



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

**ATA DA CENTÉSIMA NONAGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS**

Aos oito e nove dias do mês de outubro de dois mil e oito, no Plenário do Conselho Nacional de Saúde “Omlton Visconde”, Ministério da Saúde, Bloco “G”, Edifício Anexo, 1º andar, ala “B”, Brasília, Distrito Federal, realizou-se a Centésima Nonagésima Reunião Ordinária do CNS. O Presidente do Conselho, o **Francisco Batista Júnior**, presidente do CNS, procedeu à abertura dos trabalhos, cumprimentando os presentes.

ITEM 01 – ABERTURA: MINISTRO DE ESTADO JOSÉ GOMES TEMPORÃO – O Presidente do CNS convidou o Ministro de Estado da Saúde, José Gomes Temporão, para fazer o seu pronunciamento. Este assim se manifestou: “Muito bom dia! Quero cumprimentar os conselheiros e as conselheiras nesta reunião do CNS. Na realidade, vim fazer uma visita, a minha presença aqui no Conselho deveria se tornar regular em todas as reuniões. Porém, temos sempre problemas de agenda, viagens. Seria excelente se a gente pudesse, em cada reunião, fazer uma análise de conjuntura, estar avaliando o que acontece na dinâmica setorial do país. Isso é uma coisa importante, nos ajuda, é importante para o Conselho, é importante para o Ministro. Queria compartilhar com vocês algumas coisas que aconteceram e estão acontecendo recentemente e que são importantes, significativas. Depois, temos agenda com temas muito estratégicos, de relevância para a política nacional de saúde. Primeiro, queria compartilhar com todos a nossa alegria, porque no dia cinco de outubro foi a data da promulgação da Constituição de 88, portanto, data da criação do Sistema Único de Saúde. Esse sistema que tantas alegrias tem dado ao povo brasileiro, esse instrumento poderoso de inclusão social, esse sistema que vem sendo objeto de uma crescente curiosidade dos demais países do mundo - vou falar um pouco sobre isso já, já – pelas inovações que introduziu, do ponto de vista de uma política de saúde, num país ainda em desenvolvimento, com muitas desigualdades e pobreza, Grande parte da população brasileira tem uma renda incompatível com o que nós consideramos adequado. Mas é um sistema que tem ajudado e muito a redução da iniquidade e a melhoria das condições de vida, em geral, da população brasileira. Nem sempre bem compreendido, nem sempre bem avaliado. Existe na sociedade toda uma ideologia que, digamos assim, diminui a importância desse sistema. Entre as novidades que esse sistema implantou, e que é uma de suas fortalezas, é exatamente a questão do controle social. Para os mais velhos, os mais antigos, isso vem lá dos anos 70, quando uma série de prefeituras começam a mudar as suas políticas e introduzir novas lógicas de organização do sistema e começam a aparecer as primeiras idéias sobre controle social, participação comunitária. Isso se institucionaliza, pela primeira vez, enquanto política pública. Antes da unificação do sistema, para ser mais exato, de 1982 a 1983, com a Resolução n.º 6 da SIPLAN – quem não viveu essa época pode recorrer aos livros de história – Ainda as Ações Integradas de Saúde foi a primeira política de saúde que institucionalizou um esboço de controle social, de fóruns onde trabalhadores, usuários, organizações não-governamentais, profissionais de saúde sentavam num espaço institucional para acompanhar, fiscalizar, formular as políticas. De lá para cá, a gente andou muito. Trilhamos um longo caminho. Depois da 8ª Conferência, o processo de conferências se institucionalizou e se estruturou. Foi feito um grande esforço de todos na estruturação e fortalecimento dos conselhos estaduais e municipais. Isso com a ajuda de centena de militantes, de companheiros e companheiras. Este Conselho tem uma grande responsabilidade, porque é a referência para todo o país, na qualificação do controle social e na importância disso nas políticas de saúde. E por que isso é importante? Fico mais feliz quando penso não na dimensão fiscalizadora, de acompanhamento ou monitoramento. Fico mais confortável quando penso na dimensão de uma consciência política. A ação coletiva, a participação das entidades de maneira organizada na luta pela construção do que Berlinger chamava de consciência sanitária, ou seja, não só uma consciência de cada um de nós sobre a questão da saúde, uma consciência crítica, uma consciência estruturada e também ação coletiva na busca da melhoria das condições de saúde e de vida. Essa dualidade, consciência individual e movimento coletivo, é a essência desse conceito. A semana passada eu estive em Washington participando do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana de Saúde, o segundo órgão em importância na hierarquia da OPAS e tive o prazer de ter sido eleito presidente desse Conselho, cujo mandato dura até o ano que vem. Eu percebi que fora uma indicação por consenso, e o curioso é que a última vez que o Brasil presidiu o Conselho Diretor da OPAS foi em 1965. Então, há 43 anos que o Brasil não presidia. Foi muito gratificante ouvir o idioma português ser o idioma oficial da

reunião durante todo esse período, coisa que não acontecia há 43 anos. Mas mais que me sentir envaidecido ou orgulhoso por ter sido indicado como Ministro da Saúde do Brasil, eu tenho certeza, ouvi lá, que essa indicação foi uma homenagem aos 20 anos do Sistema Único de Saúde e o reconhecimento da Comunidade Latino Americana das Américas, ao trabalho que o Brasil vem desenvolvendo, estruturando esse sistema de saúde tão diferente, tão inovador. É perceptível, quando a gente viaja, o respeito que o Brasil tem cada vez mais no cenário internacional por conta de uma série de políticas, uma série de propostas que a gente vem construindo ao longo desses anos. É claro que uma série de outros eventos que estão acontecendo – tenho que destacar três deles – se soma a essa percepção externa e interna de que as coisas avançam e andam. A primeira que queria destacar é a campanha da rubéola. Estamos com mais de 90% das mulheres vacinadas e em torno de 89% dos homens vacinados. Estamos na fase de avançar para a conclusão do processo de cobertura vacinal, para que possamos pedir à Organização Mundial da Saúde o certificado de erradicação da rubéola e da rubéola congênita. Foi um trabalho muito bem conduzido. Quero estender os meus cumprimentos ao CONASS e ao CONASEMS, nossos parceiros, e ao pessoal do PNI, que faz um trabalho brilhante. E depois, na apresentação da Política da Saúde do Homem, o Adson vai conversar um pouco, porque o grande problema dessa campanha foram os homens. Então, nós temos que meditar um pouco sobre os homens, enquanto objeto de cuidado. De modo geral, a campanha foi muito importante, foi um sucesso, reafirmando a capacidade brasileira em organizar e desenvolver campanhas de vacinação em larga escala. A segunda boa notícia foi o desenvolvimento por Farmanguinhos do medicamento genérico Efavirenz do coquetel da AIDS. Curioso que, duas semanas antes do anúncio, uma revista de grande circulação fez uma matéria dizendo que o Brasil decretou o licenciamento compulsório do Efavirenz, porque não conseguiu desenvolver o medicamento. Depois, no último número dessa mesma revista, numa entrevista comigo, tiveram que jogar a toalha, como se diz. Farmanguinhos, em parceria com três empresas privadas, desenvolveu a rota do princípio ativo e da formulação final. Significa que o Brasil detém toda a tecnologia da produção do Efavirenz. Em janeiro, estaremos entregando o primeiro lote desse medicamento, que agora passará a ser o genérico “made in Brazil”. Essa é uma demonstração clara que, quando há prioridade, quando há investimentos, quando há determinação, nós podemos fazer muito mais do que se imagina. Isso abre uma possibilidade no campo da produção de genéricos no nosso país e não deixou de ser uma inovação do modelo de parceria público-privada, onde Farmanguinhos, com três empresas privadas, uma delas a Nortec, que é uma grande empresa brasileira, desenvolvem o princípio ativo. A terceira boa notícia é o desenvolvimento, por pesquisadores cientistas da USP, da primeira linhagem da célula-tronco embrionária, para que a gente possa começar a fazer os primeiros experimentos terapêuticos do uso dessa nova tecnologia no tratamento de doenças crônicas. Isso só foi possível pela grande luta política e este Conselho foi um ator importante dessa luta, apoiando, suportando um conjunto de outras entidades que defenderam junto ao Supremo Tribunal Federal a rejeição da ADIN. Significa tudo isso, que o Brasil desenvolveu essa linhagem, o que reitera o que já havia lá atrás: essa é uma das poucas áreas que o Brasil tem condições técnico-científicas de se colocar na vanguarda, na fronteira do conhecimento, no mesmo nível dos países desenvolvidos. Assim, a comemoração dos 20 anos do SUS, dos 30 anos de Alma Ata, da eleição do Brasil para presidir o Conselho Diretor da OPAS, da campanha da rubéola, do desenvolvimento do Efavirenz, do desenvolvimento da primeira linhagem das células-tronco embrionárias são notícias muito importantes, que reafirmam, nos fortalecem, enquanto projeto, enquanto país, enquanto processo político. Porém, nós sabemos que outros grandes desafios estão aí para que nós os enfrentemos. Um deles – queria me deter um pouco mais sobre isso e pedir o apoio, a colaboração das entidades que compõem o Conselho Nacional de Saúde – é a dengue. Nós todos acompanhamos este ano a situação que aconteceu, principalmente no Rio de Janeiro e, também, em outras cidades e capitais. Essa doença tem raízes estruturais importantes. Tem uma relação direta com a falta de água regular, tem uma relação direta com a pobreza, com precariedade habitacional, com a falta de saneamento básico, com cidade suja, com falta de recolhimento adequado de lixo. Tem a ver com a questão da educação, da informação. Uma solução radical para superar esse problema de saúde pública passa por questões estruturais: saneamento básico, habitação, melhoria das condições de vida. Também passará pelo desenvolvimento de uma nova vacina que não dispomos e não estará disponível tão cedo. Estima estar disponível daqui a cinco anos. Enquanto não temos uma vacina, nos restam três ações importantes, além das políticas de saneamento. A primeira informação, a segunda educação, a terceira mobilização. Na segunda-feira, o Ministério da Saúde, juntamente com o CONASS e o CONASEMS, estará lançando uma estratégia de mobilização nacional para o enfrentamento da doença, porque o verão e as chuvas se aproximam. Estou enfatizando muito a importância da mobilização. Temos várias pesquisas mostrando que, no geral, a população brasileira está bem informada sobre a questão da dengue. Tem até um razoável conhecimento do que deve fazer na sua casa, no seu local de trabalho para evitar a proliferação do vetor. Mas falta, a meu ver, uma ação mais coletiva. Este ano, alguns governadores, como o do Piauí e da Paraíba, organizaram dias estaduais de limpeza e o resultado foi muito interessante. Ou seja, saiu-se de uma ação com foco no comportamento individual, e partiu-se para

120 outra dimensão: saber o que fazer na sua casa, que é importante, mas não suficiente, e se reunir,
121 conversar com o vizinho, a rua tem que se mobiliar, o bairro tem que se mobilizar. Periodicamente têm
122 de estarem juntos para discutirem e avaliarem as condições ambientais. A cidade está limpa? Tem que
123 cobrar alguma coisa do prefeito? Os agentes comunitários estão fazendo o seu trabalho? Esse sentido
124 de ação coletiva é muito importante, porque é um instrumento de educação, de conscientização das
125 pessoas. Então, convido o Conselho para estar conosco no lançamento dessa nova campanha, que
126 vem sendo trabalhada em parceria com o CONASS e o CONASEMS há vários meses. É um trabalho
127 muito importante, muito robusto. Temos aqui hoje uma agenda que gostaria de destacar alguns pontos.
128 A primeira é a política nacional de atenção à saúde do homem. Essa questão já me preocupava de
129 muito antes e quando assumi o Ministério, um dos 22 pontos que coloquei no meu discurso de posse foi
130 exatamente a política de atenção à saúde do homem. Por quê? Porque existem algumas
131 especificidades de gênero importantes, também algumas fragilidades, algumas questões culturais e
132 comportamentais que faz com que a população masculina, em média, seja menos sensível às políticas
133 de promoção e prevenção. Além desses, outros fatores laborais também influem como acidentes de
134 trabalho, de trânsito, a violência em geral. Foi muito interessante, porque construímos essa política em
135 parceria com várias sociedades médicas: de cardiologia, de urologia, dentre outras. Foi feita uma
136 consulta pública com grande participação: comentários, sugestões, propostas..., que foram
137 consolidadas. Agora a política vai ser apresentada ao Conselho, para que no próximo passo, possamos
138 fazer o seu lançamento e a sua implementação. Outro ponto que queria destacar é o da obesidade e as
139 suas conseqüências como problema de saúde pública. Esta é uma questão que se refere à própria
140 política de segurança alimentar, de alimentação e nutrição. Os dados que temos das últimas pesquisas
141 são preocupantes em relação ao crescimento grande do sobrepeso entre mulheres e homens, entre
142 crianças e adolescentes no Brasil. É um problema que atinge o mundo inteiro. Projeta uma geração de
143 diabéticos, pessoas com várias doenças, além de ser um problema complexo. Envolve questão
144 comportamental, alimentar e de atividade física regular. O Conselho tratar desse tema é muito
145 importante também. Outro tema que destaco na agenda do Ministério é a Política Nacional de
146 Atendimento às Urgências. A comissão para a eliminação da hanseníase, a questão da formação dos
147 profissionais de saúde, abertura de novos cursos na área de saúde e os títulos de medicina para os
148 estudantes cubanos e a política de atenção oncológica que vai ser apresentada aqui pelo Luiz Santini.
149 Temos novidades para apresentar também, no combate à tuberculose que é outro ponto importante.
150 Acho que a agenda está ... O Antônio (Alves) está me lembrando da regulamentação da propaganda de
151 alimentos que a ANVISA vai apresentar aqui. A proposta de que a atenção à saúde indígena passe a
152 ser executada pelo Ministério da Saúde, por um departamento do MS. Esta é uma questão importante.
153 Acho que o Conselho deve debater esse assunto. Temos uma agenda bastante robusta, com muitos
154 temas estratégicos, e também temos o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão
155 Estratégica e Participativa e o DATASUS, que está informatizando o Conselho Nacional de Saúde. Ou
156 seja, estamos entregando para todos os conselheiros 45 laptops que vão ter banda larga, internet sem
157 fio, a melhoria do som, que é importante para quem quiser se comunicar melhor e curso para quem
158 necessitar ter um conhecimento maior de informática, para poder se comunicar melhor. Isso faz parte
159 da política do Programa Mais Saúde, da qual um dos eixos estratégicos é a participação do controle
160 social, através da Secretaria que o Antônio Alves conduz. Esses eram os assuntos que queria
161 compartilhar com todos. Quero dar um bom-dia a todos os conselheiros e as conselheiras. Terei alguns
162 minutos para comentários e algumas questões que vocês considerem relevantes, antes de a gente
163 entrar na ordem do dia. O primeiro tema é exatamente a Política Nacional da Saúde do Homem que o
164 Adson (França) vai apresentar. Sugiro que na próxima reunião do CNS, a gente organize uma primeira
165 hora de trabalho, se fosse possível, quando algum conselheiro ou o próprio presidente do CNS pudesse
166 fazer uma avaliação de temas de conjuntura, de questões centrais, temas polêmicos, ou de questões
167 relevantes e importantes. Eu estaria nessa hora aqui com vocês, conversando e debatendo.”

168 **Manifestações:** conselheira **Raquel Rigotto** cumprimentou os presentes, dizendo-se satisfeita com a
169 presença do Ministro. Fez referência aos encaminhamentos da 1ª Conferência Nacional de Saúde
170 Ambiental, que será realizada em articulação com os Ministérios da Saúde, do Meio Ambiente e das
171 Cidades. Registrou um problema grave que está no sistema de comércio exterior do Ministério de
172 Desenvolvimento, Indústria e Comércio, e que gerou dados mostrando que há venenos que são
173 proibidos na China, mas estão sendo estocados e importados em larga escala pelo Brasil. Chamou a
174 atenção para a necessidade de coibir essas importações e disse que seria proposta uma moção de
175 repúdio a essa situação. Conselheira **Maria Isabel da Silva** fez as seguintes observações: a criação de
176 uma nova secretaria, sem ser debatida no CNS entendia não ser uma iniciativa louvável; as Centrais
177 Sindicais não conseguiram marcar audiência com o Ministro, a despeito de terem tentado em várias
178 oportunidades, para tratar da Política de Saúde do Trabalhador e da mudança do coordenador
179 responsável por essa política. Lamentou, como representante da CIST, o ocorrido com essa política ,
180 vez que vinha dando certo, bem como o fato de o Ministro não ter cumprido os compromissos
181 assumidos anteriormente. Por outro lado considerou importante a vinda do Ministro ao Conselho para

debater assuntos de relevância para o povo brasileiro, como, por exemplo, a doação de órgãos. Ministro **José Gomes Temporão** esclareceu, em relação à Política da Saúde do Trabalhador, que não haverá mudanças. O que mudou foi o coordenador, cujo a permanência ou não no cargo é uma decisão do ministro, e não das entidades sindicais. A política é a mesma. Tem que ser aperfeiçoada, tem que avançar. Conselheira **Maria Izabel da Silva** interrompeu para dizer que a carta que lhe fora entregue não contemplava o que o Ministro falava e sim manifestava o desejo de continuar conversando sobre a Política de Saúde do Trabalhador. Continuando, o Ministro disse que o coordenador da Política da Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde prestara um grande trabalho durante cinco anos e que, doravante, outro indicado continuaria as atividades. No que diz respeito às mudanças na estrutura do Ministério da Saúde disse que são necessárias, importantes, significativas, têm um sentido e uma lógica. Não via nenhum problema debatê-la com o Conselho para esclarecer o que significa a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde e a proposta de trazer a saúde indígena para o Ministério. Se debatida no Conselho, considerou que fortalece e qualifica a política. Conselheiro **Raimundo Sotero** chamou a atenção, dentre outros aspectos, para: o aumento de casos de hanseníase, tuberculose, o desmonte do CNS no que diz respeito à equipe técnico-administrativa que trabalha de forma precarizada, as diárias defasadas dos conselheiros. Endossou a proposta feita para que o Ministro se fizesse presente nas reuniões do CNS para debater assuntos importantes como: bônus para o funcionário que conseguir o maior número de doadores de órgãos, restrição à transfusão de sangue à pessoa de risco. Ministro **José Gomes Temporão**, sobre o que foi dito, informou que as mudanças ocorridas no Sistema Nacional de Transplante e que foram anunciadas, estão em consulta pública. Não tem nada decidido e nem em processo de implantação. Durante 60 dias essas propostas estarão sendo analisadas e avaliadas pelo Conselho, sociedades, especialistas, entidades, para que possam fazer as suas críticas e sugestões de aperfeiçoamento. Assim, enfatizou não ter nada decidido, porque está em consulta pública. As questões de logística, de infra-estrutura, disse que serão tratadas pelo Conselheiro Antônio Alves de Souza. O que o Ministério precisa são de propostas objetivas para que possa dar os encaminhamentos necessários. À questão do sangue, disse não estar informado, por se tratar de uma iniciativa da ANVISA. Comprometeu-se em tomar conhecimento do assunto e, se necessário, dar retorno. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** interveio para, primeiramente, cumprimentar o Ministério pelas importantes conquistas sobre o Efavirenz e as células-tronco. Depois, registrou que: o controle social, em 20 anos do SUS, ainda resiste às adversidades; que há um conflito em algumas políticas estratégicas de saúde, o que gera, nos diferentes fóruns, debates equivocados; os fóruns adequados para debater essas políticas são os conselhos de saúde. Disse, ainda, por informações veiculadas na internet, que o Ministro teria desqualificado o Conselho e a Conferência Nacional de Saúde em uma fala sua em Fortaleza, por isso quis saber se procedia toda essa polêmica. Ministro **José Gomes Temporão** respondeu que futrica midiática não deveria ser tema de debate no Conselho. A propósito, lembrou do e-mail que dizia que o governo queria esterilizar a população com a vacina da rubéola. O e-mail em questão, lembrou, expressava a opinião de um ex-conselheiro. Outras pessoas poderiam ter escrito sobre o seu pronunciamento, no Encontro do Ministério Público, em Fortaleza, com outra visão. Também não tratou da defesa que fez, na oportunidade, da reforma psiquiátrica brasileira, do aperfeiçoamento do controle social. Na verdade, o texto do e-mail pinçou parte de um debate democrático e o autor usou politicamente, o que é muito ruim. Considerou que o ex-conselheiro não devia conhecer sua trajetória política, a sua vida, a sua opinião. O que está no e-mail não passa de fofoca de internet, é lixo. Reafirmou que no Conselho deveriam ser feitos debates substantivos. Quis saber do Conselheiro Ronald quais eram as políticas que tinham conflitos intensos entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde. No seu entendimento, a única proposta discordante democraticamente é a que trata da modalidade de gestão. Se houvesse outras, gostaria de ser informado. O novo modelo de gestão é um tema importante e é compreensível e justo que existam opiniões diferentes. Só se sentia incomodado quando, no debate político, utilizam-se termos que não são verdadeiros, como dizer que a proposta do governo é uma proposta de privatização. Dizer que é uma terceirização dos serviços não é verdade. Propôs que se saísse do debate desqualificado e se debatesse a essência da proposta, que é uma visão do Estado. Assim, o Ministério poderia dialogar com o Conselho em clima respeitoso como sempre aconteceu. Informou que a Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados aprovara a proposta que fora toda reescrita com base nos dez pontos deliberado pelo CNS e encaminhados ao Ministro. Também informou que os governos da Bahia, do Rio de Janeiro, de Sergipe, de Pernambuco já aprovaram leis estaduais a respeito, do que se depreende que não se está mais na fase das sugestões, das hipóteses. Chamou a atenção para o fato de o STF ter aprovado recentemente uma demanda que questiona as Organizações Sociais em São Paulo, que é um modelo diferente do que o governo está propondo. O governo está propondo uma instituição que fará parte do Estado. Quando se limpa o campo da fofoca e das posturas mais politiquieiras, e faz como o Conselho fez quando debateu os vários modelos de gestão, existe a possibilidade de entendimento. Disse, a propósito, que está sempre à disposição do CNS para debater todos os temas que sejam importantes

