: **Alexandre Soares, Ana Maria Barbosa, Artur Custódio M. de Sousa, Augusto Alves Amorim, Carlos Alberto Gebrim Preto, Cláudio Duarte, Clair Castilho, Climério da Silva Rangel Júnior, Edmundo Ferreira Fontes, Francisco das Chagas Dias Monteiro, Geraldo Adão Santos, Gilson Cantarino, Gysélle Saddi Tannous, Henrique de Mesquita B. Corrêa, Júlia Maria Roland, José Carvalho de Noronha, Lindomar Tomé Lopes, Maria Helena Baugarten, Maria Irene M. Magalhães, Maria Lêda Dantas, Mozart Abreu e Lima, Olympio Távora, Paulo Romano, Sérgio Luiz Magarão, Sérgio Piola, Sílvio Mendes de Oliveira Filho, Sólon Magalhães Vianna, Tânia Maria Lago, Temístocles Marcelos Neto, Lúcia Marques de Vita, Zilda Arns e William Saad.**

569