para a saúde pública. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, por um dever de justiça, sem entrar no mérito, afirmou que o Conselho recebera um relatório assinado pelo presidente do Conselho Estadual de Saúde do RS, uma pessoa que tem na mais alta conta, com incomensurável contribuição ao controle social e ao SUS. Assim, não concordou em considerar esse documento como futrica midiática, até porque o presidente do Conselho Estadual do RS merece todo o respeito do plenário do CNS. Defendeu que o debate sobre esse assunto aconteça respeitosamente e democraticamente. Agradeceu a presença e a participação do Ministro à reunião. Ministro José Gomes Temporão esclareceu que o e-mail que recebera não estava assinado pelo Presidente do Conselho e disse ser ruim que o debate aconteça por esse tipo de instrumento. Se o presidente do Conselho do RS tivesse uma opinião diferente, deveria ter mandado uma correspondência ao Ministro. A internet é muito boa, mas às vezes não. Por isso, é necessário se ter cuidado quando se trata de assuntos oficiais. Em razão de vários assuntos importantes que o Conselho precisa tratar, sugeriu que a pauta fosse feita e, com antecedência, encaminhada ao seu gabinete, para que pudesse se preparar para o debate com os conselheiros. A propósito, sugeriu, ainda, que esse debate ocorresse no início da reunião com a análise da conjuntura e depois as questões pontuais. **ITEM 02 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM.** Coordenação da mesa: conselheiro **Francisco Batista Junior**. Apresentação Dr. **Adson França**, Coordenador do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal/SAS/MS. Para conhecimento dos conselheiros, apresentou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Iniciou a sua explanação explicando que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem constitui-se em uma das 22 metas do discurso de posse do Ministro José Gomes Temporão. A iniciativa está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. O Brasil é o segundo país das Américas a elaborar uma Política Nacional na área. Detalhou que as justificativas para a elaboração de uma Política voltada para o homem são: reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada e portanto requer por parte do SUS, mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária; o estereótipo de masculinidade compromete o acesso aos serviços e a adesão ao tratamento, sobretudo devido à crença na invulnerabilidade do homem; altos índices de morbimortalidade masculina sobretudo quando se faz uma comparação com a morbimortalidade feminina. A taxa de mortalidade por homicídios entre homens é 12 vezes maior que a feminina, chegando a 15 vezes entre 20 e 29 anos (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde); necessidade do SUS em estabelecer princípios, diretrizes e depois planos de ação para diminuir os agravos à saúde masculina e melhorar a qualidade de vida desta população; necessidade de qualificar a atenção integral à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção; por que em 2007 enquanto as mulheres somaram 16 milhões de consultas ao ginecologista, os homens somaram 2 milhões de consultas ao urologista (em que pese esse especialista também atende a mulheres e adolescentes de ambos os sexos); em função das doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão, insuficiência cardíaca, tumores malignos e benignos, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar) - a diferença dos números é alarmante e se deve a um conjunto de fatores de risco, muito mais presente entre os homens; porque o tabagismo, o alcoolismo, a ingestão de alimentação baseada em gorduras trans e carnes, a vida sedentária, o alcoolismo no trânsito, a violência, as DST e a AIDS, a hipertensão, a diabetes e os cânceres, acometem de maneira mais geral a população masculina; para contribuir na ruptura da cultura da invulnerabilidade, da força do sexo “forte” e do machismo; para efetivar atenção especial com adolescência, pois essa é uma fase fundamental para formação de identidades pessoais e sociais. O contato com estereótipos de modelos de masculinidade e feminilidade – que se inicia na fase infantil – se aprofunda nesse período; e para ajudar a promover a mudança social na escola, no trabalho, na família entre outros espaços sociais. Explicou que, do total da população do país (184 184 074), a população masculina representa 49,2% (91. 946.392) e a Feminina 50,8% (93. 513.055). Detalhou o percentual da população masculina do Brasil por faixa etária: 0 a 9 anos – 20,1%; 10 a 24 – 30,9%; 25 a 59 – 41,3%; e 60 ou mais – 7,7%. Destacou o total da população masculina do Brasil na faixa etária de 25 a 59 anos é de 37.414.895. Abordou os processos de construção da política instrumentos e atores sociais, com destaque para as seguintes atividades: estruturação da Área Técnica de Saúde do Homem no DAPES/SAS; realização de cinco seminários nacionais com a participação de médicos de família e comunidade, urologistas, cardiologistas, psiquiatras, especialistas em saúde mental, gastroenterologistas, pneumologistas, representações da sociedade civil, do CONASS e CONASEMS; presença de 52 professores titulares e/ou adjuntos das universidades brasileiras; audiência pública no Congresso Nacional; consulta pública com primeira versão do documento base disponibilizado na internet; e discussão no Conselho Nacional de Saúde – outubro de 2008; pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT; lançamento e publicação da Política Nacional; assinatura de Portaria estabelecendo uma “Semana Nacional de Promoção à Saúde do Homem”; e lançamento de campanha de mídia, rádio, TV, impressos para a

população em geral, manuais com conteúdos temáticos e específicos para profissionais da atenção básica e de todo Sistema Único de Saúde – SUS, com interlocução com a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Acrescentou que nesse processo de construção foram identificados os determinantes sociais sobre a saúde do homem: principal autor e vítima da violência; vulnerabilidade ao uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas; preconceitos decorrentes da não adequação à masculinidade hegemônica; e diferentes condições perpassam o ciclo de vida: adolescência, vida adulta e velhice. Ainda sobre o processo de construção, comentou os principais agravos à saúde que ocorrem na população masculina. Explicou que dados epidemiológicos evidenciam que cerca de 75% das causas de morbimortalidade do homem são devidas a causas externas (acidentes e agressões), doenças do coração, tumores malignos e distúrbios gastrointestinais e respiratórios. Em relação à morbi-mortalidade, ressaltou que, entre os acidentes, destacam-se os *Acidentes de Trânsito* com franca diminuição depois da Chamada “Lei Seca”. Das Doenças do Coração, as Coronariopatias são responsáveis por mais de 28% das mortes até os 59 anos e de 72% das mortes após os 60 anos. Dos tumores, o Câncer da próstata foi, em 2005, o que mais causou a morte de homens, só superado pelo câncer de pulmão. A Estimativa de novos casos para 2008 é de 49.530 casos (INCA). Das Doenças Gastrointestinais, foram as Doenças do Fígado (sobretudo a Doença Alcoólica) as responsáveis por mais de 70% das causas de morte. Das Doenças do Aparelho Respiratório, em 2005, houve mais de 7.000 internações por Câncer de pulmão e de laringe e algo como 89.000 internações por pneumonias e asma. Acrescentou ainda que, como consequência da maior vulnerabilidade dos homens à autoria da violência, grande parte da população carcerária no Brasil é formada por homens. A respeito do alcoolismo e tabagismo, no Brasil, as internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, segundo o DATASUS (2006), representaram 2% de todas as internações por transtornos mentais e comportamentais, enquanto os homens apresentaram um percentual de 20%. Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras. A respeito das pessoas com deficiência, é muitas vezes infantilizada e inferiorizada, encontrando-se em situação de vulnerabilidade social que a expõe a riscos à saúde. A crença na invulnerabilidade masculina é dissonante em relação à deficiência física e/ou cognitiva, o que leva o deficiente ser mais vulnerável à violência e exclusão. Do total dos deficientes, aproximadamente 11 milhões são homens, dos quais 1.5 milhões têm deficiência mental e 900 mil são deficientes físicos (falta de membro ou parte dele). Considerando o grau de severidade da incapacidade, existem no Brasil 148 mil cegos (70 mil homens) e, aproximadamente, 2,4 milhões de pessoas que declararam ter alguma dificuldade para enxergar. Analogamente, 166 mil pessoas se declararam incapazes de ouvir (86 mil homens) e quase 900 mil têm grande e permanente dificuldade de ouvir. A seguir, apresentou gráficos com as principais causas externas de óbitos nas diferentes faixas etárias da população masculina dos 25 aos 59 anos: doenças cardiovasculares (2005) – em cada três homens, um morreu de Doenças do Aparelho Circulatório (coronariopatias); e principais tipos de Tumores Malignos que ocorreram na população masculina em 2005 e previsão percentual de incidência para o ano de 2008: aparelho digestivo – 73%; respiratório – 48%; e gênito-urinário – 85%. Após esses dados, passou a aprofundar a abordagem da Política. Explicou que os princípios são: 1) Orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção; 2) Mudar paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; 3) Capacitar tecnicamente os profissionais de saúde para o atendimento ao homem; 4) Além da ênfase nos aspectos educacionais, os serviços devem ser organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles; e 5) Implementar a Política do Homem de forma integrada às demais políticas existentes, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime. As principais diretrizes são: 1) Elaboração do Plano de Ação subordinado a esta Política e pautado pelos princípios da integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade; 2) Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção e prevenção, assistência e recuperação, executadas com humanização e qualidade, nos diferentes níveis de atenção; 3) Priorizar a Atenção Básica com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de Saúde integral, hierarquizado e regionalizado. O objetivo geral da Política é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. Os objetivos específicos são: Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde; Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde; Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade; Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente

transmissíveis e da infecção pelo HIV; Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados; Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais; Associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina; e Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina. A seguir, pontuou algumas responsabilidades institucionais, explicando que estão definidas de acordo com as diretrizes emanadas do Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de governo. No caso da União, explicou que são as seguintes: Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Promover em parceria com o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Juventude da Presidência da República, a valorização da crítica em questões educacionais relacionadas aos estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal que coloca a doença como um sinal de fragilidade e contribui para que o homem se julgue invulnerável; Estimular e apoiar em parceria com a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem; Propor, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS, voltada para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Coordenar o processo de construção das Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem e de protocolos terapêuticos/clínicos, em parceria com os Estados e Municípios, apoiando-os na implementação dos mesmos e contribuindo com instrumentos que fortaleçam a regulação na definição de referências e contra-referências e na própria consolidação de redes regionalizadas assistenciais; Estimular e apoiar em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Sobre o processo de avaliação e monitoramento, disse que deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Para essa avaliação de processo há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, sendo através desta avaliação que será possível identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes, a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. Além dessas avaliações de resultado e processo, destacou que não se pode deixar de avaliar a contribuição dessa política para concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). Por fim, disse que o Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o auto cuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. Conselheiro **Francisco Batista Junior** agradeceu a apresentação muito elucidativa feita pelo representante do Ministério da Saúde, bem como toda a sua equipe. Como se tratou de conhecimento da política, não houve debate. **Encaminhamento: pautar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na próxima reunião do CNS. Foi feita ainda a solicitação, pelo Conselheiro José Marcos, que, na oportunidade, seja apresentada avaliação do Pacto pela Saúde desde a sua aprovação no CNS até o momento. ITEM 03 – A OBESIDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA** – Coordenação da mesa: Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade**; Apresentação: Dr. **Bruno Gelonese Neto**, Vice-Presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica/ABESO; Dr. **Artur Garrido**, Cirurgião de Obesidade Severa/Hospital das Clínicas de São Paulo; Dr. **José Augusto Taddei**, Professor Doutor da UNIFESP; Dra. **Patrícia Chaves Gentil**, Consultora Técnica da Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição/ CEPAN/MS. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** cumprimentou os conselheiros e convidou para a mesa as autoridades acima citadas. A seguir, contextualizou o tema, dizendo ser a obesidade um assunto prioritário na Comissão de Alimentação e Nutrição/CIAN, da qual é a coordenadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde Alimentar e da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Além da fome e da desnutrição, disse que surgira outro problema que é o aumento de pessoas com excesso de peso, ou sobrepeso com obesidade, crescendo esse número, nos últimos anos, inclusive em países desenvolvidos. Isso levou a doença a uma epidemia global. É um fenômeno que afeta todos os segmentos e classes sociais. As populações vulneráveis, ao contrário de estarem protegidas da obesidade, sofrem maiores risco de atingirem peso excessivo. A obesidade é um desafio para a questão alimentar, por essa razão, disse, foram

convidadas as maiores autoridades brasileiras sobre o assunto. Dito isso, passou a palavra para o Dr. **Bruno Genolese Netto** que discorreu sobre tratamentos da obesidade. Iniciou seu pronunciamento agradecendo a oportunidade de discorrer sobre um tema importante como a obesidade no CNS. Depois, dentre outros, contemplou em sua fala os seguintes aspectos: a obesidade é muitas vezes motivo de piada e a sociedade tem dificuldade em percebê-la como doença e considerá-la como problema de saúde pública; obesidade se define como sendo uma corpulência que, quando em excesso, pode ser reconhecida como uma doença, limitando o exercício de funções biológicas básicas com uma tendência de abreviar a vida em função das moléstias associadas; a obesidade não virou um problema de saúde pública, já foi reconhecida como um caso de saúde pública há mais de 300 anos; conforme aumenta o índice de massa corporal, existe aumento relativo da mortalidade; quem é portador de obesidade mórbida tem duas vezes mais chances de morrer que pessoas com peso normal, porém as pessoas muito magras também tem aumento de mortalidade; a obesidade não implica só no fato de a pessoa sentir fome, muitas questões subjazem a esse fato; o distúrbio de alimentação não é uma opção, é também um problema psicológico, que pode levar aos dois extremos e os dois extremos representam problemas de saúde; existe um problema atual sobre obesidade, onde países do primeiro mundo, como a Alemanha, Reino Unido, Estados Unidos, Itália têm prevalência de obesidade bastante alta, enquanto o Japão está protegido por um *modus vivendi* mais adequado e, nesse caso, o Brasil é considerado de primeiro mundo; existe uma transição nutricional no Brasil já descrita e publicada por Carlos Monteiro, pesquisador da USP, mostrando que, entre 1975 e 1979, diminuíram os casos de desnutrição e aumentaram os casos de obesidade; na pesquisa de Carlos Monteiro, as mulheres mais pobres, no Sudeste e Nordeste, havia ganho na prevalência da obesidade, já a diminuição da obesidade, no Sudeste, ocorreu com as mulheres ricas em decorrência do acesso às informações; nos Estados Unidos o aumento da obesidade chega a níveis de epidemia; não diminuiu a atividade física programada, mas as não programadas, vez que as pessoas só andam de automóvel carro, de escada rolante, elevador, além de usarem mais telefone celular, controle remoto.; populações indígenas xavantes, em Mato Grosso, dividida em duas aldeias e ambas com a mesma genética, sendo que uma mora perto e outra longe da cidade, uma tem energia elétrica, outra não, uma ingere alimentos industrializados outra não, uma tem doença cardiovascular e diabetes, outra não, a que mora perto da cidade tem 30 vez mais doenças que a outra; a lógica não é o obeso doente e o magrinho saudável, ambos são propensos a contraírem doenças; 74% dos hipertensos são obesos; a obesidade leva a morbidez e a mortalidade em decorrência de várias patologias; nas doenças mecânicas (dor na coluna, artrose, refluxo gastroesofágico) que tem indicação cirúrgica e muitas vezes levam a morbidade e as metabólicas (diabetes tipo II, cirrose); obesidade leva a disfunção cardíaca, que significa o aumento do trabalho do coração e a infiltração de gordura, que torna o paciente inválido para a vida toda; não adianta fazer um mapeamento de quem é obeso, porque poderia se incorrer em grandes enganos, vez que há quem não tenha engordado muito, mas que ganhou gordura no abdome ou no tronco e a gordura abdominal é mais perigosa que a gordura universal; a obesidade, a adiposidade visceral leva a hipertensão, dislipidemia, transclerose, diabetes e até a síndrome de ovário policístico; a obesidade aumenta, tanto pela alimentação quanto pelo sedentarismo, em razão de uma população miscigenada e que tem uma prevalência de gene autóceno indígena muito grande, fazendo com haja mais chances de se engordar na barriga, assim como acontece com as populações individualizadas, além disso o uso indiscriminado de corticóide, de antipsicóticos, de anorexismos; equilíbrio energético (comeu um tanto, consumiu um tanto, faz exercício queima mais); a abordagem da obesidade sempre foi tida como uma falha de caráter, sem estimular bons hábitos; jamais se aconselha a usar farmacoterapia para quem tem peso normal e deseja emagrecer; cirurgia para resolver problemas de obesidade mórbida é uma abordagem adequada; a droga ou medicamento ideal para tratar a obesidade teria de ter efeito redutor, não causar adição, ter custo razoável, como não há nenhum medicamento que preencha esses requisitos, passa a ser um grande desafio; existe uma história natural de ganho de peso, que significa que, com o passar dos anos a tendência é ganhar mais peso; dietas milagrosas e programas comerciais para perder peso que coloca em segundo plano a evidência científica e envolvem interesses, não são recomendáveis; a dieta de restrição é a que emagrece, não existindo nenhuma dieta específica que diminua a fome, como, por exemplo, dieta da lua, do tipo sanguíneo, do sol, do mercúrio...; é importante fazer exercícios regularmente, porque, mesmo que não perca peso, melhora as doenças; acupuntura (medicina chinesa que envolve sabedoria milenar) tem 14 estudos publicados a respeito e nenhum prova de perda de peso, tanto que uma revista científica da China assim se manifesta “ que a qualidade metodológica de estudos de obesidade com a acupuntura tem uma pobre evidência, não são reprodutivos e devem, por isso, ser feitos novos estudos”; para uma campanha de detecção de pessoas de risco é muito mais eficiente o uso de uma fita métrica; obeso é o metabólico; sem ainda se ter uma comprovação científica, pode-se dizer que barriga é fator de risco e quadril um fator proteção; tanto a pessoa muito magra como a gorda é um problema de saúde pública. Afora esses aspectos registrados em sua apresentação, disse que, de acordo com referências bibliográficas, 47% das mulheres que fazem dietas para emagrecer se dizem

tristes, 24% aceitáveis, 9% felizes e 0% atingiam o peso dos sonhos. O que significa que o peso ideal está no campo da imaginação. Chamou ainda a atenção para a importância de as pessoas geneticamente predispostas fazerem prevenção e não tratamento, porque obesidade é uma doença crônica resultante do contato de genes poupadores de energias em contato com ambiente tóxico (facilidade para obter alimento e facilidade para ser sedentário). Também lembrou que as drogas para perder peso devem ser dadas apenas para as pessoas que fazem dietas e exercícios simultaneamente. Suas considerações finais foram: a dimensão ao risco à saúde indica o objetivo e a intensidade do tratamento; o conceito de peso ideal deve ser banido, em seu lugar deve se buscar peso saudável; nenhum tratamento farmacológico deve ser usado isoladamente; o melhor tratamento deve ser o da prevenção, e, quando não for possível, combinação de orientação dietética adequada, mudança de comportamento, medicamento ou cirurgia em casos extremamente selecionados. Por fim, agradeceu a atenção. Na sequência, falou o Dr. **Artur Garrido** sobre cirurgia para o tratamento da obesidade. Iniciou com um gráfico da prevalência de déficit de peso, sobrepeso e obesidade em 1975, 1989 e 2003 no Brasil (adultos) para demonstrar a diminuição do déficit e aumento do sobrepeso e da obesidade. Explicou que a obesidade grave causa danos à saúde: físicos, psicológicos e social. Citou dados de Comorbidades em 2411 pacientes submetidos à DGYR (São Paulo – Brasil): Dispneia - 64,2%; Artropatias - 45,1%; Hiperlipidemias - 30,2%; Hipertensão Arterial - 27,3%; Esofagite - 22,5%; Colecistopatia -19,3%; Diabetes mellitus - 14,9%; Varizes - 8,9%; e Apnéia do sono - 8,3%. Acrescentou que, desse total, 10,4% sem doenças e 31,5% apresentavam três ou mais doenças. Detalhou a indicação cirúrgica, conforme Normas - NIH de 1991, IFSO de 1996 e Ministério da Saúde 2000: IMC \geq 40 kg/m²; IMC 35 - 40 kg/m² com comorbidades que exijam redução ponderal e justifiquem os riscos cirúrgicos; quando não houver solução com tratamento conservador (2 anos); e pacientes capazes de se cuidarem ou cuidados por responsáveis. Continuando, falou dos tipos de intervenções cirúrgicas. Restrição mecânica (25%): Banda gástrica ajustável; mortalidade de aproximadamente 0,1%, redução de peso esperada: aproximadamente 20%; redução insuficiente: aproximadamente 15% e possíveis complicações em longo prazo. Técnicas malabsortivas: (5%) – Scopinaro e Duodenal switch: mais complicações imediatas; mortalidade de aproximadamente 1%; redução de peso esperada: 30 a 40%; redução insuficiente: aproximadamente 5 a 10%; possíveis complicações em longo prazo. Restrição mista (65%): *Derivação gástrica em “Y de Roux” e Fobi – Capella*: mais complicações imediatas; mortalidade: 0,3 a 1%; redução de peso esperada: 30 a 40%; redução insuficiente: 5 a 10%; possíveis complicações em longo prazo. A respeito dos benefícios da cirurgia bariátrica, destacou: comorbidez resolvida ou melhorada e melhora ou cura da deficiência respiratória (99%), disfunção cardíaca (95%), artrose/artrite (85%), dislipidemia (100%), incontinência urinária (95%), irregularidade menstrual (99%), diabetes (100%) e HAS (95 %). Acrescentou que a cirurgia bariátrica é eficiente, reduz peso expressiva e persistentemente (benefícios físicos, metabólicos, emocionais e sociais). Contudo, não é isenta de complicações, mortalidade e inconvenientes tardios e exige treinamento adequado e cuidados multiprofissionais em longo prazo. Continuando, pontuou dados sobre a cirurgia bariátrica no Brasil. Explicou que de 1996 a 2000 foi feito trabalho conjunto da sociedade brasileira de cirurgia bariátrica e das autoridades federais da saúde em busca de critérios oficiais de reconhecimento. Em 2000, houve a oficialização da cirurgia bariátrica pelo Ministério da Saúde (derivações gástricas) - 50 centros de atendimento público e cobertura pelos planos de saúde. Em 2005, a oficialização de todas as modalidades consagradas de cirurgia bariátrica. Em 2006, foram realizadas 25.000 operações bariátricas no Brasil, principalmente derivações gástricas abertas ou laparoscópicas, sendo aproximadamente 10% pelo SUS. Sobre os custos da cirurgia bariátrica no Brasil, explicou que o custo pelo SUS é de cerca de US\$ 1,700 e o custo hospitalar médio no sistema privado para derivações gástricas é de cerca de US\$ 3,000 para a aberta e de cerca de US\$ 5,500 para a laparoscópica. Também falou dos custos da obesidade no Brasil (SBCBM – 2007). Detalhou que o custo anual com cuidados de saúde de um obeso é de cerca de US\$ 200 (nº. = 15 milhões e cerca US\$ 3 bilhões/ano) e de um obeso grave é de cerca de US\$ 1.000 (nº. = 5 milhões: cerca de US\$ bilhões, sem considerar os custos sociais). Em comparação, destacou que o custo por operação no Sistema Público é de cerca de US\$ 1,700, o custo total com a saúde nacional (público e privado) é de cerca de US\$ 60 bilhões e o custo nacional com a saúde de obesos grave é de cerca de US\$ 5 bilhões (8,5%). Destacou que, apesar dos avanços, só 0,5% dos obesos graves candidatos à cirurgia bariátrica estão recebendo este tratamento. Aos 80% da população que dependem do Sistema Público de Saúde, só tem sido possível oferecer 10% do total das operações bariátricas. Portanto, há um longo caminho a percorrer. Depois dessa apresentação, fez uso da palavra. Dr. **José Augusto Taddei**, que discorreu sobre a obesidade e suas consequências, como um problema de saúde pública. Antes de falar sobre o seu tema, considerou importante ressaltar os seguintes pontos das apresentações anteriores: a carga de prevenção não deve ser colocada em cima somente do consumidor, mas também do governo, dos especialistas, dos legisladores; a obesidade cresceu porque o ambiente mudou e não porque houve mudanças genéticas importantes na população; é muito difícil controlar a obesidade, por isso, mais do que tratar é preciso preveni-la; os alimentos, na sociedade ocidental, estão sendo tratados como outros

bens de consumo. Após essas observações, passou à sua apresentação com foco na prevenção da obesidade. Nesse sentido, solicitou ao plenário que refletisse sobre a apresentação do Dr. Bruno Genoleze Neto, quando fala do aumento da obesidade, porque não houve nenhuma mudança genética importante na população. A única justificativa para esse fenômeno da obesidade é ambiental. A obesidade cresceu na sociedade contemporânea porque o ambiente mudou e não porque houve alteração a genética. Disse também que: é muito difícil controlara a obesidade com tratamento clínico ou cirurgicamente; a melhor forma de lidar com a obesidade é prevenir, colocando a responsabilidade não só no consumidor, mas também nos especialistas, políticos e empresários; o que está acontecendo, hoje, na sociedade ocidental é que os alimentos estão sendo tratados como os outros bens de consumo (alimento não é igual tênis, não é igual carro); na população americana, é possível que os jovens de 0 a 20 anos, sejam a primeira geração da história contemporânea americana, que vai viver menos que seus pais, seguindo esse modelo é o que vai acontecer com a população brasileira, porém, para que isso não aconteça é preciso criar mecanismos de controle como faz a Suécia, a Holanda, Inglaterra, Espanha; as normas da ANVISA, na direção do controle, precisam ser aprovadas, principalmente, no que diz respeito à propaganda de alimentos para crianças. A seguir, abordou questões relacionadas às doenças crônicas, como às que não são passíveis de controle, citando a globalização, urbanização, envelhecimento. Nessa perspectiva, lembrou que é preciso trabalhar com dietas geradoras de doenças, inatividade física e tabagismo para controle dos fatores intermediários e as doenças crônicas. Também disse que: a pobreza leva as doenças crônicas, contrariamente ao que se pensa que doenças crônicas não transmissíveis são doenças da população abastada; há projeção de morte no grupo etário de 30 a 69 anos, em vários países (no Brasil, adultos jovens morrem mais por 100 mil habitantes que no Canadá); é maior a consequência da obesidade e das doenças crônicas associadas em sociedade menos desenvolvidas; existe efeito cumulativo dos vícios pelas doenças crônicas, e as crianças estão começando a serem expostas a situações tóxicas na vida fetal, na infância e na adolescência; a mensagem que trazia, enquanto especialista, é de alerta a essa situação e que se deve tomar medidas urgente, por exemplo, não se pode esperar dez anos para controlar a propaganda de alimentos; o consumo do açúcar aumentou de 114 gramas/dias *per capita* para 200, considerando a ingestão de alimentos; houve aumento do consumo do sal, do refrigerante, dos alimentos, tudo em proporções consideráveis, tendo sido verificado através de pesquisas domiciliares e nacionais feitas pelo Estado brasileiro; há suscetibilidade muito grande das crianças, dos adolescentes a novos produtos; as empresas produtoras de guloseimas, as produtoras de cigarro focalizam seus esforços de divulgação nos jovens e crianças, porque são sujeitos receptivos a novos produtos e estão formando seus padrões de consumo, uma vez conquistados se transformam em consumidores para o resto da vida, é o que se pode chamar de fidelização de uma geração; o consumo dessa geração é resultante do acesso nunca visto a alimentos saborosos de alto valor calóricos, que são intensamente promovidos por campanhas que associam à beleza, ao prazer e à felicidade (propaganda enganosa); a obesidade, nos adolescentes, provoca alterações metabólicas como pressão arterial, diabetes, significando que os problemas de saúde não ocorrem somente na idade adulta dos obesos; o governo brasileiro tem feito muito nessa área (o Programa Fome Zero, SGEPLAN/MS, Segurança Alimentar), mas precisa estar atento para as consequências da obesidade; a merenda escolar deve reduzir o uso de produtos industrializados; a regulamentação da publicidade pela ANVISA deve ocorrer imediatamente, vez que já foi feita consulta pública a respeito desse fato. Questionou o fato de tanto ter sido feito para controlar a obesidade e ainda assim continua no caos. De acordo com uma pesquisadora americana, 4% do que é vendido é gasto em propaganda e a estimativa do orçamento publicitário, no Brasil, é de um bilhão de reais ao ano, e não existe a percepção do mal que tudo isso causa à população. O que existe é a lógica do capital, tanto que para cada dólar gasto pela OMS na tentativa de promover a nutrição saudável, quinhentos dólares são gastos pelas indústrias de alimento na promoção de alimentos processados, o que significa dizer que é uma vantagem muito grande na deseducação da população. Daí que defendeu a regulação do processo. Chamou a atenção para: o fato de a cada hora que o adolescente passa na frente da televisão aumenta em 2% a prevalência da obesidade; o consumo infantil de mesada em guloseima, sorvetes, salgadinho e bebidas, em 2005, foi de 5 bilhões de reais, significando uma quantia considerável. A seguir, passou um filme do Instituto ALANA sobre a publicidade, ressaltando o seu poder ilimitado diante do público infantil, o que pode ser considerado um crime. A intenção do Instituto com atividades dessa natureza é desmontar um pouco o hábito que entra nas casas com a TV. Para concluir, fez alusão a temas como: marketing social, ilhas de consciência, pirâmide da alimentação, propaganda enganosa, formas inteligentes de consumir alimentos. Continuando as apresentações fez uso da palavra a Dra. **Patrícia Chaves Gentil**. Primeiro, citou os seguintes dados: 609 mil obesos graves, correspondendo a 0,64% dos adultos brasileiros e 6% dos adultos obesos (10,5 milhões); percentual de crianças menores de 5 anos com excesso de peso para altura - 6,6%; percentual de crianças menores de 5 anos com IMC elevado por idade - 15,7%; percentual de crianças entre 5 e 10 anos com peso elevado por estatura segundo - 10,8%; e percentual de adultos com obesidade - 18,8%. Discorreu sobre a etiologia e

tratamento da obesidade, explicando que obesidade é um agravo à saúde de caráter multifatorial, que envolve questões biológicas às históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Trata-se de um desequilíbrio entre o aporte calórico e o gasto energético – excesso de peso: fatores ambientais – atividade física e alimentação, fatores genéticos (susceptibilidade), fatores psicológicos, psicossociais e culturais. Sobre o tratamento, destacou que a complexidade está relacionada à reeducação nutricional, orientação de atividade física, tratamento psicológico e tratamento farmacológico e cirúrgico. Acrescentou que um acúmulo diário de 125 Kcal/ dia resulta em aumento de 7 Kg ao ano. Detalhou os fatores de risco para obesidade: estilo de vida sedentário; dieta com alta densidade energética, alimentos pobres em micronutrientes; marketing pesado de alimentos de alta densidade energética e de *fast foods*; alto consumo de açúcar – refrigerantes e sucos adoçados; condições sócio-econômicas adversas (especialmente para mulheres de países em desenvolvimento; alta proporção do consumo de alimentos preparados fora de casa (países desenvolvidos); padrão alimentar (dieta restrita, consumo de álcool periódico); e álcool. Feito esse cenário, falou dos pontos de entrada para o controle da obesidade em saúde pública (foco: no curso vital e custo-efetividade). 1) Ações sobre a auto-regulação involuntária do balanço energético: a) individuais: planos terapêuticos (nutrição, atividade física e etc), medicamentos e/ou cirurgia; limitações: baixa adesão continuada, efeitos colaterais de medicamentos e cirurgias e riscos: distúrbios gastrointestinais (vômitos, absorção dos alimentos); pós-operatórios (fístula, peritonite); carências nutricionais; osteoporose; queda de cabelo; depressão; substituição do foco da compulsão (álcool, cigarro). Na alta complexidade, citou: Portaria n.º 492, de 31/08/2007 – diretrizes para a atenção ao portador de obesidade grave e normas de credenciamento das unidades de assistência; entre 2001 e 2007: aumento do credenciamento de 8 para 17 Estados (53 serviços); aumento de 497 para 2.777 cirurgias (evolução de 458%); e aumento do custo de R\$ 1,24 milhões para R\$ 9,17 milhões. Destacou ainda as limitações inerentes a sua efetividade (longa fila de espera) e o alto custo, além de não dar conta da extensão do problema que vem crescendo (em 1974/1975 - 0,18%, em 1999 - 0,33% e em 2002/2003 - 0,64%). 2. Ações sobre a auto-regulação consciente do balanço energético: coletivas e individuais - ações de motivação, informação e educação que diminuam a vulnerabilidade do indivíduo ao ambiente obesogênico e o capacitem a identificar e adotar opções mais saudáveis; e limitações: as escolhas não são somente individuais e estão relacionadas ao ambiente, nível sócio-econômico, educação, cultura e etc e baixa efetividade em ambientes altamente obesogênicos. 3. Ações sobre o ambiente - coletivas: leis, regulamentações, planejamento urbano, medidas fiscais e etc que desestimulem comportamentos não saudáveis e tornem mais fácil a adoção de práticas de vida mais saudáveis; e limitações: alguns elementos obesogênicos do ambiente não são modificáveis, outros só podem ser atenuados e muito poucos podem ser completamente eliminados e interesses econômicos e políticos diversos. Pontuou as propostas a respeito da atenção primária à saúde, com ênfase na Política de Promoção da Saúde - Portaria n.º 687, de 30 de março de 2006. Detalhou que os objetivos da Portaria são: elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores, enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo e proposta em sintonia com a Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Acrescentou ainda as prioridades no Pacto pela Vida: articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros, promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável. Destacou também a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN): intersetorialidade, segurança sanitária e qualidade dos alimentos, monitoramento alimentar e nutricional, promoção de práticas alimentares saudáveis, prevenção e controle de deficiências e distúrbios nutricionais, promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento e capacitação de RH. Citou também: concepção dos Guias Alimentares no Brasil e abordagem multifocal (profissionais de saúde, para todas as pessoas, governos e setor produtivo e famílias). No que se refere a ambientes saudáveis para o controle da obesidade, destacou: criação de ambientes favoráveis, plano de melhoria da qualidade nutricional dos alimentos comercializados no Brasil e promoção da alimentação saudável nas escolas. Também falou da proposta de regulamentação da publicidade de alimentos para o público infantil que dispõe sobre: definição de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal; uso de advertências após a veiculação das propagandas destes alimentos; restrição da utilização de figuras, desenhos e personalidades; restrição do horário de veiculação (após 21 horas e até 6 horas); publicidade em instituições de ensino; e associação com brindes, prêmios, bonificações e apresentações. Acrescentou que o texto foi submetido à Consulta Pública em 1º de abril de 2007. A respeito da atenção à saúde - prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, deu destaque à Portaria GM/MS nº. 1.569, de 28/06/2007, que define as seguintes diretrizes: estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, organizar linha de cuidado integral e integrado em todos os níveis de atenção no tratamento da obesidade e suas co-morbidades, identificar determinantes e condicionantes, ampliar a cobertura do atendimento, aprimorar a gestão e disseminação de informações e qualificar assistência e promover

educação permanente para profissionais de saúde. Destacou ainda a organização da Nutrição na Atenção Primária à Saúde para promoção da saúde e prevenção da obesidade com as equipes de Saúde da Família desenvolvendo de promoção da saúde e ações de aconselhamento alimentar e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família com ações de nutrição. Destacou ainda as linhas de cuidado por fase do ciclo da vida - crianças, adolescentes, adulto e idoso, que são: protocolo de vigilância alimentar e nutricional - menores de 2 anos, aconselhamento nutricional para crianças, protocolo de vigilância alimentar e nutricional - adultos (>20 e <60 anos) e Caderno de atenção básica - Obesidade no serviço de saúde. Por fim, listou como desafios: promover uma alimentação saudável é um compromisso de todos; fortalecimento da Nutrição no serviço de saúde; compromisso dos Gestores da Saúde (Pacto de Gestão) e de outros setores – federal, estadual e municipal: fortalecer estratégias de parcerias locais: ESF x escolas x CRAS e fomentar os Municípios a incorporarem/fortalecerem as ações de PAS considerando as diferentes vertentes de atuação (ações coletivas e individuais); métodos de educação alimentar e nutricional mais efetivos, considerando as diferentes fases do curso da vida, especificidades individuais e coletivas, cultura, métodos mais problematizadores e etc; disseminação da cultura de uma alimentação saudável - comunicação adequada e contínua para as questões relacionadas à nutrição e saúde; e parcerias e compromissos dos poderes Legislativo, Judiciário e setor produtivo.

Manifestações: conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que saúde tem um conceito amplo, tanto que a Lei n.º 8080 contempla os aspectos nutricionais e, por isso, ressaltou a necessidade de o Pacto pela Saúde, aprovado no CNS, ser debatido. Também disse que só seria possível avançar no debate sobre a obesidade se colocada em prática estratégias que agregassem os conselhos estaduais e municipais de saúde, uma vez que esse tema, com certeza, não é pauta nesses espaços. Lembrou que o Ministério Público deveria ser chamado para o debate, porque o aspecto referente à mídia diz respeito ao Estado. Como o tema obesidade é relevante no SUS, disse ser o tempo muito pouco para a sua abordagem no CNS. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** cumprimentou a mesa pelas apresentações e ressaltou que, pelas falas, percebeu que as mulheres ricas estão mais magras e as pobres, mas gordas, os homens pobres, mais obesos o que evidencia uma situação paradoxal. Também ouviu da mesa que a alimentação e os exercícios físicos ajudam a prevenir a obesidade e, conseqüentemente, várias doenças. Sendo assim, disse não entender porque existe dificuldade de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social para a construção de estratégias que previnam a obesidade. O que se percebe é uma linguagem diferente desses espaços no trato da questão. Defendeu que houvesse ações intersetoriais e chamou a atenção para as pesquisas que mostram que no semi-árido a população está mais equilibrada do ponto de vista nutricional. Solicitou que a mesa comentasse essa questão. Por fim, apresentou duas propostas: a criança desnutrida deve ser recuperada antes dos dois anos de vida. Depois disso, deve ganhar peso acompanhando a curva, mesmo que permaneça desnutrida segundo a curva de crescimento peso x idade. Pesquisas científicas publicadas na Revista Lancet indicam que, se essa criança ganhar peso acima dessa linha ela pode se tornar um adolescente ou adulto obeso, além de ter mais chances de desenvolver diabetes, pressão alta e problemas no coração. É importante que ela não ultrapasse a linha da desnutrição e que para isso, tenha uma alimentação saudável. Uma alimentação saudável é a chave para que as crianças ganhem peso de maneira equilibrada e não se tornem obesas; que o CNS encaminhasse recomendação aos responsáveis pela propaganda de alimentos para que focassem o consumo de frutas. Isso poderia até deflagrar uma campanha na contramão de alimentos menos saudáveis, do tipo “compre uma fruta e leve um carrinho de presente”. Finalmente sugeriu que seja mostrado na rotulagem dos alimentos, além dos valores calóricos, o valor da dosagem diária recomendada.

Conselheira **Maria Helena Machado** disse que todos estavam de parabéns pela qualidade com que foi tratado o tema. Observou que em países como a Alemanha não é permitido à inclusão de açúcar em alimentos infantis, ao contrário do que ocorre no Brasil. Quis saber se a mesa tinha alguma informação a esse respeito, haja vista que a Sociedade de Pediatria havia se mobilizado para coibir o açúcar e outras substâncias nocivas à saúde de crianças. Considerou importante que qualquer ação nesse sentido, tivesse as escolas como parceiras. Conselheira **Jurema Werneck**, a respeito da intervenção da Conselheira Maria Helena, disse que no Rio de Janeiro havia um decreto proibindo alimentação não saudável nas escolas públicas, mas as escolas particulares entraram com ação na justiça e esse instrumento perdeu seu efeito legal. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, em nome do Ministério da Saúde, agradeceu nominalmente os expositores e disse que o Ministro Temporão estava engajado na defesa da regulação da propaganda sobre alimentos. Sugeriu que o Conselho pautasse permanentemente esse tema, dada a sua relevância e mantivesse uma interlocução amigável com os conselhos estaduais e municipais para que também garantissem esse debate. A sugestão fora feita em razão de muitas localidades estarem usando os recursos do Programa Bolsa Família para comprarem alimentos sem nenhum valor nutricional, aumentado com isso o atendimento no SUS. Sendo assim, defendeu que o tema passasse a ser uma bandeira de luta da gestão e do controle social. Conselheiro **Raimundo Sotero**, na condição de quem já fez uso do procedimento, defendeu a cirurgia bariátrica para a obesidade mórbida. Apresentou também as propostas trazidas do Fórum dos Usuários: que a

fila, no SUS, para esse tipo de cirurgia andasse; que fosse feita campanha de esclarecimento à população sobre a qualidade dos alimentos. Chamou ainda a atenção sobre o pouco tempo para o debate e de não ter nutricionista no NASF. Conselheira **Maria Laura Bicca**, como trabalhadora de uma equipe de cirurgia bariátrica do Hospital Conceição, no Rio Grande do Sul, disse que o hospital cumpre todos os procedimentos legais que vão desde a reunião informativa ao acompanhamento de dois anos, porém o período de espera é de quase dez anos. Quis saber da Comissão Técnica que está acompanhando esse trabalho, se há perspectiva para a solução desses problemas. Falou também da necessidade de o setor privado ter ética na condução dos procedimentos que envolvem a cirurgia bariátrica, e que seja disponibilizado o medicamento necessário para os pacientes do SUS. **Retorno da mesa:** Dr. **Artur Garrido**, em resposta às intervenções, disse que, no ano passado, o Hospital das Clínicas de São Paulo reuniu os oito serviços que prestam atendimento à cirurgia bariátrica para debater o assunto; é necessária a criação de centros de excelência públicos para atender a população; em São Paulo a espera média é de cinco a seis anos para esse tipo de atendimento; precisam aumentar as vagas para esse atendimento bem como para as demais doenças; enquanto o paciente obeso está em lista de espera, precisa ser cuidado de suas doenças associadas por uma equipe multiprofissional; Conselheira **Nildes de Oliveira Andrades** agradeceu a apresentação do Dr. Garrido. Nesse momento, Dr. **José Augusto Taddei** interveio para dizer que, ao invés de fazer a fila dos pacientes andar, o ideal seria esvaziá-la com ações de promoção e prevenção. A mortalidade de quem espera na fila é maior do que quem está fora, em razão de o paciente pensar que, como será operado, pode se sentir liberado. Também, informou que na Unicamp há um programa de emagrecimento para os que estão na fila, o que faz com o índice de mortalidade seja 0%. Dr. **Bruno Genolese Netto** ressaltou que a forma mais sofrida para tratar a obesidade é o da cirurgia bariátrica, porque esse procedimento não é isento de problemas. Mas há casos em que precisam e devem ser feitas. **Manifestações:** Conselheira **Rosane Nascimento**, na condição de membro da CIAN, cumprimentou a mesa e ressaltou ter sido esse debate tão profícuo uma iniciativa da Comissão. Depois, dentre outros pontos, ressaltou que: há farturas de políticas sobre alimentação e nutrição e tudo o que foi apresentado é válido, porém, o que realmente conta é o Conselho enfrentar a obesidade como um problema de saúde pública; os problemas que ocorrem no Brasil também ocorrem em outros países; MS tem sido incansável no trato desse assunto, tanto que o SUS é o único sistema de saúde latino-americano que cobre esse tipo de cirurgia. Reconheceu que há interesses vários que permeiam a questão da obesidade, porém, essa questão precisa ser enfrentada com responsabilidade, informação e educação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo**, na condição de representante dos profissionais da saúde e da área de odontologia, disse que já houve tentativas de campanhas e de ações para coibir o uso de açúcar ao público infantil, mas os resultados não foram satisfatórios. Esperava que, nesse contexto, pudesse contribuir e somar esforços para enfrentar o problema da propaganda de alimento infantil e a obesidade. Conselheira **Carlene Borges Soares** demonstrou preocupação com a fala do Dr. Bruno Gelonese Netto referente à não eficácia comprovada da acupuntura no tratamento da obesidade. Lembrou que a Portaria Nº 2971 do MS que instituiu a Política das Práticas Integrativas e Complementares incluiu a acupuntura como um dos recursos para tratar da saúde da população brasileira. Em razão disso, passou a palavra ao Dr. Bruno, que é fisioterapeuta e acupunturista para esclarecimentos. Dr. **Bruno**, ao contrário do Dr. Bruno Gelonese Netto, considerou a acupuntura um procedimento que pode ajudar no tratamento da obesidade. Concordeu que a meta análise dos artigos exista, mas não só na acupuntura. A seguir, referiu-se a quatro artigos publicados no Brasil, onde a acupuntura aparece como prática que reduz o peso. Por essa razão, defendeu que não se fechasse a porta para essa possibilidade. Conselheiro **Luiz Antônio Neves**, em relação ao papel do Conselho diante de assunto tão relevante, defendeu uma Resolução do CNS em favor da regulamentação da propaganda de alimentos, da oferta de serviços na rede pública para os casos necessários, e a promoção e prevenção da obesidade. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou ao Dr. Bruno Gelonese se seria possível fazer as orientações sobre alimentação saudável de acordo com as faixas etárias, os efeitos que teriam, considerando, inclusive, a questão ambiental e cultural do país. Também, como demanda do fórum dos usuários, defendeu o acesso dos que precisam da cirurgia bariátrica ao SUS. Conselheiro **Rogério Tokarski** disse que o emagrecimento se faz de diversas maneiras, porém, conclamou a todos para refletirem no sentido de verem a farmácia como um estabelecimento de saúde. Na verdade, não há respaldo para uma alimentação saudável, tanto que a farmácia não consegue vender mel ou óleo de coco, que estão inseridos na farmacopéia brasileira. Defendeu a alimentação adequada em lugar de medicamentos. Conselheira **Silvia Vignola** também concordou que se deveria reduzir a fila e o processo começasse pela educação das crianças. Nesse sentido, louvou a iniciativa do MS ligada à alimentação escolar e propôs que o Conselho fizesse uma recomendação ao MEC para que as escolas evitassem disponibilizar aos alunos alimentos de baixo valor nutricional. Registrou que não somente a Lei n.º 8.080 trata da alimentação e nutrição, mas a própria Constituição Federal, por isso, a ANVISA e o Ministério da Agricultura são dois atores importantes no debate e no trato da questão. Por último, defendeu ações de promoção da alimentação saudável e a prevenção da

obesidade. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, sobre a cirurgia bariátrica considerou importante o acompanhamento pós-cirurgia, em razão de ter conhecimento de complicações de pacientes depois da cirurgia. Com relação à recomendação proposta pela Conselheira Sílvia, entendeu que devia envolver não só a rede pública, mas também a rede particular. Além de várias políticas existentes nesse sentido, que foram citadas pela Conselheira Rosana, disse que há outro desafio que o Estado e a sociedade têm que enfrentar. Trata-se do modelo padrão de produção, de comercialização e de consumo de alimentos para garantir a soberania nessa área. A CONTAG já vem fazendo isso nos vários fóruns pertinentes. Conselheira **Marisa Fúria** referiu-se ao excesso de açúcar nos sucos industrializados, o excesso de sal nos alimentos, o excesso de sódio nos sucos diet. O MS deveria fazer o controle dessas situações. **Retorno da Mesa:** Dra. **Patrícia Chaves Gentil**, em relação às questões que emergiram das intervenções, disse que as ações de promoção e prevenção devem ser discutidas e colocadas em prática. Concordou que existam políticas e materiais disponíveis a respeito, sendo necessário o enfrentamento do problema de forma mais agressiva, até pelo fato de ser um processo complexo, que envolve mídia, indústria, gestor, usuários. Chamou a atenção para o fato de a consulta pública sobre a propaganda de alimento infantil ainda não ter sido concluída. Dr. **Bruno Genovese Netto**, em relação a uma intervenção sobre a eficácia da acupuntura para tratar os casos de obesidade mórbida, manifestou-se contrário, dizendo que qualquer estudo a respeito não pode ser de 3 meses, e sim de 3 a 4 anos, porque é uma patologia crônica e recorrente. Disse também que não há necessidade de esporte e sim de atividade física regular. Uma coisa é diferente da outra. Nos países que ganham mais medalhas nas olimpíadas é onde mais aumenta a obesidade. Dr. **Artur Garrido** respondendo as intervenções sobre cirurgia bariátrica assegurou que: o atendimento no SUS precisa aumentar e melhorar; como é um procedimento recente no Brasil, ainda não existem equipes multiprofissionais capacitadas e suficientes para atender esse tipo de paciente, as que existem têm qualidade e são fiscalizadas pelo MS; o atendimento ainda é insuficiente no mundo inteiro, e o Brasil é o segundo centro de cirurgia bariátrica do planeta; a solução não é ampliar o atendimento, e sim não chegar à obesidade mórbida; no Brasil, há cinco milhões de pacientes que precisam ser atendidos, porque a obesidade mórbida só em raríssimos casos é revertida. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** agradeceu os expositores pelo desprendimento de se fazerem presentes e qualificarem o debate no CNS e, a seguir, apresentou os encaminhamentos resultantes dos debates. **Encaminhamentos: monitorar esse tema de forma permanente, estimular o debate do tema nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, assumir como bandeira do CNS o combate a propagandas que estimulam a alimentação de forma inadequada, elaborar moção de apoio à regulamentação da propaganda de alimentos, a ser enviada ao Ministério da Educação e Ministério da Saúde, e ressaltar a necessidade de reduzir a fila da cirurgia bariátrica, com garantia de acompanhamento aos pacientes que se submetem a esse procedimento.** Conselheiro **Raimundo Sotero** fez um pedido para que o cafezinho servido no Conselho tivesse a opção do adoçante, e o Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a revista que fora distribuída aos conselheiros continha, na contracapa, um manifesto encaminhado aos prefeitos de seu estado. **ITEM 04 – REGULAMENTO E FLUXO OPERACIONAL DE EMISSÃO DE PASSAGENS E DIÁRIAS** – A apresentação foi feita pelo Conselheiro **Antonio Alves de Souza**, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS que, inicialmente, falou sobre as novas condições de trabalho do plenário, do ponto de vista da informatização. Disse que cada conselheiro teria, a partir daquele momento, computadores e pen drive. Também, informou que as condições de trabalho para os conselheiros relacionados à informatização não é uma decisão isolada da SGEF. Teve sim a contribuição do Presidente do CNS, que defendeu em seu mandato assegurar melhores condições de trabalho dos conselheiros. Lembrou que esses recursos, entretanto, não deveriam interferir no andamento da reunião. Agradeceu também a contribuição do DATASUS nesse processo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** interveio para dizer que não tinha dúvidas do compromisso dos conselheiros para com a pauta da reunião, tanto que já havia acordado com senhor **Fernando Cunha** para que fosse disponibilizado, na tela do computador, o material referente ao ponto de pauta em debate. Conselheiro **Antonio Alves** retomou a fala e fez uma apresentação relacionada ao tema. Começou citando a regulamentação da aquisição de passagens e pagamento de diárias: Portaria MPOG nº. 98, de 16 de julho de 2003 (Geral), com definições gerais para todos os órgãos públicos federais; e Portaria MS nº. 2112, de outubro de 2003, que estabelece normas e procedimentos a serem adotados para solicitação, autorização, concessão e prestação de contas, de diárias e hospedagem no âmbito do Ministério da Saúde. Explicou que, para aquisição de passagens e pagamento de diárias por meio do SIPAD, o prazo é de dez dias de antecedência. A requisição e autorização são feitas pelo setor demandante (Diretor, Coordenador e SE do CNS) e a concessão pelo coordenador de despesas. Destacou que o Decreto da Presidência da República nº. 5992, de 19 de Dezembro de 2006, dispõe sobre a concessão de diária no âmbito da administração federal direta, Autárquica e fundacional. No Art.10, § 2º, define que é vedada a concessão de diárias para o exterior a pessoas sem vínculo com a Administração Pública federal, ressalvadas aquelas designadas ou nomeadas pelo Presidente da República. Ressaltou que é obrigatória a prestação de

864 contas à unidade concedente, no prazo máximo de cinco dias corridos, após o retorno da viagem, pelo
 865 servidor, contratado e colaborador eventual, na forma da legislação vigente. Detalhou que a prestação
 866 de contas é feita, mediante: devolução dos cartões de embarque; preenchimento de Relatório de
 867 Viagem; apresentação de comprovante de comparecimento na atividade; certificado, quando se tratar
 868 de participação em conferências, congressos, cursos, treinamentos e outros eventos similares. Em
 869 caso de extravio do cartão de embarque, o beneficiário apresentará declaração de embarque, fornecido
 870 pela companhia aérea. O servidor, o contratado e o colaborador eventual que não tenha prestado
 871 contas da viagem, decorrido no prazo previsto para a prestação de contas, terá suas viagens
 872 bloqueadas no SIPAD. Explicou que na auditoria da CGU 2007 foram identificadas principalmente as
 873 seguintes impropriedades: mudança de trecho sem autorização do ordenador de despesa; excesso de
 874 cancelamento de passagens gerando prejuízo ao erário; e a respeito da prestação de contas: ausência
 875 de cartão de embarque, cartão de embarque ilegível; ausência de comprovante de participação em
 876 evento (diploma, certificado, lista de presença ou declaração que comprove a participação). Listou
 877 ainda as principais intercorrências identificadas: cancelamento/complementação ou substituição de
 878 trecho, com remarcação de passagem já emitida sem justificativa real e fundamentada gerando prejuízo
 879 ao erário (taxa de embarque, multa e o valor da nova tarifa que pode ser maior, conforme política de
 880 cada companhia aérea); ruídos de comunicação (diferença entre pontuar e generalizar); ausência de
 881 prestação de contas; e viagem ocorridas sem o pagamento das diárias. Explicou também que a
 882 passagem é autorizada pela SE do CNS dentro do prazo de dez dias, porém é encaminhada à SGP
 883 sem tempo hábil para conceder e emitir relatório de pagamentos de diária e encaminhar ao banco para
 884 pagamento. Por fim, apresentou um gráfico com a média de passagens do CNS canceladas no período
 885 de 1º de janeiro de 2008 a 30 de setembro de 2008: de 1.575.302,60 concedidas, 235.058,66 (13%)
 886 foram canceladas, causando prejuízo de 57.102,93 (3%). **Manifestações:** conselheira **Ruth Ribeiro**
 887 **Bittencourt** disse que não sabia que teria que apresentar ao Conselho declaração de participação em
 888 eventos, quando por este custeado. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** perguntou se, depois
 889 de emitido o bilhete da passagem, não haveria nenhuma justificativa plausível para evitar o prejuízo ao
 890 Ministério da Saúde. Conselheira **Rosângela da Silva Santos**, quanto à prestação de contas, informou
 891 que resolveu o problema colando a cópia da etiqueta que vem na bagagem com o comprovante da
 892 internet. Essa estratégia, explicou, só serve para os casos de quem tem bagagem. Ressaltou que a sua
 893 preocupação é em relação ao custo do deslocamento até o aeroporto e vice-versa, principalmente, para
 894 os portadores de necessidades especiais. Por isso, sugeriu que fosse disponibilizado transporte.
 895 Conselheiro **José Marcos de Oliveira** considerou salutar o debate sobre o assunto, apesar de o
 896 mesmo ser recorrente. Lembrou que, além dos pontos levantados, há outra questão que é a
 897 sustentabilidade financeira do Controle Social. Perguntou até que ponto as entidades têm condições de
 898 prover a participação dos conselheiros às reuniões, quanto às diárias que recebem não cobrem as
 899 despesas com estadia e alimentação. Também chamou a atenção para que a comprovação de
 900 participação nos eventos de controle social seja uma prática, bem como o uso da tarifa mais barata e
 901 que os comprovantes de passagens obtidos pela internet sejam aceitos. Depois, agradeceu equipe do
 902 CNS que emite passagens, reconhecendo ser um trabalho árduo e complexo. Conselheira **Graciara**
 903 **Matos de Azevedo** discordou que a escolha da companhia aérea esteja relacionada com a ética,
 904 explicando que, em muitos casos, isso ocorre em função dos horários de vôos. Conselheiro **Francisco**
 905 **Batista Júnior**, em razão de a reunião estar sendo transmitida em tempo real, citou o nome do
 906 conselheiro Geraldo Heleno Lopes, presidente do Conselho Estadual de Minas Gerais que
 907 acompanhava muito satisfeito o debate. Conselheiro **Raimundo Sotero** falou sobre a taxa de
 908 embarque, que não acha justo pagá-la quando não se embarca e sobre a multa de remarcação, disse,
 909 que, com atestado médico, é possível revertê-la. Em relação à marcação de passagens com 10 dias de
 910 antecedência, em determinadas situações, inviabiliza a vinda do suplente. Solicitou análise específica
 911 para os casos em que o titular, nesse período, comprove, através de atestado médico, a
 912 impossibilidade de estar presente à reunião. Conselheira **Marisa Fúria** também elogiou a equipe
 913 responsável pelas passagens, no CNS e concordou que a opção por determinada companhia aérea
 914 está ligada aos horários dos vôos e não a vantagens. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** quis
 915 saber se as diárias pagas aos secretários, diretores e coordenadores do MS são iguais. Conselheiro
 916 **José Marcos de Oliveira** solicitou que os conselheiros fossem informados sobre a emissão do bilhete
 917 em tempo hábil, haja vista que muitos residem longe do aeroporto. Conselheiro **Artur Custódio** referiu-
 918 se aos casos em que o conselheiro tem agendas seguidas no mesmo local, sendo mais barato para a
 919 instituição pagar diária a emitir passagens de volta e por falta de diálogo entre as áreas de governo isso
 920 nem sempre acontece. Conselheiro **Raimundo Sotero** quis saber a que nível hierárquico correspondia
 921 o pagamento das diárias dos conselheiros. **Retorno da mesa:** conselheiro **Antonio Alves de Souza**,
 922 em razão das contribuições e da diversidade de demandas, sugeriu a criação de um grupo de trabalho
 923 para estudar o assunto. Também explicou que a legislação prevê a excepcionalidade e, nesse caso, o
 924 ordenador de despesa pode conceder e justificar, sem precisar, portanto, de atestado médico. Em
 925 relação à comprovação nos eventos, disse que a ata indicando o conselheiro é suficiente. A multa de

cancelamento da passagem é uma lógica de mercado e depende da companhia aérea a cobrança ou não. Concordou que se fizesse um estudo sobre o gasto com transporte até o aeroporto, bem como sobre o valor das diárias dos conselheiros, que prestam um serviço de relevância pública, para depois discutir essas questões com o Ministério do Planejamento. Informou que o valor das diárias depende do DAS. Estendeu os parabéns à equipe da SGEP, que também desenvolve suas atividades com muita competência. **Encaminhamento: resgatar a proposta sobre as diárias e passagens construída pela Secretaria Executiva e discuti-la com o Ministério da Saúde e o Ministério do Planejamento.** A seguir, o senhor **Ismar Barbosa Cruz**, Secretário da 4ª Secretaria de Controle Externo/TCU, convidou o CNS para participar do Seminário sobre o Combate à Dengue, que será realizado no dia 04 de novembro de 2008, na sede do TCU, em Brasília, quando serão debatidos temas de interesse para o controle social. Distribuiu também a programação do evento e material elucidativo sobre o TCU aos presentes, solicitando que fosse socializado com as entidades representadas no colegiado. Destacou duas atividades que estão desenvolvendo: avaliação do fenômeno na “segunda porta” do SUS e a avaliação dos procedimentos dos beneficiários de plano de saúde privados, visando o ressarcimento ao SUS. Finalizou colocando-se à disposição e de toda a sua equipe para as informações que se fizerem necessárias. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu a presença ao tempo em que reconheceu a importância do TCU, assim como outros órgãos de governo, no fortalecimento da democracia participativa. **Encaminhamento: como na data do evento haverá uma agenda dos conselheiros em Brasília, ficou acordado que se tiraria uma delegação, nessa oportunidade, para participar do Seminário. ITEM 05 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE** – Coordenação da mesa: conselheira **Maria Natividade Santana**; apresentação: **Maria Thereza Mendonça** que, inicialmente, justificou a impossibilidade do senhor **Geraldo Vasconcelos** e da senhora **Geusa Dantas Lélis**, membros da Comissão, estarem presentes à reunião. A seguir, apresentou o Plano de Trabalho da Comissão. Iniciou contextualizando com o seguinte histórico da CICIS/CNS: instituída em 1998; motivado pelos debates da 12ª CNS que reforçaram a importância de se articular as temáticas da comunicação e da informação em saúde, o CNS aprovou uma mudança no enfoque da Comissão de Comunicação que passou a Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS/CNS); reativada oficialmente em maio de 2005; e composta por conselheiros, convidados e assessoria de comunicação da SE do CNS. Explicou que os princípios da CICIS são o compromisso com a democratização das informações e a ampliação da participação da sociedade na definição da Política Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde para o exercício do Controle Social. Nos anos de 2005 e 2006, explicou que o objetivo foi aprofundar a construção coletiva de propostas como estratégia para a consolidação do “Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde”, com destaque, em 2005, à implementação do CNCS. Em 2007 e 2008, enfatizou a implementação do Programa de Inclusão Digital e incentivo à formação das comissões municipais e estaduais. Falou ainda dos Seminários regionais de comunicação, informação e informática em saúde realizados de agosto a novembro de 2005 com os objetivos de: definir possíveis estratégias para implementação da política nacional de comunicação e informática em saúde nas três esferas, consolidar o processo de constituição e manutenção do cadastro e sensibilizar a formação da comissão de comunicação e informação nos conselhos estaduais e municipais. No caso do Seminário nacional em dezembro de 2005, disse que o objetivo foi debater a política nacional com vistas ao estabelecimento de um pacto nacional pela democratização e qualidade da comunicação e informação em saúde como subsídio à conferência nacional. Em 2006, destacou os seguintes marcos históricos: processo de avaliação dos resultados alcançados antes de iniciar novas ações, realizando adequações necessárias no direcionamento de suas atividades; diálogo contínuo com a Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde da Secretaria Executiva do CNS (CCIS/SE/CNS), a Secretaria Executiva/CNS (SE/CNS) e o Pleno do Conselho Nacional de Saúde; realização de duas oficinas para fortalecimento do pacto pela “Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde” (agosto de 2006), Plenária nacional, Conselhos municipais e Seminário Nacional de avaliação e consolidação do pacto: “Democratizar a Comunicação e Informação em Saúde para o Exercício do Controle Social” (dezembro de 2006). Em 2007 e 2008, deu destaque às seguintes ações da Comissão: entrega dos computadores com a SGEP; acompanhamento da entrega dos computadores do Banco do Brasil; incentivo à formação das comissões de comunicação e informação nos Conselhos de Saúde e acompanhamento; 1ª Reunião Ampliada da CICIS – 29 e 30 agosto - estratégia de aprofundamento dos debates e reflexões para a 13ª CNS. Também explanou, para conhecimento, as apresentações e aprovações no Pleno do CNS: 2005 - janeiro: solicitação para apresentar proposta de Reativação da CICIS/CNS; março: Indicação de nomes para compor a CICIS; maio: resolução da CICIS aprovada por unanimidade; julho: aprovado plano de trabalho de 2005 com exceção da Conferência que será discutida posteriormente; agosto: Cadastro Nacional de Conselhos aprovado por unanimidade; Novembro: aprovado o seminário nacional para dezembro; 2006 - maio: aprovada a conferência temática no relatório da CCG, aprovada a Oficina da CICIS sobre Comunicação e Informação para o

exercício do Controle Social, no VII Congresso Nacional da Rede Unida; junho – Plano de Trabalho de 2006 da CICIS e PID aprovados por unanimidade; julho – aprovada a participação da CICIS no Congresso da ABRASCO; agosto – apresentação mais detalhada do PID e solicitação de disponibilização de recurso para 2007 (aprovado), informe da pausa do processo de entrega dos computadores durante o período eleitoral; 2007/2008 - 171ª RO – Resolução do CNS que institui o comitê de acompanhamento do Acordo de Cooperação Técnica do PID (aprovada por unanimidade); 172ª RO – Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde deixou em aberto uma vaga para titular e as vagas para suplentes, a fim de contemplar outras entidades interessadas para participar da Comissão. (Foram sugeridas as seguintes entidades e órgãos: OBOÉ, Ministério da Saúde e Ministério das Comunicações); 173ª RO – apresentação da proposta de composição da Comissão que foi aprovada por consenso; 179ª RO apresentação relativa à distribuição dos computadores doados pelo Banco do Brasil e as dificuldades enfrentadas pela falta de equipe técnica da SE/CNS; 180ª RO – dificuldades do CNS relativas às contratações e quadro de funcionários; e 182ª RO – aprovadas as duas indicações da CICIS para compor a Comissão Organizadora da Comemoração dos 20 anos do SUS. A seguir, fez um histórico dos planos de trabalho da Comissão. O Plano de Trabalho 2005 contempla os seguintes eixos: implantação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde; ampliação das condições materiais de trabalho: o que informar e como informar; apresentação de um novo sítio do CNS; realização de seis seminários Regionais sobre Comunicação, Informação e Informática em Saúde: realização de Seminário Nacional de Comunicação, informação e Informática em saúde: Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e informação em Saúde; e preparação da Conferência Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde. O Plano de Trabalho 2006 definiu como eixos de ação: consolidação, manutenção e acompanhamento do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde; encaminhamentos das propostas do I Seminário Nacional de CICIS/CNS para fortalecimento do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde: realizar duas oficinas; ampliação do “Fique Atento; documentário sobre o CNS em português, inglês e espanhol para contribuir com as comemorações dos 70 anos do CNS em 2007, a ser apresentado na abertura da 13ª Conferência Nacional de Saúde; acompanhamento e atualização do sítio do Conselho Nacional de Saúde; auxílio para efetiva implementação das Comissões Intersetoriais de Comunicação e Informação em Saúde nos conselhos de saúde; participação nas atividades: a) Rede Unida b) Oficina com os Conselhos Estaduais de Saúde e c) ABRASCO; e Projeto de Inclusão Digital: parcerias (BB, SGEF, MINICOM, FIOCRUZ, DATASUS. O Plano de Trabalho 2007 definiu as seguintes ações: duas solicitações à Comissão de Orçamento e Financiamento/CNS sobre ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde relativas à comunicação e informática; ampliação do “Fique Atento!”, Proposta para o Observatório de Problemas de Saúde, no âmbito no Programa de Inclusão Digital; produzir documentário sobre o CNS em português, inglês e espanhol para contribuir com as comemorações dos 70 anos do CNS em 2007 e para abertura da 13ª Conferência Nacional de Saúde; acompanhamento e atualização do sítio do Conselho Nacional de Saúde; acompanhar e monitorar o Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde – processo de atualização dos dados; executar o Programa de Inclusão Digital/CNS; elaborar o projeto editorial do CNS referente à rádio e TV; assessorar e capacitar as Comissões de Comunicação e Informação em Saúde dos Conselhos de Estaduais e Municipais de Saúde; incluir na dotação orçamentária do CNS, recursos financeiros para o desenvolvimento em sua plenitude das ações de Comunicação e Informação em Saúde do CNS. Detalhou também os seguintes avanços obtidos: aproximação com os conselhos de saúde dos estados e municípios; troca de informações com o pleno, mantendo suas deliberações; CNCS: implementação e atualização pelos presidentes dos conselhos; implantação do PID; ampliação da intersetorialidade (Fiocruz: ESNP/Canal Saúde; MS: SGEF/Datasus, Intervezes, BB, MiniCom e Casa Brasil); Curso de Formação dos conselheiros em duas dimensões: preparatório de informática e comunicação e informação em saúde. Em prosseguimento, conselheiro **Geraldo Adão Santos** falou sobre as sugestões para a comemoração dos 20 anos do SUS. Nesse sentido, informou que: os responsáveis pelas sugestões reuniram-se mensalmente e produziram documentos a respeito já distribuídos aos conselheiros; reivindicaram junto à comissão organizadora, um espaço no site para a participação social e foram atendidos; a responsabilidade pelas matérias no site é do CNS. Disse também que o Conselho e a Comissão Organizadora dos 20 anos do SUS deveriam trabalhar juntos. Como proposta para o evento, sugeriu um pronunciamento do Presidente do CNS no sentido de focalizar o controle social, o Conselho com a nova composição, as expectativas para vencer os desafios, além disso, uma entrevista com os conselheiros. Informou também que todo o material impresso deverá ser distribuído aos conselheiros, assim como filmes feitos a respeito do tema. Considerou interessante que fosse disponibilizado, no site, matéria sobre as comissões, do ponto de vista da composição, estruturação, calendário de reuniões, etc. Chamar a atenção para o princípio federativo, das três esferas de governo, da autonomia dos conselhos. Disse ainda que está sendo solicitado um link para acesso as resoluções do CNS. Em relação à Cartilha dos Usuários, disse que a Comissão Organizadora dos 20 anos do SUS propôs a reedição da mesma, porém o Fórum dos Usuários discorda, porque não participara da sua elaboração.

Por essa razão, solicitou ao GT responsável pela sua revisão que, até o dia 14, dê um posicionamento. Após, colocou-se à disposição. Em seguida, senhora **Maria Thereza Mendonça**, continuou com a sua apresentação com o plano de trabalho da Comissão. Concluída a apresentação, informou ao plenário que deixaria de ser conselheira em razão de seu trabalho. **Manifestações:** Conselheira **Fabíola Aguiar Nunes** informou que a Fiocruz/Brasília fizera um seminário de avaliação do papel da mídia na questão da febre amarela, quando fora feita uma análise das notícias sobre essa questão e concluíram que, muitas vezes a mídia não considera as informações técnicas dos órgãos responsáveis pelo assunto. Disse que isso o preocupava, porque se, a saúde é um direito de todos, é necessário garantir qualidade de vida à população, e um dos componentes importantes nesse processo é a informação. Como a mídia pode tanto contribuir como prejudicar, defendeu que o Conselho pudesse dar atenção a esse aspecto. Sugeriu que a Comissão fizesse uma consulta jurídica para verificar se todas as ações que estavam propondo seriam mesmo de sua competência. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** chamou a atenção para duas questões: o Pacto pela Saúde que precisa estar presente no plano de trabalho das comissões e as condições dos conselhos de saúde para receber o Programa de Inclusão Digital/PID. Registrou que no contato que tem tido com os conselheiros de saúde de todo o Brasil, verificou a falta de informação de assuntos considerados importantes para o controle social. Conselheiro **Clóvis Bouffleur**, em relação à primeira estratégia, quis saber de que maneira a Comissão poderia avaliar o impacto dessas ações. Quanto ao cartão SUS, perguntou aos conselheiros se os gestores e trabalhadores querem mesmo que esse instrumento seja implantado, haja vista que a proposta existe há doze anos. Propôs à Comissão agregar o tema sobre propaganda de alimentos, dentre os prioritários. Na mesma linha, sugeriu a Secretária Executiva e a Comissão que estudem o potencial do Cadastro de Conselheiro. Finalmente, solicitou que: fosse feito um evento para o lançamento do relatório impresso da 13ª Conferência Nacional de Saúde; no site do MS e do CNS houvesse um espaço para as notícias dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** perguntou ao conselheiro Antônio Alves como estava o processo de publicação do relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde, dizendo que em todas as suas viagens é muito cobrado a esse respeito. Enfatizou a responsabilidade que a Comissão tem no Programa de Inclusão Digital, no Cadastro de Conselhos de Saúde e também ao fato de o CNS não ter equipe de comunicação. Situação esta que gera muita frustração, ao contrário de dois anos atrás, quando a área de comunicação desenvolveu um trabalho excelente nacionalmente. Conselheira **Marisa Fúria** defendeu que a comunicação interna do Conselho também fosse objeto de ação da Comissão. Disse que todos os assuntos de relevância, pautados e debatidos no Pleno não tem retorno quanto os seus encaminhamentos. Conselheiro **Raimundo Sotero** trouxe como demandas do Fórum dos Usuários: que sejam produzidos materiais sobre controle social, especialmente, sobre o Conselho Nacional de Saúde para dar visibilidade a esse espaço e também para que os conselheiros possam usar quando necessário; que seja recomposta a equipe da comunicação do CNS; que o conselheiro José Marcos e a Conselheira Maria Isabel da Silva disponibilizassem o material sobre controle social. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** chamou a atenção para a importância de, nos 20 anos do SUS, tratar da seguridade social. Para tanto, sugeriu que o Conselho tomasse conhecimento do material a respeito produzido pelo CEBES. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** lembrou a responsabilidade da Comissão, tanto com fatos internos (articulação com os órgãos institucionais), como fatos externos (articulação com as entidades, sociedade). A propósito, informou que, na Oficina Regional sobre Orçamento e Financiamento, realizada em Fortaleza, no Projeto de Inclusão Digital, evidenciou a necessidade da qualificação dos conselheiros na área de informática. Disse ser esta uma luta libertadora com desafios que precisam ser enfrentados pelo controle social. Lembrou que o ponto alto do Seminário foi o Laboratório da Informática e considerou importante fazer um link da Oficina com as bases. Defendeu que todo o material produzido, pela Comissão e pela área de comunicação do CNS, fosse à perspectiva da seguridade social, porque a luta é pela seguridade social brasileira. Finalmente, conclamou para que houvesse diálogo da Comissão de Comunicação com a COFFIN. Conselheira **Maria Natividade Santana** concordou que as comissões tivessem interlocuções entre si. Com relação ao que a conselheira Fabíola dissera, resgatou uma proposta nascida em uma Oficina de Comunicação e Informação, no Congresso do CONASEMS, para a realização de um seminário, onde seria convidada a imprensa para esse mote de discussão. A segunda questão foi direcionada à fala do conselheiro Clóvis Bouffleur, quando este disse que seria importante saber se as informações do MS estavam dando certo. Nesse sentido, disse que entendia serem os usuários capazes de fazer essa avaliação e dar o devido retorno ao Ministério. Solicitou à Secretária Executiva do CNS que informasse o Plenário sobre a falta de equipe na área de comunicação. Conselheiro **Antonio Alves de Souza** interveio para dizer que o Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde estava em processo de impressão. Entretanto, por razões administrativas e legais não fora possível concluí-lo. A expectativa é que, em torno de 20 dias, já estivesse disponível para os conselheiros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** esclareceu o Plenário sobre a carência de recursos humanos na área de comunicação do CNS. Disse que essa situação era resultado da forma precária de contratação. **Maria Thereza Mendonça**

agradeceu ao Pleno pelas contribuições e fez as seguintes observações: a inclusão do tema seguridade social e realização de seminários são passíveis de serem incorporados nas ações da Comissão, mas há ações que a esta cabe tão somente o acompanhamento, porque não tem papel de execução; dar visibilidade nacional ao Conselho não é atribuição da Comissão e sim da equipe de comunicação do CNS; a ASCON tem um trabalho que verifica o impacto das informações do MS junto aos usuários e que através dos relatórios a serem apresentados ao Conselho, este poderá dizer à Comissão quais as ações para serem acompanhadas; é competência da Comissão o acompanhamento da informação e comunicação em saúde do Ministério dirigida ao usuário; dentro da política de Comunicação e Informação emergirá a relação com Pacto pela Saúde; o mapeamento do PID está sendo feito e o Comitê virá ao CNS apresentar esse trabalho; as denúncias sobre a entrega dos computadores deverão ser encaminhadas ao Comitê, porque o objetivo é a transparência; será apresentado para o Conselho um relatório sobre os cursos de formação presenciais que estão ocorrendo e do grupo focal para a educação continuada; a Comissão pode incorporar o debate sobre propaganda de alimento, da mesma forma que incorporará outras demandas das Comissões; fazer um caderno destacando as propostas da 13ª Conferência não é papel da Comissão, bem como cuidar do site do CNS, pode sim, fazer o acompanhamento; o conselheiro Fernando Eliotério participa do Comitê do PID e, por isso, convidou a Comissão para participar das oficinas que a COFIN está realizando; a formulação de DVD contendo material sobre controle social não é papel da comissão. Conselheiro **Clóvis Boufleur**, não se sentindo contemplado no questionamento relacionado ao cartão SUS, insistiu, perguntando se a Comissão iria considerar o levantamento de mérito no enfoque desse debate. Também conselheiro **Raimundo Sotero**, dada a importância do material da conselheira Maria Izabel da Silva e do conselheiro José Marcos de Oliveira, solicitou que fosse demandada a quem de direito a formulação do DVD. **Maria Thereza Mendonça** esclareceu que, se o Plenário deliberar a Comissão pode acompanhar esse processo. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que houve uma conversa com o DATASUS sobre a nova proposta do Cartão SUS feita pelo MS e que será apresentada na Comissão. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que o Cartão SUS é pauta da COFIN, porque a Comissão já está preocupada com essa discussão. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que no próximo ano haverá gestão nova de prefeitos e secretários de saúde, por isso valeria a pena a Comissão fazer um levantamento dessa situação e buscar uma interação do CNS com os CES e CMS. Conselheira **Maria Natividade Santana**, na condição de coordenadora da mesa, agradeceu os integrantes da Comissão de Comunicação pela apresentação do trabalho e o interesse dos conselheiros pelo tema. **Encaminhamentos: 1 – para o Pleno: apresentar, na próxima reunião, um mapeamento dos conselheiros aptos a utilizarem a informática; materiais para a educação continuada dos CES e dos CMS, relatório dos cursos de formação e grupo focal; análise do Cartão SUS; 2 – para CICS: incorporar no Plano de Trabalho a discussão de relação da proposta de política de comunicação com o Pacto pela Vida; incorporar na 2ª reunião ampliada a discussão e apoio ao tema seguridade social; agregar o debate da propaganda de alimentos no item 2.1 do Plano de Trabalho; manter interlocução com outras comissões, participar dos seminários que a COFIN está realizando e disponibilizar pesquisa para o próximo seminário que será em Florianópolis; aprovado o Plano de Trabalho bem como a recomposição da CICI. 3 - para a Secretária Executiva: acompanhar o papel da mídia nas campanhas. Deliberação: foi aprovado o Plano de Trabalho da Comissão Intersectorial de Comunicação e Informação bem como a composição. ITEM 06 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS – Apresentação: Dr. **Cloer Vescia Alves**, Coordenador Geral de Urgência e Emergência/SAS/MS. Primeiro, o coordenador citou a legislação que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências: Portaria GM nº 1.828, de 02/09/2004, institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional; Portaria GM nº. 2.420, de 09/11/2004, constitui Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita; e Portaria GM nº. 2.657, de 16/12/2004, estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-19. Detalhou também a Portaria GM nº 2048/02 que trata: Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, A Regulação Médica das Urgências e Emergências, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, transferências e transporte inter-hospitalar, Núcleos de Educação em Urgências. Falou ainda da Portaria GM nº 1.863/03 que define a Política Nacional de Atenção às Urgências tendo como pilares de sustentação: humanização, organização de Redes Assistenciais, estratégias promocionais, regulação Médica de Urgências e qualificação e Educação Permanente. Acrescentou que essa Política, elaborada dentro dos preceitos constitucionais do SUS, representa um importante avanço do capítulo das urgências da Reforma Sanitária Brasileira. A seguir, detalhou a coordenação geral de urgência e emergência: APH móvel - SAMU 192; APH Fixo (UPA) – Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (UPA); e Emergências Hospitalares – QualiSUS. Destacou que o cenário e a Gestão do APH apontam para**

necessidade de uma postura pró-ativa frente à morbidade/mortalidade, onde acesso à informação é estratégico para planejamento das ações para uma atenção às urgências cada vez mais qualificada. O APH pode trazer importantes contribuições como “observatório” das urgências (Portaria 2.048/MS/02 e Portaria 1.863/MS/03). Falou da perda de anos de vida em relação à expectativa média de vida: 35 – trauma, 15 – câncer e 12-15 – cardiovascular. A respeito do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Portaria MS nº 1.864/03), destacou que define como responsabilidade Tripartite apontar critérios de Regionalização para a Rede SAMU 192 e elaborar estudo para o APH FIXO com base na regionalização. Ainda sobre o SAMU, citou os seguintes dados: SAMUs habilitados: 145 até 2008; municípios cobertos: 1.183; e população atendida: 100.329.000. A respeito da regulação médica, destacou: implantar modelo adequado ao porte do SAMU e Sistemas: regulação médica, despacho de tráfego, exportação de dados e links entre centrais. Falou também dos profissionais da rede nacional do SAMU 192, detalhando a categoria dos 21.247 profissionais: médicos - 3.703; enfermeiros - 2.391; Auxiliar e técnico de Enfermagem - 5.702; Condutores - 5.130; TARM/Rádio Operador - 2.591; e outros - 1.642. Também comentou a proposta de inclusão de novas tecnologias e procedimentos: DEA, trombolítico e telemedicina. A seguir, abordou os seguintes aspectos da Política Nacional de Atenção às Urgências: a) componente pré-hospitalar fixo – atendimento pré-hospitalar fixo (unidades não hospitalares de atendimento às urgências): publicação de nova portaria a respeito de redes de atenção às urgências, com prioridade à implantação de UPAs; b) componente hospitalar - unidades hospitalares de atendimento às urgências: publicação de nova portaria instituindo a regionalização do programa qualisus, abrangendo hospitais macro e regionais; c) componente hospitalar - unidades hospitalares de atendimento às urgências: publicação de nova portaria instituindo a regionalização do programa QualiSUS, abrangendo hospitais macro e regionais. Discorreu sobre a proposta da CGUE de estruturação de Redes de Atenção às Urgências que visa: integrar o APH Móvel aos demais componentes; Plano de implantação de Unidades de Pronto Atendimento; e Emergências Hospitalares (QUALISUS). Por fim, citou os seguintes projetos: Projeto SAMU Criança/Adolescente “SAMUCA”; Plano Nacional de Contingência para Acidentes com Múltiplas Vítimas e Desastres; Plataforma de Logística Nacional; e Força-Tarefa de Pronta-Resposta e SAMU Padrão. **Manifestações:** conselheiro **Antônio Alves de Souza**, inicialmente, parabenizou a apresentação e o avanço que a política teve nos últimos tempos. Perguntou sobre o atendimento da população de Fernando de Noronha. Dr. **Cloer Vescia Alves** disse que o SAMU de Recife é responsável pelo atendimento de Fernando de Noronha e já foi descentralizada uma unidade para a Ilha e reconheceu que há, dada a realidade dessa população, dificuldade na seqüência do atendimento. Um dos assuntos da Câmara Técnica será essa realidade, haja vista que não basta só o atendimento do SAMU. Conselheira **Rosangela da Silva Santos** em relação à regulação, à regionalização e à organização da rede, disse que esse processo depende das três esferas de governo. No Rio de Janeiro, as emergências estão lotadas, quem está na emergência do município, manda para o UPA, também faltam profissionais. Situação diferente dessa ocorre com o SAMU que tem um atendimento excelente. Disse, inclusive, que um parente de uma conselheira fora salvo pelo SAMU. Apresentou preocupação com o financiamento e com o monitoramento do padrão de qualidade no atendimento nas diferentes regiões. Dr. **Cloer Vescia Alves** disse que a contratação de profissionais é de competência do governo estadual e municipal, não tendo, pois, o gestor federal ingerência sobre esse processo, exceto nos casos em que são determinados pela legislação. Há situações em que o gestor opta pelo consórcio intermunicipal, como exemplo citou o caso do consórcio da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, e, em Santa Catarina, as ações de regulação do SAMU estão sob a responsabilidade de uma Organização Social. Considerou que os 5 anos de existência dessa estratégia precise ser aprimorada com debates sobre o controle, indicadores, mecanismos de avaliação tal como faz o sistema francês em seu 40 anos de implantação. Reconheceu que não há ainda instrumentos para uma avaliação de qualidade das ações do SAMU e, com certeza, levará tempo para o aprimoramento da gestão. Os complexos reguladores não existem em número suficiente e não estão totalmente organizados nos estados, daí por que fazer qualquer movimento na intervenção sem simultaneamente avançar na regulação seria uma ação ineficaz. Não há como fazer gestão sem a regulação do acesso. Disse que nesse sentido está sendo feito debate no RJ. Concordeu que se deveria fazer a avaliação da qualidade das ações do SAMU, porém, ainda não existe esse instrumento. Todavia, estão sendo desenvolvidas ações de capacitação e de regulação. Conselheiro **Luiz Antonio Neves** concordou com a qualidade do serviço que o SAMU vem prestando à população brasileira e sentiu-se satisfeito, porque essa estratégia atende os princípios do SUS, inclusive, no aspecto de regionalização das estruturas de serviço. Mesmo reconhecendo esses aspectos positivos, sentiu falta, na apresentação dos determinantes, que estão levando a população a solicitar o SAMU, e a propósito, solicitou ponto de pauta para o Relatório dos Determinantes Sociais que já está pronto. Para encerrar a sua intervenção, disse que o modelo UPA é um modelo criado pelo Estado do RJ para suprir uma carência do município, com isso tem deixado de organizar a média e alta complexidade, que é uma deficiência do Estado do RJ e do próprio SUS, por essa razão, não considera ser um modelo para referência nacional. Conselheira **Jurema Werneck**, a despeito de considerar também o SAMU

uma grande estratégia de atendimento, demonstrou preocupação ao nº 46 da política apresentada, que mostra a realidade. Depois do atendimento do SAMU há muros, e que para o gestor esse fato passa a ser objeto de boas idéias, o que não é suficiente para resolver os problemas da saúde no Brasil. Defendeu as boas idéias seguidas de ações efetivas para solucionar os problemas de saúde da população brasileira. Conselheiro **Armando Raggio** compartilhou com o representante do Ministério da Saúde a expectativa do CONASS na operacionalização das Unidades do Pronto Atendimento/UPAs, porque é uma reivindicação dos gestores estaduais e municipais desde o início do SMU. Mostrou preocupação em relação ao uso da moto, vez que é muito vulnerável no trânsito. Por fim, chamou a atenção para a importância de se observar a singularidade, por que o grande objetivo do SUS e a paróquia, o vínculo, a proximidade com o paciente. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que o SAMU integrado foi uma das grandes conquistas do SUS. Lembrou dos questionamentos que foram feitos ao Ministro da Saúde a respeito das limitações das unidades que recebiam os pacientes. A promessa foi de que seria formado um grupo de trabalho para estudar o assunto. Nessa linha, solicitou esclarecimento sobre o fato de o SAMU só atender município acima de 200 mil habitantes e quando feito consórcio dos municípios pequenos quis saber qual a garantia de um bom atendimento. Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** parabenizou pela apresentação e a todos os profissionais que atuam na área do SAMU e disse que a população reconhece essa estratégia como uma das que têm êxito no SUS. Conselheiro **Raimundo Sotero**, em relação às doenças metabólicas e nutricionais, observou que há uma grande quantidade de pacientes que morrem por hipoglicemia e pelo uso de alguns tipos de medicamentos. Quis saber sobre a relação causa efeito. Também demonstrou preocupação no que diz respeito aos pacientes que precisam de atendimento e são atendidos na emergência, mas depois morrem pela falta de continuidade no tratamento. Conselheira **Marisa Fúria** falou sobre três questões. A primeira para saber se o helicóptero não seria mais rápido que a lancha, principalmente, nos casos da Amazônia. A segunda, perguntou como é feito o atendimento das pessoas com deficiência intelectual no SAMU e terceira, solicitou esclarecimento sobre os locais de atendimento, haja vista que, em uma situação conhecida em São Paulo, não foi possível levar o paciente à unidade do SUS mais próxima do domicílio. Conselheira **Keyllaff Miranda**, no que diz respeito ao fluxo do SUS na emergência e na urgência, defendeu como porta de entrada atenção básica. Perguntou se o comentário de que o SAMU seria terceirizado era procedente e se não atendia pacientes com doenças crônico-degenerativas, psíquicos, com transtornos mentais e idosos. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, em relação à reflexão feita sobre a apresentação, pontuou os seguintes aspectos: o SUS, nos 20 anos, tem um balanço positivo, porém, neste momento, com o modelo de atenção, o processo aviltante de privatização e a precarização do trabalho, pode ser inviabilizado: coloca o SAMU no patamar da Saúde da Família, como uma iniciativa muito positiva, mas que hoje, em diversos lugares, é porta de entrada do sistema; o SAMU é uma das estratégias do SUS com maior precarização do trabalho e de maior terceirização; se o governo não reverter essa realidade, o SUS será inviabilizado; o Conselho Nacional de Saúde precisa chamar para si esse debate e cobrar do governo; a privatização mais selvagem e mais cruel é a que se dá pela transferência de responsabilidade para grupos privados; Dr. **Cloer Vescia Alves** fez um reparo inicial no que diz respeito às UPAs do Rio de Janeiro. Não disse que a política está sendo adotada com saneamento da atenção básica e da Saúde da Família. O que disse é que as UPAs, no RJ, promovem um debate sobre a resolução no atendimento que executam. Certamente, em locais onde a atenção básica estiver deficiente e não for tomado o devido cuidado, as UPAs não serão solução. O estrangulamento do SUS que chamou de triste realidade, verdadeiramente ocorre, porém as ações de planejamento em saúde não podem, de forma alguma, serem excludentes. A urgência e a emergência têm características transversais, existem desde a atenção primária até a alta complexidade. Assim, as ações têm que serem desenvolvidas simultaneamente. O fato de o Ministério da Saúde estar focando em uma dessas ações, não significa que as outras não estejam acontecendo. O posicionamento da urgência é de que as ações, se necessário, têm que acontecer por água, por terra e pelo ar. Quanto ao estrangulamento da porta hospitalar, reportou-se a história da saúde pública no Brasil e no modelo vigente na cultura da população que é hospitalocêntrico. Sendo assim, disse que levará tempo para que a população entenda que SAMU (192), Unidade de Pronto Atendimento/UPA e Pronto Socorro podem dar a resolução adequada. Ressaltou que o SAMU existe dentro de um modelo no MS que está sendo avaliado nas demais áreas, departamento e coordenação de atenção hospitalar. Com relação ao estudo que o Ministério da Saúde está fazendo para que haja uma legislação federal para normatizar o uso do desfibrilador externos automático, disse ser uma iniciativa necessária, vez que há diferenças conceituais e de uso nos estados e municípios. Esse assunto, informou, deve ser pauta do CONASS e CONASEMS. Informou ainda não ter mais o corte de 200 mil habitantes para a utilização do SAMU. Nesse sentido, há legislação sobre a regionalização do SAMU 192, para dar ênfase ao agrupamento dos pequenos municípios para receberem o atendimento. Quanto às crises de hipoglicemia por conta de quaisquer condições clínicas são atendidas pelo SAMU, embora não haja nenhuma ação específica direcionada para essa finalidade. No que diz respeito aos portadores de deficiências, em especial os

autistas, comprometeu-se a verificar com a sua equipe os casos já atendidos e como poderia melhorar a qualidade do atendimento quando fosse necessário. Reconheceu que, em muitos casos, os atendimentos dos pacientes com comprometimentos intelectuais não são feitos como deveriam, a despeito de se estar investindo em capacitação dos profissionais para melhorar a qualidade do atendimento. Também explicou que o SAMU transporta os pacientes para o hospital referência do SUS sempre mais próximo do domicílio. Ressaltou que há uma preocupação do Departamento de Emergência quanto à atenção básica, tanto que há uma interlocução amigável com o departamento que cuida dessas ações. No que se refere aos determinantes sociais, disse que estes se encontram em diversos cenários da saúde pública, citando, como exemplo, o 192, que atende em primeiro lugar, eventos cardiovasculares, em segundo, cerebrovasculares e, em terceiro, traumas. Daí que tudo que estiver fora da promoção, o SAMU tem estar preparado para atender, porque a ação da urgência e da emergência não pode ser excludente. Por último, abordou a questão do financiamento, dizendo que: há um amplo debate no MS para mostrar que a remuneração por procedimentos na área de urgência e emergência já se mostraram inadequados; não é que não haja mecanismos, é que a pró-atividade dificilmente se daria via legislação; a questão da precariedade já está sendo tratada no Ministério Público, no Ministério do Trabalho; quando um consórcio de municípios contrata serviços, de acordo com a lei trabalhista, para operar os serviços do SAMU não pode ser considerada precarização e assim entende o MP e o MTE. Assim, entende que o debate está posto. Explicou ainda que não poderia responder sobre o estrangulamento da rede hospitalar, mas com certeza esse assunto estaria na pauta do setor competente. Conselheiro **João Batista Junior** disse que a mão de obra do SUS deve ser via concurso público e obedecendo a Lei 8.112. Conselheiro **Antonio Alves de Souza** chamou a atenção para o fato de a Constituição Federal não determinar a forma de contratação para o SUS e, ademais, informou que tem uma Emenda Constitucional, aprovada pelo Congresso, que permite a contratação por vínculo celetista. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu que, da mesma forma, como foi apresentada a política de urgência e emergência, deveria ser apresentada a de atenção hospitalar. Dr. **Cloer Vescia Alves** agradeceu a oportunidade, a acolhida e disse que todas as contribuições serão analisadas. **Encaminhamento: dar sequência ao debate, convidando a Coordenação de Atenção Hospitalar para apresentar a Política Nacional de Atenção Hospitalar; e consultar à assessoria do Conselho Nacional de Saúde - CNS e a partir dessa consulta apresentar ao CNS uma proposta de resolução para que o MS não repasse recursos aos estados e municípios que precarizam e/ou terceirizam a força de trabalho na gestão do SUS.** Antes de passar para o próximo ponto da pauta houve intervenções. Conselheiro **Luiz Antonio Neves** solicitou esclarecimento sobre o ponto de pauta da CIRH. Havia entendido que os conselheiros teriam acesso aos pareceres da abertura de novos cursos com antecedência, o que não acontecera. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que a senha não está disponibilizada no e-mec. Se o conselheiro desejasse ter acesso aos processos, precisaria solicitar ao GT ou solicitar vistas no plenário. Isso está acontecendo, porque o sistema está em processo de construção. **Encaminhamento: no ponto de pauta da CIRH será visto uma forma de viabilizar o acesso dos conselheiros aos pareceres.** Depois disso, conselheiro **Francisco Batista Júnior** encerrou os trabalhos e solicitou pontualidade no dia seguinte. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares:* **Afonso Magalhães, Artur Custódio Moreira de Sousa, Bruna Ballarotti, Carlene Borges Soares, Ciro Mortella, Eufrásia Santos Cadorin, Fabíola de Aguiar Nunes, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Marcos de Oliveira, José Wellington Santos, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio Neves, Maria Goreti de Lima, Maria Helena Machado, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Raquel Rigotto, Rogério Torkaski, Ronald Ferreira dos Santos, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sílvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Valdirlei Castagna, Wander Geraldo da Silva.** *Suplentes:* **Armando Tadeu Gastapaglia, Dary Beck Filho, Denise Torreão C. da Silva, Fernando Luiz Eliotério, Flávio Londero, Geraldo Alves Vasconcelos, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Caetano Rodrigues, Keillaff Maria Alves de Miranda, Luana de Jesus, Maria do Socorro de Souza, Maria Laura Carvalho Bica, Maria Natividade G. S. T. Santana, Marisa Fúria, Marlene Braz, Ricardo Donizeti de Oliveira, Rosane Nascimento, Sílvia Vignola.** Antes de iniciar o ponto da pauta, conselheira **Raquel Rigotto** deu um informe sobre a organização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental, dizendo que: ocorreu a reunião com a presença do Presidente do CNS, que foi politicamente muito importante, e do Ministério do Meio Ambiente, das Cidades, da Saúde e outras entidades. Na sua explanação, abordou os seguintes aspectos da Conferência: a) Lema: Saúde e Ambiente: Vamos cuidar da gente!; b) Tema: Saúde Ambiental na Cidade, no Campo e na Floresta: Construindo Cidadania, Qualidade de Vida e Territórios Sustentáveis; c) Objetivo geral: definir diretrizes para a política pública integrada no campo da saúde ambiental, a partir da atuação transversal e intersetorial dos vários atores envolvidos com o tema; d) objetivos específicos: promover e ampliar a consciência sanitária, política e ambiental da população sobre os determinantes socioambientais num conceito ampliado de saúde; promover o debate social sobre as relações de saúde, ambiente e

desenvolvimento, no sentido de ampliar a participação da sociedade civil na construção de propostas e conhecimentos que garantam a qualidade de vida e saúde das populações em seus territórios; identificar territorialmente e em contexto participativo as iniciativas inovadoras e os problemas referentes ao binômio saúde-ambiente e as demandas da sociedade para o poder público; fortalecer iniciativas que promovam o exercício da cidadania e a garantia do direito à saúde junto ao poder público no sentido de dotar o aparelho do Estado de instrumentos e instituições sustentáveis (sistemas integrados) relacionados à saúde ambiental; e) idéias para fazer a diferença na metodologia: Sítio – ampliação do acesso a documentos, informações, fórum de debate, consultas públicas, disponibilização de textos, formação; Tribunal de Conflitos Sócio-Ambientais com Impacto na Saúde; Exposição e divulgação de iniciativas, experiências e tecnologias inovadoras durante a CNSA; Identificação de todos os eventos de entidades potencialmente envolvidas agendados e levar o debate da CNSA a eles (MOPS, Mercúrio, Benzeno, Amianto, Dirigentes de VSA e ST, FSM, X Encontro Nacional do Fórum Nacional de Comitês de Bacias Hidrográficas, Encontro Nacional e Regionais CONTAG, etc); Contribuição das pesquisas Quem é Quem na SA e Mapeamento dos CSA com impacto à saúde no Brasil; Coerência na infra da CNSA: local, água, papel, lixo, alimentação, etc; Produção de Texto Básico, Documento-base, Teses; f) Conceitos fundantes: Sustentabilidade, Cidadania, Vulnerabilidade Sócio-ambiental; O modelo de desenvolvimento e suas implicações para a saúde no campo e na floresta: as monoculturas, agronegócio, concentração de terra, migração, trabalho precário, desmatamento, queimadas e pecuária, agrotóxicos e contaminação humana e ambiental, cadeia ferro-aço, obras de infra-estrutura; Dinâmica rural-urbana e segurança e soberania alimentar; Mudanças ambientais globais e a saúde; Direito à moradia digna, com regularização fundiária e serviços públicos de segurança, educação, saúde e saneamento; Áreas contaminadas e populações afetadas por poluição: cuidando do ambiente e das pessoas; Direito e acesso à informação e à educação em saúde ambiental; Água: cidade, mananciais, acesso, qualidade, contaminação e saúde da população, transposição do São Francisco; Abordagens sistêmicas dos Resíduos sólidos, cidadania e inclusão, ambiente e saúde; Qualidade do Ar; Vigilância em Saúde Ambiental: fortalecimento, financiamento, fronteiras, unidades de conservação, Licenciamento Ambiental, planejamento e ordenação territorial, Agenda 21 Local, processos de territorialização no SUS, articulação intersetorial de políticas, aperfeiçoamento do arcabouço jurídico e poder vinculante, integração com agentes ambientais e de saneamento, PL 3057; Agroecologia; Habitação Saudável; e Alternativas para o Saneamento. Por fim, apresentou a programação do Seminário CISAMA a ser realizado nos dias 27 e 28 novembro de 2008. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que, socializada as informações a respeito da Conferência, a idéia é que sejam feitas as indicações para a Comissão Organizadora. **Deliberação: o Plenário definiu que comporão a Comissão Organizadora da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Meio Ambiente dois representantes dos trabalhadores, dois representantes do gestor/prestador e quatro representantes dos usuários. ITEM 07 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA** – Coordenação da Mesa: conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**. Apresentação: Dr. **Luiz Antônio Santini**, Diretor-Geral do Instituto; Nacional do Câncer/MS. Iniciou sua apresentação informando, que, de acordo com o Relatório da UICC 2005, foram reportados, em 2006, 1,1 milhões de novos casos de câncer e 7 milhões de mortes no mundo todo. Em 2020, serão 16 milhões de novos casos, com 12 milhões de mortes. Somente os países menos desenvolvidos, o aumento de casos de câncer será de 60%. Em seguida, explicou que o aumento da expectativa de vida em todas as regiões do mundo, gera o problema do aumento da incidência de câncer na população. Com relação ao Brasil, a estimativa do número de casos novos de câncer para o ano de 2008 é de 472.000 novos casos, sendo 49,7% homens e 50,3% mulheres. Após, mostrou uma tabela ilustrando a magnitude do problema. Dos 472.000 novos casos, a mortalidade foi de 141.000 mortes. No âmbito hospitalar do SUS, foram 423.000 internações, enquanto no âmbito ambulatorial, foram 128.000 sessões de quimioterapia por mês, 98.000 sessões de radioterapia por mês, e 1.600.000 consultas por ano. De acordo também com a UICC, o índice de sobrevida no Canadá é de 12 a 16 anos, no Brasil é de 2 a 4 anos, enquanto que em alguns países do Oriente médio e na África é menor do que 2 anos. Ademais, destacou o papel do INCA, que construiu uma proposta de política pública, a Portaria n.º 2.439, de 8 de dezembro de 2005, editada pelo Ministério da Saúde. Esse instrumento institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Segundo o Dr. Santini, a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios. Demonstrou o quadro comparativo entre a situação anterior (PT GM 3.535/1998) e a situação PT SAS 741/2005 (pós- PT SAS 513/2007 e pós PTSAS 146/2008). Acerca da promoção de hábitos saudáveis, lembrou o artigo 2, inciso II, da PNC, que dispõe sobre cuidados que perpassem todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos). Elencou alguns indicadores do Pacto pela Vida, como a previsão para 2009 de implantação do

treinamento do Sismama, e a ampliação da captação, do seguimento dos pacientes e da qualidade dos exames de câncer do colo do útero. Em seguida, apresentou um gráfico demonstrando que a detecção precoce do câncer reduz em até 30% o índice de mortalidade. Os instrumentos utilizados para isso serão os Siscolo e Sismama, além do Portal de Atenção Integral ao Câncer Infanto-Juvenil. Sobre o inciso II, do artigo 2 da PNC, que estimula a constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral, ressaltou a necessidade de evolução, no sentido de restrição às unidades isoladas, que não permitem a integralidade do cuidado, e da utilização do novo conceito de “complexo hospitalar”. Classificou como eixos estruturantes da rede de atenção oncológica: Políticas, Ações e Serviços, Conhecimento e Mobilização Social. A operacionalização da rede engloba educação, gestão, vigilância, comunicação e tecnologia. Em seguida, apresentou as ações da rede de atenção oncológica, a saber: a) Descentralização de recursos para ações de controle do câncer; b) Implantação do Sistema de Informações de Controle do Câncer de Mama – SISMAMA; c) Gerenciamento do Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo do Útero – SISCOLO; d) Qualificação dos Registros Hospitalares de Câncer e de Base Populacional. No tocante ao controle do tabagismo, as ações implementadas foram: a) Implementação de Ações da Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo; b) Mobilização para o controle; c) Financiamento internacional da CDC Foundation e Bloomberg de US\$ 1.500.000,00, para pesquisa sobre tabagismo no Brasil, executado pelo IBGE, junto com o PNAD/2008, em parceria com o INCA – SVS – ANVISA. Em referência ao intercâmbio de informações, disposto nos incisos IV, VII e VIII do artigo 2 da PNC, as providências necessárias são: a) Produção e disseminação regular de dados sobre câncer e alguns fatores de risco que gerem indicadores para planejamento e avaliação das ações; b) Inclusão de parâmetros fornecidos pela esfera pública como instrumento de avaliação de desempenho na gestão da Atenção Oncológica; c) Estabelecimento de parâmetros para avaliação das ações de Atenção Oncológica; d) Inserção da Vigilância do Câncer e dos respectivos sistemas de informação dos registros de câncer na PPI da vigilância em saúde como instrumento de contratualização de metas e financiamentos. Ademais, falou sobre a Organização do Observatório Nacional de Câncer, cujo objetivo geral é divulgar – de forma ampla e com regularidade - conteúdo analítico e contextualizado sobre a situação do câncer e de seu controle no país, para os diferentes atores da Rede de Atenção Oncológica e a sociedade brasileira, em geral. Em seguida esclareceu as principais diretrizes do Programa de Atenção Oncológica, como as do cuidado paliativo, da radioterapia, do Programa de Qualidade dos Serviços de radioterapia e mamografia, e as alterações na tabela de procedimentos, buscando a racionalização e atualização científica. Sobre o Projeto inovador de expansão da assistência, mostrou uma tabela demonstrando as metas físicas até 2011, como implantar 20 novos CACONs (Centros de Atenção de Alta Complexidade em Oncologia e criar 3 Centros Técnico-Científicos Macrorregionais do INCA. Os instrumentos para garantir a melhora na avaliação tecnológica em saúde são: a) Câmara técnico-política de incorporação tecnológica; b) Estruturação da área de Tecnologia Biomédica no INCA; c) Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde; d) Mecanismos regulatórios para os medicamentos de alto custo em oncologia. No tocante à promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, apresentou os números de alunos residentes, sendo 103 no ensino médio, 118 no ensino de enfermagem, 122 em grandes áreas de saúde, 204 no ensino técnico, totalizando 547 alunos. Em relação aos cursos, são 32 de especialização, 45 de aperfeiçoamento, e 49 de atualização, que perfazem 126 cursos. A seguir, falou sobre a Gestão da Informação Científica, elencando alguns mecanismos, como: os Cursos de qualificação da busca bibliográfica, que orientam profissionais para ampliação do acesso às bases de dados bibliográficas; a Edição da Revista Brasileira de Cancerologia, que dissemina o conhecimento científico há mais de 60 anos, em versão impressa e eletrônica e distribuição gratuita, a gestão editorial para a recuperação da informação, que normaliza publicações pelas ações de identificação, catalogação, indexação e registro ISBN de livros e materiais eletrônicos, e a área temática “Controle do Câncer” na BVS-MS, que proporciona acesso à produção sobre câncer elaborada pelo INCA e por instituições parceiras e oferece aos profissionais um novo canal de representação do conhecimento. Informou que, com o intuito de fomentar a pesquisa científica, estão sendo organizadas redes, parcerias com agências de fomento, e sendo incentivados Grupos emergentes no Brasil e na aliança Latino-americana. Dentre as áreas que destacadas estão: aconselhamento genético, biologia celular, neoplasias hematológicas e transplante de medula óssea, pesquisa em saúde coletiva, farmacologia, genética, medicina experimental, hemato-oncologia, oncologia e hematologia pediátricas, e pesquisa clínica. Apresentou, então, gráficos demonstrando o crescimento de alunos de mestrado e doutorado na Pós-Graduação do INCA, o incremento sensível de captação de recursos para pesquisa entre os anos de 2004 e 2007, e o aumento do número de pesquisadores e produção científica no mesmo período. A seguir, ilustrou com gráficos a evolução da pesquisa oncológica no tratamento da doença, principalmente nos aspectos referentes à detecção precoce (epidemiologia molecular, genética e marcadores moleculares), precisão diagnóstica (patologia molecular e imagem molecular), e eficácia

terapêutica (novas drogas e farmacogenética). Sintetizou, então, a atuação do Programa Mais Saúde, cujos resultados para a sociedade podem ser divididos entre a contribuição para a melhoria da saúde e qualidade de vida do cidadão e a contribuição para o desenvolvimento sócio-econômico do país. Sobre os focos de atuação do programa, estes se dividem em dois: Atenção à saúde e Promoção da Saúde. Por fim, apresentou um estudo preliminar do projeto do novo Campus Integrado do INCA, para assistência, ensino e pesquisas no campo da oncologia. **Manifestações:** conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** destacou que o palestrante, embora tivesse feito alusão, não citou nenhum mecanismo de controle social. Nesse sentido, solicitou que o palestrante falasse um pouco dessa questão. **Luiz Antônio Neves** considerou o desafio maior na expansão da atenção oncológica no Brasil, para garantir a universalidade no atendimento, maior sobrevida para os pacientes e para isso, seria necessário mais recurso. Quis saber como estava sendo pensada essa estratégia. No que diz respeito ao sistema de informação, perguntou se havia uma rede envolvendo estados e municípios. Sugeriu que o INCA, no seu processo de expansão, verificasse a possibilidade de utilizar um prédio ocioso na Universidade do Fundão/ RJ. Conselheira **Raquel Rigotto**, basicamente, enfatizou que: há uma série de elementos de contaminação ligados ao meio ambiente e aos processos de trabalho que tem um peso grande na morbidade e na mortalidade por câncer, em torno de 30 % do total de casos, percentual este reconhecido pela OMS; o amianto e agrotóxicos fazem parte da luta pelo seu banimento; poluentes orgânicos persistentes; a construção de usinas nucleares significa a ativação de mineração de urânio. Depois, perguntou como o INCA poderia participar nas explicitações insustentáveis dessa matriz energética baseada na energia nuclear e em que medida os formulários de notificação do INCA abrem espaço para que se possa registrar o nexos com exposições ocupacionais ou ambientais com agentes cancerígenos. Conselheira **Jurema Werneck** sugeriu que o Conselho procurasse incluir nas comissões o debate dessa e de outras políticas. Disse que a população negra tem dificuldade de acesso não só à política oncológica como ao SUS em geral. Sua sugestão foi na linha de garantir a universalidade do atendimento. Conselheira **Rosângela da Silva Santos**, primeiramente, fez uma denúncia de uma paciente que fez os exames no INCA II e foi encaminhada, sem atendimento, para o Hospital dos Servidores do Estado. Em razão dessa situação, quis saber se, nesse hospital, o atendimento era humanizado e se tinha canal de comunicação, vez que havia denúncia de que não havia um atendimento humanizado por parte dos médicos. Dr. **Luiz Antonio Santini**, em resposta, disse que: no que diz respeito à relação médico x paciente há depoimentos contrários ao que a conselheira Rosângela da Silva Santos falou; há a ouvidoria para acolher as reclamações e sugestões feitas pela população; é preciso entender que INCA tem limites físico, o que muitas vezes fica impossibilitado de atender a demanda no seu todo; gostaria de ter o nome da paciente que não foi atendida, para ver o que seria possível fazer, e quem sabe nem fosse preciso recorrer ao Ministério Público; a questão da humanização é um dos grandes desafios do sistema; os indicados pelo segmento de usuários do Conselho do INCA são feitos pelo CNS; a Política de Atenção Oncológica é uma política do SUS; não tem uma cobertura suficiente para atender toda a demanda; tem uma taxa de mortalidade maior que outros países; até 2005, o câncer não era reconhecido com um problema de saúde pública, era regulado por uma portaria da alta complexidade; os pacientes, muitas vezes chegam ao tratamento do câncer em situação bastante avançada pelo fato de terem passado pela rede de atenção básica, onde o diagnóstico não é feito precocemente; o câncer é um problema da rede do SUS, que envolve o conhecimento das mais diferentes áreas; a medicina nuclear é um aliado no tratamento, mas têm um componente negativo, a exposição do paciente a radiação; no INCA existe um setor que trabalha com saúde ocupacional e ambiental e que tem diversas pesquisas produzidas nessa área que pode ser acionado para discussão da questão da energia nuclear; o que há em relação à comunicação e informação é uma contribuição relevante na área do câncer ao sistema de informação do SUS, porque não um sistema próprio; a universalidade e a equidade não é um desafio só do INCA, é, sim, um desafio do SUS como um todo; aumenta o investimento no tratamento, mas não reduz o índice de mortalidade, porque a mudança de medicamento tradicional pelas novas drogas é um problema complexo e que afeta o mundo. Conselheiro **Raimundo Sotero** quis saber se o Dr. **Luiz Antonio Santini** conseguiria os dados estatísticos da ouvidoria do INCA com relação ao atendimento e se mostrou preocupado no que diz respeito à equidade e com o fato de muitos pacientes estarem tratando no INCA e ser encaminhados para outra rede e, necessitando de tratamento de câncer, não conseguem retornar. **Marisa Fúria** referiu-se ao fato de o Brasil ter um número muito reduzido de unidades de radioterapia. Perguntou se não havia uma forma de aumentar esse tipo de atendimento, haja vista a realidade brasileira. Também, em relação aos medicamentos, perguntou quanto tempo demorava os de efeitos benéficos que foram testados em outros países para chegarem ao Brasil. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que tivera acesso a um relatório de oncologia no Brasil feito pelo DENASUS, onde mostra que a situação é muito grave. Reconhece que há heróis que batalham nessa área como, no caso o INCA, mas é necessário fazer um debate sério e responsável sobre a urgência e emergência. Chamou a atenção também para a diferença que existe no tratamento feito em outros países e o que é feito no Brasil no que diz respeito à sobrevida. A avaliação que fez da

situação é que oncologia é um grande negócio e quando isso acontece é muito difícil organizar de forma que atenda a necessidade da população. Para concluir, referiu-se ao debate feito sobre urgência e emergência, quando a primeira vista vem à questão do financiamento, que ao invés de atender a demanda aberta, na lógica de hoje, atende por procedimento. Conselheiro **Alceu Pimentel**, a despeito da apresentação muito oportuna, disse que seria necessário fazer um debate sobre a oncologia no Brasil todo. Considerou que o diagnóstico dessa doença melhorou muito nos últimos tempos, mas há um gargalo na questão do atendimento nas três esferas do SUS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou qual a relação do INCA como os demais hospitais que atendem oncologia, no que diz respeito à transferência de conhecimento, qual a capacidade do INCA em relação à capacidade de atendimento aos pacientes do SUS e qual o tipo de tratamento que se dá aos pacientes terminais. Dr. **Luiz Antônio Santini** informou que o INCA: tem a função de apoiar o Ministério da Saúde com estudos, pesquisas e informações para a formulação da política; forma recursos humanos, na área de residência, para todos os estados; além do site, há várias publicações científicas que apóiam a rede na atenção oncológica; o INCA tem 5 unidades hospitalares, uma geral, outra de pediatria, outra de ginecologia, outra de cuidado paliativo, outra de mama e transplante de medula óssea; realiza 12 mil internações por ano, 140 mil procedimentos de radioterapia, 7500 matrículas por ano, 93 transplante de medula óssea por ano...; há unidade de cuidados paliativos com 60 leitos e 1000 pacientes em cuidado domiciliar, sendo atendidos por equipes multiprofissionais, com todos os recursos necessários; existe uma capacidade limitada, tendo só 520 leitos e salas de ambulatorios que atende só o que é possível atender; criou um programa chamado Rede OncoRio, em 2005, quando foi investido, nos 6 hospitais federais do Rio de Janeiro, 11 milhões de reais para aumentar a capacidade de atendimento. Além disso, informou que: tem déficit de aparelho de radioterapia, não existindo, no mercado, profissional para instalar esse tipo de aparelho no Brasil; o hospital de Alagoas levou 6 meses para funcionar e o do Acre, quase um ano, por falta desse tipo de profissional; o desafio que existe é para a saúde pública do Brasil, envolvendo estrutura, recursos humanos, medicamentos; 75% do gasto em medicamento é feito nos 6 últimos meses de vida do paciente, o que tem a ver com equidade; se fosse incorporada uma vacina de HPV, somente para meninas de 9 a 11 anos, o gasto seria duas vezes e meia do que é gasto no país com imunização. Conselheira **Gyselle Saddi Tannus** disse que escutara uma palestra, onde fora dito que há pesquisas sobre células-tronco para o tratamento do câncer. Nesse sentido, perguntou se havia terapia celular para essa doença no INCA. Conselheira **Merula Steagall** pontuou as seguintes questões: o atendimento fica aquém da real necessidade; pelo número de unidades, entendia que seria fácil ter um registro da base populacional e epidemiológico; tem dificuldades de obter informações a respeito do câncer; que fora feita uma pesquisa com pacientes com linfoma e leucemia e foi observado que 30% desses pacientes demoram, em média, 4 meses para serem diagnosticados e mais 3 meses para terem acesso ao tratamento, o que é muito grave; sugeriu que fossem capacitados os agentes comunitários para ajudarem no diagnóstico; como resolver o problema da referência e contra referência, vez que os pacientes têm dificuldades de se deslocarem de uma cidade para outra; a falta de protocolo e a demora de incorporação da tecnologia são problemas que precisam ser resolvidos; a judicialização na saúde pode ser reflexo da demora na incorporação das novas tecnologias, para o tratamento do câncer. Também quis saber se havia alguma informação sobre o tratamento paliativo, indicadores dos transplantados e a cobertura dos planos de saúde. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** fez alusão à capacitação e a expansão. Em relação à expansão, quis saber qual será o critério para esse processo. Sobre a capacitação, defendeu que a residência, nas grandes áreas, também contemplasse os cirurgiões dentistas, bem como de outras categorias profissionais, e não só para médicos. Conselheira **Maria Goretti de Lima** informou que não é só no Estado de Alagoas que há dificuldades. Em Brasília tem dificuldade na porta de entrada do serviço, entre a realização de um exame e o seu resultado leva de oito a dez meses, sem falar no tratamento que é muito difícil. Conselheira **Nildes de Oliveira de Andrade** lembrou que já fora debatido no CNS a questão dos aparelhos de radioterapia, que não estavam trabalhando na sua plenitude e dependia de uma ação da ANVISA para que isso acontecesse. Quis saber se essa questão fora resolvida. Conselheiro **Antônio Alves de Souza** considerou o tempo, dada a complexidade e importância do tema, muito pouco para o debate. Sentiu falta, na mesa, do CONASS e do CONASEMS para debater a política de atenção ao câncer, vez que o INCA não é responsável por essas ações na ponta. A questão do acesso é resultado do estrangulamento do SUS, daí a importância de o Conselho pautar temas relevantes como os que foram apresentados nessa reunião. Conclamou que o CNS construísse uma agenda política para abordar as questões graves. Conselheiro estadual **Carlos Roberto Rodrigues**, representante da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde perguntou se haveria possibilidade de ampliar o processo de formação e que fosse discutida a atenção básica, uma vez que é a porta de entrada do SUS. Dr. **Luiz Antonio Santini**, em retorno às intervenções, focou os seguintes aspectos: o INCA pratica terapia celular quando faz transplante de medula; o registro do câncer no Brasil está melhorando muito, e depende de quem faz anotação no prontuário; os protocolos e incorporação de novas tecnologias são da maior relevância e consistem em grandes desafios para o sistema; a capacitação envolvendo outros

profissionais de saúde que atuam na oncologia pode contribuir para o diagnóstico precoce e um tratamento com qualidade; o INCA não é o único formador de recursos humanos, o que fez junto com a SGETS foi definir um currículo mínimo e tempo necessário para formação de cirurgião oncológico, oncologista clínico e radioterapeuta, o que foi discutido na Comissão Nacional de Residência Médica e está sendo implementada uma nova política de especialistas; o grande problema é o diagnóstico, que não é feito pelo INCA e sim pela rede. Depois, agradeceu a oportunidade e colocou-se a disposição sempre que se fizesse necessário para debater o tema, especialmente, na profundidade e no impasse que tem no Sistema Único de Saúde. **Encaminhamento: dar continuação ao debate sobre assistência oncológica no Brasil, com envolvimento de outros atores e áreas afins e, inclusive, destinando mais tempo para essa questão.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, após agradecer o convidado, informou aos conselheiros do convite para a 2ª Oficinas de Políticas Públicas, Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Auditiva da Saúde do Trabalhador, que será realizado 13 e 14 de novembro de 2008 no RJ. Conselheiro **Raimundo Sotero** solicitou que o INCA respondesse por escrito a pergunta da conselheira Nildes, em relação aos aparelhos que não estão em uso e a sua pergunta sobre a ouvidoria. **ITEM 08 - PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO DO GRUPO DE TRABALHO “RECONHECIMENTO DE TÍTULOS DE MEDICINA EXPEDIDOS EM CUBA”** – Coordenação da Mesa: conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**. Apresentação: membros do Grupo de Trabalho: Professor, **Luiz Carlos Weber**, Procurador da Regional de Porto Alegre e o conselheiro **Alceu Pimentel**. Professora **Ana Stela Haddad** apresentou um resumo do trabalho do GT que foi instituído pelo Ministro José Gomes Temporão, com a participação do Ministério da Educação e do Ministério das Relações Exteriores. Primeiro, apresentou dados do processo atual, de acordo com a demanda do Brasil. A respeito da situação da formação médica no Brasil, citou os seguintes dados: nº. de cursos no Brasil = 171 cursos; nº. egressos/ano = aproximadamente 14.000; situação de brasileiros em cursos de graduação em Medicina no exterior: aproximadamente 6.000 (estão cursando ou já cursaram); localidades/escolas de maior demanda: Cuba (160 brasileiros graduados); Argentina; e Bolívia. Explicou que um novo processo de revalidação faz-se necessário devido à alta demanda, à pressão das entidades médicas (sociedade civil), à pressão do governo (MEC e MS); relações Brasil e Cuba; e insuficiência do aparato jurídico-normativo para regulação (Resolução CNE, desde janeiro de 2002 em vigência). Abordou a inclusão do processo de revalidação no processo de políticas públicas – globalização - com destaque para: mobilização estimulada por acordos e convenções internacionais e mercados regionais (Ex.: MERCOSUL). Enfocou também a inserção no conjunto de Políticas Públicas, citando: articulação entre o MEC e MS; princípios e diretrizes SUS - Validação necessidade de fazer parte da agenda do MS e MEC; Grupo de Trabalho: MS/MEC/MRE; e interface com: Andifes, Abraue, CFM, AMB, ABEM, CNE e CNS. Destacou que as estratégias da proposta são: construir processo de revalidação isonômico - graduados em estabelecimentos estrangeiros de Educação Superior; sucessivas reuniões de trabalho; e proposta trabalhada para o conjunto de universidades públicas. Sobre a situação de Cuba, citou: protocolo de intenções Brasil x Cuba - Outubro de 2003; formação médica - ELAM (Escola Latino-Americana de Medicina); seleção - Embaixada Cuba no Brasil; critérios - Brasileiros oriundos famílias de baixa renda, comunidades carentes; e prova de aptidão e entrevista mais seis meses de nivelamento. Ressaltou que, atualmente, há 227 brasileiros *graduandos* na ELAM. Explicou que foram feitas duas visitas a Cuba, a primeira de 24 de janeiro de 2004 a 5 de fevereiro de 2004, pela Comissão Especialistas MEC/Brasil/MS, Presidência da República (Representante) e CFM. A segunda de 11 a 16 de fevereiro de 2008, pela ANDIFES (27 reitores), representantes CNE, MS e ABEM. Após esses dados, passou à explanação da proposta de trabalho - Objeto “Trabalho Piloto”. Explicou que se trata da revalidação aplicada para o conjunto de 227 brasileiros oriundos da ELAM (já no Brasil), com adesão voluntária de Universidades Públicas e participação pactuada (Convênio): termo de Referência, Convênio Específico, com intermediação do MEC, critérios definidos e cooperação interinstitucional. Também listou uma série de condicionamentos para realização trabalho Piloto, que são: emprego de tecnologias educacionais adequadas visando qualificar o processo de revalidação de diplomas através da avaliação de conhecimentos, habilidades e competências, estabelecidos à luz das DCN; oportunidade para construir e avaliar processo de revalidação isonômico para todos os graduados por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior; inserção do processo de revalidação de diplomas no conjunto de políticas de estado para a educação nas profissões de saúde; e apoio disponibilizado pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde às universidades participantes. Em seguida, enumerou as etapas do trabalho Piloto, quais sejam: 1) Construção, à luz das DCNs, de Matriz de Avaliação de Equivalência: Carga horária, conteúdos, habilidades e atitudes; 2) Adesão das universidades públicas ao Termo de Referência e assinatura de convênio específico com a ELAM e a interveniência do MEC e MS para fins de adesão à proposta de revalidação de diplomas do grupo de graduados daquela escola incluídos no trabalho piloto; 3) Designação, por cada universidade pública participante, de Comissão Local de Revalidação e de um representante para o Grupo Coordenador de Trabalho; 4) Análise conjunta, pelas universidades convenientes, do projeto político-pedagógico da ELAM para identificação, segundo as Diretrizes

Curriculares Nacionais, de necessidades de complementação de estudos; 5) Elaboração de cronograma comum de complementação de estudos; 6) Elaboração de avaliação escrita de conhecimentos e prova prática de habilidades clínicas e de condutas compatíveis com a prática médica, tendo por base as Diretrizes Curriculares Nacionais e a Matriz de Avaliação de Equivalência; 7) Avaliação de todas as etapas do trabalho piloto. Detalhou que os resultados esperados da proposta são a construção de Matriz de Avaliação de Equivalência de Cursos Médicos com indicadores de duração do Curso; cargas horárias, conteúdos de disciplinas, módulos e das etapas do Internato; definição de habilidades e competências a serem adquiridas durante o curso médico e a definição de estratégias para elaboração de instrumentos de avaliação (prova escrita e prova prática), de modo a verificar conhecimentos, habilidades e competências definidas na Matriz de Avaliação de Equivalência de Cursos Médicos. Comentou ainda a consultoria do Trabalho Piloto, com destaque ao perfil dos profissionais: formação pós-graduada, preferencialmente em nível de mestrado e/ou doutorado, na área de educação médica ou educação de profissionais de saúde; experiência comprovada na realização de consultorias na área de educação médica, envolvendo avaliação de habilidades clínicas e de comunicação, a montagem de programas e estratégias educacionais, o desenho e o suporte para a execução de currículos médicos. Explicou que o acompanhamento do Trabalho Piloto será feito por representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Educação. Por fim, informou que o cronograma de execução do projeto piloto será pactuado entre o MEC, o MS e as Universidades que aderirem ao mesmo, devendo ser incluído na versão definitiva do Termo de Referência. Dr. **Luiz Carlos Weber**, na questão envolvendo a regularização da atividade profissional dos médicos a partir do Brasil e Cuba, disse que o Ministério Público tem acompanhado os debates a respeito. Tanto que tinha conhecimento de já haver médicos formados em Cuba com contratos no PSF e em outras equipes multiprofissionais que atuam nas comunidades indígenas, no estado do Pará. Também teve informação de que em Tocantins seriam contratados esses profissionais e que por pressão do Conselho Regional de Medicina essa tentativa de contratação fora abortada. A partir dessa realidade, falou que fora instaurado no MP procedimento administrativo de acompanhar o assunto e, se for o caso, solucionar o problema. No entendimento do MP, esses profissionais estão qualificados para trabalharem no PSF e nas equipes que atendem as comunidades indígenas, considerando que a porta entrada do sistema tem que ser melhorada. Explicou que, nas comunidades de difícil acesso, mesmo havendo disposição do município em formar equipe de saúde, em contratar médicos, ainda que com salários atrativos, os médicos não se dispõem a trabalhar nessas localidades. Como os médicos formados em Cuba se dispõem a atuarem nesses espaços, o MP está preocupado com a demora do poder público em regularizar essa situação, vez que os conhecimentos adquiridos pelos médicos podem ficar defasados. Colocou sua instituição à disposição para integrar o GT que estuda o assunto, em razão de entender que o Projeto de Lei que tramita no Congresso está encontrando dificuldades na Comissão de Educação e Cultura, que tem voto contrário do relator. O que leva a crer que, politicamente, está bem complicado. Para casos como esse, explicou que o MP tem uma ferramenta chamada de Termo de Ajustamento de Conduta/TAC. Então, enquanto os médicos formados em Cuba não conseguissem a revalidação de seus diplomas, em tese, o MP poderia se servir desse instrumento para legalizar atuação desses profissionais, nas equipes do PSF e nas comunidades indígenas. Conselheiro **Alceu Pimentel** apresentou o resultado do GT formado pelo CNS. Em sua fala disse que: o debate e a análise desse piloto do MEC e do Ministério da Saúde é um dos pontos mais importantes na revalidação dos diplomas de médicos estrangeiros; é um assunto que precisa de solução urgente tanto dos médicos estrangeiros que desejam atuar no Brasil como dos médicos brasileiro formados no estrangeiro; não é verdade que as entidades médicas sejam contra a atuação dos médicos formados em Cuba, o que defendem é tratamento isonômico também para os médicos que estudam fora do Brasil; as entidades médicas querem que os médicos estrangeiros e os brasileiros que estudam no estrangeiro sejam avaliados para que atendam com qualidade a sociedade brasileira; as entidades médicas não são corporativas nesse debate e sim têm a preocupação em preservar a qualidade da atividade médica. A seguir, reportou-se a fala do Procurador, dizendo que existe uma legislação brasileira que diz que esses alunos têm que fazer revalidação do diploma em universidades públicas e para que possam se inscrever no Conselho de Medicina tem que seguir todo o arcabouço legal que rege o assunto. Assim, não é fazer debate somente com os médicos formados em Cuba e sim com todos os médicos que se formam no exterior. Elogiou o piloto do GT do governo, mas entendia que não devesse tratar somente dos 227 médicos formados em Cuba e sim tratar isonomicamente de todos os médicos, tanto os formados em Cuba como em outros países. No seu entendimento, esse procedimento pode gerar demandas judiciais. Na verdade, o que se deseja é criar uma matriz para atenderem brasileiros e estrangeiros que queiram trabalhar no Brasil. Considera o processo de adesão voluntária, legítimo e democrático, compromete mais a entidade que quer participar, porém a convocação dever ser para todos os médicos que tenham diplomas estrangeiros e a revalidação dos diplomas seja feita pelas universidades públicas, tal como determina lei. Defendeu que o piloto definisse a periodicidade da revalidação dos diplomas. Finalmente, disse que espera que as diferenças

existentes no debate do GT Interministerial possam ser superadas. Conselheira **Fabiola Nunes Aguiar** dividiu a sua fala em três pontos: os recursos humanos devem ser formados na medida em que o SUS necessita e, no caso dos médicos formados em Cuba, manifestou-se favorável ao posicionamento do CFM e defendeu o serviço civil; a política externa do governo tem propiciado levar conhecimento para fora do Brasil, citando a Fiocruz que está oferecendo mestrado, e transferindo tecnologia para outros países. Chamou a atenção para que não haja a “canibalização” dos melhores quadros de profissionais que os países precisam. Conselheira **Maria Helena Machado** solicitou que, quando já houvesse um produto mais consistente do GT que este encaminhasse para a CIRH. Lembrou também que há o caso do Mercosul que precisa ser debatido. Conselheira **Bruna Ballarotti** disse que: na revalidação dos diplomas se levasse em conta a qualidade da formação e que esta respondesse a necessidade do SUS; os médicos formados em Cuba são profissionais que têm perfis para trabalharem no Brasil; considerou excelente a idéia do piloto, porém entende que devesse contemplar a isonomia, embora a UNE defenda os médicos cubanos; é preciso que se estabeleçam critérios para que se resolva de vez a situação dos médicos com diplomas do estrangeiro; a revalidação não pode ser feita por escolas privadas que querem cobrar uma fortuna para fazer isso; é necessária uma política pública de interiorização, vez que os problemas são muitos e precisam com urgência de solução. Conselheiro **Raimundo Sotero** lembrou que fora citado no decorrer do debate o caso do Elan, porém, esqueceram da Ilha dos Estudantes. Reafirmou a necessidade da compatibilidade curricular, avaliação criteriosa da revalidação dos diplomas, vontade política de que esse processo avance e cumprimento da legislação. Concordeu com a sugestão de que fosse instituído no Brasil o serviço civil. Discordou do Promotor, porque considera que a reciclagem do médico é constante, e defendeu a capacitação não só para o atendimento do SUS, mas para os profissionais em geral. Posicionou-se, finalmente, pela isonomia. Conselheiro **Afonso Magalhães** lembrou que do GT Interministerial não há a participação das entidades que enviaram os estudantes para Cuba, como por exemplo, a Via Campesina, Movimento Negro, Movimento Popular Urbano, entidades Indígenas. Sendo assim, reivindicou a participação dessas entidades para legitimar o debater no GT. Disse que a isonomia já existe e está regulamentada em portaria do MEC. Solicitou explicações sobre a consultoria contratada e disse que o controle social deveria estar atento para essas questões. Apoiou a proposta do Ministério Público. Dr. **Luiz Carlos Weber** esclareceu que o MP não desconhece a legislação a respeito do assunto. Entretanto, entende que a situação dos médicos formados em Cuba não pode ser confundida com a situação de outros brasileiros formados em outros países, porque há, com Cuba, um acordo de cooperação cultural, que faz com que esse país assuma todos os custos de formação desse profissional, que vai desde a alimentação até a moradia, o que não acontecem com demais países. Perguntou como ficaria o Acordo Cultural se, quando voltam, os profissionais não podem trabalhar. Explicou que a preocupação do MP é com a carência de cobertura em determinadas área e, nessa linha, entende que os profissionais qualificados devem atender até que seus diplomas sejam revalidados. Conselheiro **Alceu Pimentel** defendeu que o piloto não se restringisse aos 227 médicos formados em Cuba e que fosse aberto para os médicos formado em outros países. Deixou claro que, em hipótese alguma as entidades médicas estão deixando de reconhecer o mérito das universidades de Cuba, mas não abre mão dos testes de revalidação dos diplomas da mesma forma que acontece com médicos formados em outros países. Para corrigir distorções na formação, manifestou-se favorável a avaliação durante o processo de formação e não ao exame de ordem para médicos. Ressaltou que não estava defendendo soluções conjunturais e sim princípios. Professora **Ana Stela Haddad**, em retorno às intervenções, pontuou as seguintes questões: o piloto é só com a Elan/Cuba por que se quer construir uma matriz; GT Interministerial foi instituído pelo governo, que tem um acordo de cooperação assinado com Cuba, porém não significa que quer se restringir a resolver só essa questão, quer sim construir uma estratégia que organize esse processo como um todo; o desejo é trabalhar com rapidez, tanto que há uma equipe de consultores contribuindo nessa tarefa, constituída de professores universitários que têm experiência acumulada em avaliação e educação médica; o resultado do GT deve se aproximar do processo nacional de avaliação da educação superior; o trabalho no piloto não é com estudantes cubanos e sim com brasileiros que foram estudar na Elan/Cuba, sendo selecionados entre um grupo de comunidades que têm menos possibilidades de fazer o curso de medicina no Brasil, por motivo da não total democratização do acesso à educação superior e o estudo desses profissionais é custeado pelo governo cubano; esse tema será encaminhado à CIRH; a política de interiorização deve ser ampla; o GT é formado pelos três ministérios, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério das Relações Exteriores, e nenhuma entidade médica faz parte, quando necessário, são ouvidas assim como são ouvidas as universidades. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** esclareceu que há o GT Interministerial e há GT dos conselheiros. O que foi apresentado pela professora **Ana Stela Haddad** diz respeito ao GT Interministerial, que está à disposição para dialogar com o GT de conselheiros e com o próprio plenário. Conselheiro **Alceu Pimentel** defendeu que o debate sobre a revalidação de diplomas viesse para o plenário. **Encaminhamentos: as sugestões dos conselheiros serão objetos de análise do Grupo Interministerial, que estará receptivo a contribuições no decorrer do processo**

de trabalho e o Plenário , bem como o GT do CNS, constituído para acompanhar a discussão, será informado dos acontecimentos. ITEM 09 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA SAÚDE – Coordenação da mesa: conselheira **Maria Helena Machado** Apresentação: membros da CIRH. Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH, primeiramente, informou que a conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, do FENTAS, substituirá o conselheiro Irineu Messias na coordenação adjunta da CIRH e Conselheira **Sílvia Casagrande** e **Maria Júlia Reis**, ambas do FENTAS, passam a ser titulares da CIRH. Solicitou que o Senhor Henrique Antunes Vitalino informasse sobre o Seminário Nacional de Desprecarização do Trabalho, cuja programação fora entregue para os conselheiros. Senhor **Henrique Antunes Vitalino**, representante da CIRH, disse que o Seminário fora organizado pela CIRH, Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e o Comitê Nacional de Desprecarização e tem o propósito de discutir as formas de inserção no serviço público de saúde, ou seja, a desprecarização do trabalho e as carreiras e cargos do SUS. A data prevista é 10 e 11 de novembro, de 2008, em Brasília e pretende-se ao final do evento a construção de uma agenda estratégica em defesa da desprecarização e da instituição de plano de carreira, coordenada em conjunto com o CONASEMS, CIRH e o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Terá como público-alvo: todos os conselheiros titulares e suplentes, Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, CIRH, CONASEMS, CONASS, Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde, Câmara de Regulação do Trabalho, Ministério Público, Tribunal de Contas, Congresso Nacional, Secretarias e Departamentos do Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento e do Trabalho e entidades nacionais de representantes dos trabalhadores. Conselheira **Maria Helena Machado** fez os seguintes comentários: fora encaminhado a todos os conselheiros a nota técnica dos pareceres dados pela CIRH, dentro do prazo regimental de 10 dias; solicitou aos conselheiros para que não dessem publicidade dos pareceres aos interessados sem que estes fossem apreciados pelo Conselho; a CIRH tem duas propostas a fazer ao Conselho, sendo a primeira que todos os pareceres técnicos, após a leitura e aprovação do plenário, ficassem à disposição das instituições demandantes dos processos, e a outra proposta diz respeito ao pedido de seja feita uma lista dos processos com o número e o nome das instituições e fosse publicizada antes de serem apreciados pelo Conselho. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que os conselheiros que tiverem interesse em tomar conhecimento dos autos dos processos podem procurar a Secretaria Executiva do CNS. Explicou que a idéia é montar um sistema que permita o acesso direto, porém, enquanto isso não acontece os processos ficam à disposição dos conselheiros na SE do CNS. Conselheira **Maria Helena Machado** complementou a informação dizendo que os 10 dias de antecedência para o recebimento dos pareceres são justamente para que os conselheiros tenham acesso irrestrito ao processo, através de uma senha disponibilizada pela Secretaria Executiva. Conselheira **Bruna Ballarotti** solicitou esclarecimento a respeito de que fora aprovado pelo CNS que todo o conselheiro que quisesse ter acesso aos processos teria uma senha pessoal, com CPF, para acessar pela internet, porque acessar só em Brasília é complicado. Perguntou se a CIRH estava buscando formalizar esse sistema. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** detalhou que por ora o acesso é pela Secretaria Executiva, mas que o sistema estava sendo aperfeiçoado. Conselheira **Maria Helena Machado** esclareceu que são dois sistemas. Um será possível acessar pelo CPF em qualquer parte do país, com um código dado pela Secretaria Executiva, o outro será de uso interno, que está em construção e terá, além do parecer da CIRH e do processo em si, haverá outros dados que darão condições de os conselheiros avaliarem o trabalho realizado pela CIRH. Conselheiro **Luis Antônio Neves** sugeriu que o acesso não fosse pelo CPF, e sim através de uma senha individual, secreta. Conselheira **Maria Helena Machado** propôs o seguinte encaminhamento: em razão de estar havendo recursos de universidades que tiveram pareceres desfavoráveis e o entendimento, do CNS, na última reunião, foi de não acatamento de nenhum recurso, vez que não é fórum para essas ações e sim o MEC, solicitou que o plenário reafirmasse o que decidira anteriormente a esse respeito. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que os interessados desejam ter acesso aos pareceres, nesse caso, acordaria com a Secretaria Executiva a forma como isso aconteceria. Conselheira **Graciara Mattos Azevedo** disse que o acesso se dá individualmente. Para que seja possível ter acesso é preciso que o processo seja identificado em uma lista para depois ser possível acessar. Conselheira **Maria do Socorro de Souza** perguntou se a competência de deliberar sobre o recurso é somente do MEC. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** respondeu a pergunta dizendo que o Conselho é parte de um processo do MEC, porque é este que reconhece, autoriza, renova. Porém, ouve o CNS no que diz respeito à Resolução 350, por essa razão o CNS não é instância de recurso. Conselheira **Maria Helena Machado** complementou a informação, dizendo que se o MEC por ventura entender que, no pedido de recurso, o CNS deve ser ouvido novamente, o CNS será solicitado a se manifestar. Conselheira **Maria Helena Machado**, a seguir explicou o procedimento adotado pelo GT responsável pela análise dos processos do ponto de vista da necessidade social. Disse que há o Bloco 1 que trata da renovação de cursos. Em um acerto feito na CIRH, retiraram dos que se encontram para análise, os cursos de universidades públicas e foi feita uma avaliação em bloco, porém, avaliando cada processo,

considerando o IGC e o CPC. Por orientação do MEC, todas as instituições com nota acima de três, para renovação, estariam com parecer favorável e as que apresentarem nota três ou abaixo desse número teriam parecer desfavorável, com recomendação que seja restaurado para atender as exigências de um ensino de qualidade. Nesse bloco estão 41 universidades públicas que solicitam a renovação de Cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia. No Bloco 2 aparecem os processos relacionados a reconhecimentos e autorização, que inclui universidades públicas e privadas. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou aos conselheiros que os processos estavam listados no servidor e que deveriam acessar no título “Notas Técnicas”. Professora **Ana Stela Haddad**, em relação aos índices, disse que o MEC está trabalhando no sentido de avançar no que está previsto no Sistema Nacional de Avaliação, na verdade a intenção é traduzir essa avaliação em indicadores, porque quantificando e tendo notas é mais fácil para mensurar. Assim foram criados dois índices, um deles diz respeito ao CPC, Conceito Preliminar do Curso, que leva em consideração tanto a nota do ENADE como outros aspectos relacionados ao corpo docente e à infra-estrutura do curso, ao questionário que é aplicado aos estudantes durante o ENADE, tudo isso resulta no conceito preliminar do curso, que vai de um a cinco. O outro índice é o IGC, Índice Geral de Curso, que se aplica a instituição como um todo e leva em consideração tanto o conceito preliminar de cada curso dessa instituição como outros fatores que envolvem a pós graduação em pesquisa, o corpo docente de instituição como um todo, a infra-estrutura, tudo isso pode resultar em uma nota que vai de zero a quinhentos. Assim, a CIRH tem utilizado o CPC e o IGC e como tem uma grande demanda para ser analisada, a Comissão entende que deve centrar esforços naqueles cursos com pior desempenho. Concluído os esclarecimentos de ordem geral, passou a palavra para a conselheira **Graciara Matos de Azevedo** para a apresentação dos pareceres. Antes, porém, conselheiro **Luiz Antonio Neves** manifestou-se para dizer que na análise do PDI, Plano de Desenvolvimento Institucional, fala que serão verificados *in loco*, quer dizer, está satisfatório, mas ainda será avaliado. Nesse sentido, quis saber com se daria essa avaliação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que, quando se fala em depois fazer a avaliação, nesse caso, quem vai fazer a avaliação é o avaliador do INEP. Conselheira **Bruna Ballarotti** também solicitou esclarecimentos sobre a postura do MEC sobre autorização de cursos. No Seminário Pró Saúde foi entregue os critérios que o MEC utilizava para autorização, que inclusive eram bastante rígidos e avaliava também o sistema de saúde. Quis saber se o MEC continua usando esses instrumentos ou só os índices que a CIRH está usando. Professora **Ana Stela Haddad** esclareceu que o MEC continua usando o instrumento que a conselheira Bruna aludiu para a autorização de novos cursos. Já os índices são estratégias construídas posteriormente, ou seja, depois que o curso está funcionando. Conselheira **Bruna Ballarotti** solicitou uma apresentação, oportunamente, mais detalhada e elucidativa sobre o que avalia esses índices. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, a respeito desse assunto, disse que o GT, responsável pelas análises dos processos, deveria construir uma nota técnica com orientações e esclarecimentos que pudessem dirimir as dúvidas dos conselheiros. Como haverá reunião da CIRH nos dias 16 e 17, assumiu o compromisso de dar início a essa tarefa. Conselheira **Maria Helena Machado** também informou que será apresentado no plenário um relatório com todas as atividades desenvolvidas pela CIRH até então. Conselheiro **Luiz Antonio Neves** sugeriu que as dúvidas dos conselheiros a respeito do assunto fossem encaminhadas à CIRH. Conselheira **Maria Helena Machado** observou que a intenção da CIRH é fazer um manual, contendo todos os passos de como é feita a análise de cursos e disponibilizá-los aos conselheiros. Conselheira **Graciara de Matos Azevedo**, em relação à Universidade Federal do Vale do São Francisco/PE, disse que essa instituição solicitara o arquivamento do processo, portanto, a análise deveria ser desconsiderada. Explicou, ainda que os processos do número 2 até o 41 são do mesmo gênero, isto é, de renovação. São Instituições públicas, cujas análises resultaram em conceitos satisfatórios. Lembrou que se algum conselheiro desejasse ver um desses processos em separado, poderia fazer a solicitação. Conselheira **Gyselle Saddi Tannus** quis esclarecer dúvidas a respeito da análise da proposição. Nesse sentido, perguntou se fora possível verificar na grade curricular dos cursos que tipo de disciplinas estava sendo ofertadas, a carga horária e se estavam contempladas nas grades, transversal ou especificamente, o aprendizado para o atendimento na área da odontologia para pessoas com necessidades especiais, haja vista a grande carência no sistema de saúde desses profissionais. Também solicitou esclarecimentos sobre como estão sendo trabalhados os conteúdos de ética e bioética na graduação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, em razão da exigüidade do tempo, solicitou que as perguntas fossem relacionadas aos pareceres que seriam apresentados. Conselheiro **Alceu Pimentel** ponderou que seria difícil focar as dúvidas nos 41 processos a serem apresentados, porque existe abordagem mais geral, como a da conselheira Gyselle que deveriam ser consideradas. Disse que fora convidado para a reunião do GT, quando discutiram os cursos, o que lhe valeu muito, porém entendia que havia a necessidade formatar um modelo de autorização de cursos, considerando o relatório do INEP, as informações da escola, os indicadores para a compreensão da relevância social. O que deve balizar a autorização é a relevância social, por isso, depois de autorizada, é necessário saber se a escola programou, nos anos de graduação, as normas que regem a política

1918 nacional de cursos superiores. Disse, ainda, que, quando analisa os documentos do sistema e-mec,
1919 tem dificuldade em saber se questões como as colocadas pela conselheira Gysélle e de outra natureza
1920 estejam contempladas. Assim sendo, defendeu que os cursos com notas abaixo de três, o CNS deveria
1921 ir *in loco* verificar as condições. Disse que aprovaria os pareceres, considerando o esforço e o trabalho
1922 do GT da CIRH para resolver o problema. Porém, considerou que boa parte das informações
1923 constantes dos processos foi dada pelas instituições interessadas. Conselheiro **Luiz Antônio Neves**
1924 apresentou suas dúvidas relacionadas com a forma de construção do parecer da CIRH e da própria
1925 forma de trabalho. Pelo que havia entendido, o Conselho estava avaliando mais a adequação à
1926 Resolução 350, o processo de formação dos estudantes em relação ao SUS e a relevância social.
1927 Observou que as inspeções do MEC se dão sob outra visão. Outra questão que desejou saber é se no
1928 conjunto das informações tem a visita *in loco* do MEC a todas as universidades para a construção dos
1929 critérios de avaliação, e do Conselho, quando fosse necessário. Mostrou ainda preocupação com o
1930 conjunto de notas como no caso do ENADE. Conselheira **Maria Helena Machado** disse que a
1931 preocupação da CIRH e do Conselho é aprimorar o processo de avaliação no que diz respeito ao
1932 aspecto da relevância social dos cursos da área da saúde. A Resolução 350 inclui vários itens que são
1933 considerados de necessidade social, tanto que foi feita uma oficina para aprimorar o conceito do que
1934 seja necessidade social para o SUS. A proposta colocada pelo Plenário vem na linha da revisão da
1935 Resolução 350, que, segundo afirmou, é também um desejo da CIRH, para torná-la mais transparente
1936 e objetiva do ponto de vista do processo de avaliação do CNS. Fez alusão ainda aos pareceres que,
1937 para renovação dos cursos, foi feita rigorosa leitura de cada processo, observância das duas notas
1938 referentes à avaliação da instituição e à avaliação do curso, encontrando-se no corpo da nota técnica a
1939 nota que o curso recebeu. Assim, esclareceu que as propostas levadas à consideração do Pleno, diz
1940 respeito somente às escolas públicas que solicitaram renovação dos cursos. Conselheira **Graciara**
1941 **Matos de Azevedo** informou que, durante a Oficina, a Dra. Maria Paula Dallari, consultora jurídica do
1942 Gabinete do Ministro da Educação e do MEC, aventou a possibilidade de que fosse construído dentro
1943 do sistema e-mec um sistema cns. Esta é, pois, a vontade do GT responsável pelos pareceres para
1944 renovação de cursos da área da saúde. Informou que o MEC baixou a Portaria 474 e que está
1945 colocando elementos desse instrumento legal no sistema e-mec. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**
1946 chamou a atenção dos conselheiros para o fato de a Resolução 350 tratar essa questão com muita
1947 propriedade e pertinência, especialmente, no ponto que diz: “Organização de currículos e práticas de
1948 aprendizagem, orientados pela aceitação ativa das diversidades sociais e humanas de gênero, raça,
1949 etnia, classe social, geração, orientação sexual e necessidades especiais, deficiências, patologias e
1950 transtornos.”. Lembrou que são exceções, no Brasil, os currículos que contemplam o ensino
1951 respeitando a diversidade. A seguir, conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** colocou em aprovação o
1952 bloco de pareceres dos cursos de renovação, nos quais foram feitas observações para que atendessem
1953 a Resolução 350. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** passou aos processos que tratavam de
1954 solicitação de reconhecimento e de autorização de cursos da área da saúde. Trata-se de 49 notas
1955 técnicas com pareceres técnicos sobre os processos de abertura, reconhecimento e renovação de
1956 autorização de cursos na área da saúde, sendo: 41 em resposta a pedidos de renovação de cursos em
1957 Universidades Públicas e oito relativos pedidos de reconhecimento e autorização de Universidades
1958 Públicas e Privadas. Conselheira **Bruna Ballarotti** fez considerações em relação à renovação dos
1959 cursos. Para tanto, referiu-se ao último processo que o MEC emitiu em 2006, autorizando as
1960 universidades a emitirem diplomas de bacharéis em medicina, o que é inédito. Lembrou que os
1961 estudantes de Porto Alegre estão recebendo esse tipo de diploma e o Conselho Regional de Medicina e
1962 o Sindicato dos Médicos pediram parecer jurídico para avaliar o impacto desse procedimento e
1963 concluíram que há incongruência, haja vista que as diretrizes curriculares do MEC dizem que quem se
1964 forma em medicina é médico e não bacharel em medicina. Se fosse bacharel em medicina abriria uma
1965 brecha para que os formandos tivessem que se submeter aos exames para exercerem a profissão.
1966 Considerou que essa proposta é politicamente desastrosa para área da saúde. Conselheiro **Luiz**
1967 **Antônio Neves** ressaltou a importância da CIRH, porque coloca o sistema de formação de recursos
1968 humanos como prioridade e deve ser avaliado como um todo. Em relação à proposta de exames de
1969 ordem para os médicos, considerou que não agrega valor ao Sistema Único de Saúde, ao contrário
1970 cria, em sua opinião, uma cartelização de feudo que depõe contra o sistema de saúde. Defendeu sim a
1971 avaliação da qualidade do ensino durante o processo de formação do profissional. Conselheira **Ruth**
1972 **Ribeiro Bittencourt** aproveitou a oportunidade para informar que os assistentes sociais manifestarem-
1973 se frontalmente contrários aos exames de proficiências para o curso de Serviço Social e acreditam na
1974 formação como um processo. Conselheiro **Alceu Pimentel** disse ser necessário que esse assunto seja
1975 pautado no CNS para um posicionamento do controle social. Esclareceu que o médico ao se formar é
1976 um bacharel, porque para exercer a profissão precisa de registro no Conselho de Federal de Medicina.
1977 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou que estava sendo organizada pelo GT de Abertura
1978 de Cursos uma oficina nos dias 16 e 17 de outubro de 2008, com o objetivo de estudar os critérios e os
1979 indicadores para avaliação, assim solicitou que os que tiverem sugestões a respeito que encaminhem a

1980 Secretaria Executiva do CNS. A seguir, nominou os integrantes desse Grupo de Trabalho: **Graciara**
1981 **Matos de Azevedo, Ruth Ribeiro Bittencourt**, professoras **Ana Stela Haddad e Francisca Valda da**
1982 **Silva, Zilamar Costa Fernandes**. Conselheiro **Alceu Pimentel** manifestou desejo de participar do GT,
1983 sem ônus para o CNS e, por isso, solicitou convite para justificar junto a sua entidade. Conselheira
1984 **Ruth Ribeiro Bittencourt** acolheu a solicitação e estendeu o convite ao conselheiro Luiz Antônio
1985 Neves bem como todos os conselheiros que quiserem participar. Conselheira **Maria Helena Machado**
1986 disse que todos os conselheiros nacionais estão convidados para participar não só do GT como
1987 também da avaliação dos cursos. Agradeceu o esforço concentrado do GT, especialmente, a
1988 conselheira Graciara que foi timoneira do processo e também as técnicas Laura e Cássia da SE do
1989 CNS. Deixou claro que a aprovação dos pareceres é do Conselho Nacional de Saúde. **Deliberação:**
1990 **aprovadas, em bloco, 49 Notas Técnicas da CIRH, sendo 11 em resposta a pedidos de renovação**
1991 **de cursos em Universidades Públicas e Universidades Privadas; colocar na pauta da reunião os**
1992 **processos que serão apreciados pelo CNS; além disso, acordou-se que os processos das**
1993 **instituições ficarão à disposição dos conselheiros para consultas e os pareceres técnicos, após**
1994 **aprovação, ficarão também à disposição das instituições demandantes dos processos para**
1995 **conhecimento. ITEM 10 - A PRODUÇÃO DE EMBRIÕES EXCEDENTES NO BRASIL** - Coordenação
1996 da mesa: conselheira **Carmem Lucia Luiz**. Apresentação: Dra. **Ana Regina Reis**, Mestre em Estudos
1997 sobre Mulheres, Gênero e Feminismo; Conselheira **Gysélle Saddi Tannous**; e Dra. **Marina**
1998 **Gonçalves**, representante da Direção da ANVISA. Dra. **Ana Regina Reis**, em relação à pesquisa dos
1999 embriões, disse que: o assunto ficou muito polarizado entre a igreja, os pesquisadores e os cientistas; a
2000 mídia passou uma visão obscurantista da igreja e uma visão progressista da ciência. Por essa razão,
2001 seu desejo era recolocar o debate, na condição de médica e feminista. Focou, então, sua fala na
2002 produção dos óvulos, o qual se encontra oculto no debate. Disse que: nenhuma mulher deve ser
2003 submetida a procedimentos iatrogênicos se não for para benefício de sua própria saúde; os embriões
2004 fazem parte do corpo da mulher, e se compete a alguém decidir sobre eles, este alguém é a mulher; os
2005 embriões não são sujeitos de direito, porque não possuem individualidade fora do corpo da mulher;
2006 nem as igrejas nem o complexo médico farmacêutico são proprietários dos embriões; o mito do instinto
2007 materno, a maternidade obrigatória, a identidade da mulher como mãe são construções sociais feitas
2008 no Ocidente, principalmente, pelos médicos e religiosos; a infertilidade é uma construção social, não é
2009 uma doença, é uma condição que só se concretiza pelo desejo, cuja subjetividade se pode questionar;
2010 não sendo, pois, tratada como doença, pode, sim, ser prevenida; não se tem direito a uma criança,
2011 porque esta não é um bem, um serviço ou uma prótese; a maternidade não é um destino; a adoção
2012 deveria ser a primeira opção para quem quer constituir família; o estigma da infertilidade deve ser
2013 desconstruído assim como foram outras condições físicas e de sexualidade, que, no passado, foram
2014 consideradas doenças; muito mais que a infertilidade, se existe algo para ser visto como patológico, é a
2015 busca obsessiva pela maternidade; tem que se parar de falar em embriões e sim em óvulos; não
2016 existem embriões disponíveis sem a fertilização *in vitro*; os embriões excedentes não são subprodutos
2017 de fertilização *in vitro*, mas parte integrante da tecnologia; o número grande de embriões resulta da
2018 super estimulação dos ovários, sem a qual a fertilização praticamente deixa de existir dadas as suas
2019 altíssimas taxas de fracasso; a hiper estimulação ovariana, muitas vezes, causa mortes; gravidez
2020 múltiplas, a prematuridade, o déficit de peso ao nascer são bastante conhecidos como conseqüências
2021 danosas a curto prazo e inerentes à fertilização *in vitro*; danos a longo prazo ainda não foram
2022 estabelecidos; o processo é experimental e não é assim tratado; cabe às autoridades da saúde prestar
2023 esclarecimentos à população e ao CNS sobre os reais riscos, como se dá a produção e a coleta de
2024 embriões, uma vez que esse processo é sistematicamente ocultado pelas divulgações da mídia; mais
2025 que esclarecimentos, é dever das autoridades sanitárias levantar dados e divulgá-los sobre a
2026 morbidade e a mortalidade pelo uso das tecnologia reprodutiva consecutivas; informações precisas e
2027 não propagandistas são igualmente devidas às pessoas, porque se vem anunciando
2028 irresponsavelmente curas milagrosas como pessoas que têm lesões de medulas; o discurso construído
2029 pela mídia apresenta as possibilidades do uso das células tronco como uma competição entre países;
2030 oculta o caráter mercantilista e o interesse da indústria biofarmacêutica no acesso a embriões
2031 humanos; o Sisembrio, ao denominar-se Sistema Nacional de Produção de Embriões, coloca cada
2032 mulher que se submete as tecnologias reprodutivas consecutivas numa cadeia de produção, como
2033 fornecedoras de matéria prima chave para esse processo; já se diz que o Brasil possui 23 mil embriões;
2034 o patenteamento dos mecanismos de diferenciação celular, de linhagem celular e demais produtos
2035 obtidos a partir dos óvulos é inaceitável, assim como é dos medicamentos necessários à saúde da
2036 população; a inclusão de embriões excedentes na Lei de Biossegurança matéria prima do conjunto de
2037 entes patenteáveis, portanto, apropriáveis pela Bioindústria. Ressaltou ainda a questão específica da
2038 obtenção dos óvulos, que são adquiridos através de um processo de hiper estimulação dos ovários com
2039 drogas, muitas das quais ainda não foi avaliada o risco de câncer e de outras doenças ao longo prazo.
2040 Essa afirmação é de uma médica americana, que trabalhava FDA. Citou, também, um artigo que trata
2041 das crianças que nascem da fertilização *in vitro*, no caso um filho único com um filho único nascido de

processo natural. Os nascidos através da inseminação artificial têm uma idade gestacional sempre inferior. Requer, por isso, mais hospitalização, mais cuidados, porque são crianças de alto risco também. Isso sem falar nas gravidezes múltiplas. Também fez alusão a outro artigo da Cláudia Coluti, uma colunista da Folha de São Paulo, que já passou por esse processo. No texto fala do comércio de óvulos. Há informação que nos Estados Unidos um óvulo de mulher branca universitária chega a custar 50 mil dólares. Observou que já existe um comércio internacional de óvulos e a corrida por eles é por que representa a peça chave para a produção de embriões para pesquisas. A indústria farmacêutica produz medicamentos que precisam de células humanas e utilização de embriões humanos. Já se fala até em corrida mundial para ver quem consegue primeiro patentear a linhagem de celular. O grande problema, afirmou, é que não se sabe em que a célula embrionária pode se transformar. A corrida não é pelos embriões e sim pelos óvulos e envolve muito dinheiro. Disse que se os homens fossem submetidos a procedimentos parecidos não teria disponibilidade de espermatozóide para obter esses embriões. O debate não está, então, centrado se deve ou não pesquisar os embriões, e sim como esses embriões são obtidos e a que custo. Disse, ainda, que no RJ há hospitais pagando passagens para mulheres se inscreverem em projeto de fertilização *in vitro*. Perguntou qual seria o interesse dessas mulheres em se submeterem a esses programas. Também estimulação é uma síndrome e ocorre de três a oito por cento dos casos, sendo que um por cento dos casos é tão grave que pode chegar à morte. Em sua opinião, nada justifica expor as mulheres a esse tipo de risco. O consentimento informado que assinam na clínica de fertilização é sempre apresentado como uma possibilidade e não como uma ocorrência verdadeira. Nesse sentido, gostaria de saber qual a posição do Ministério da Saúde e do Conselho a respeito de fazer uma padronização, estudar o termo de consentimento de risco que incluam todas essas informações. Disse que tem certeza de que, se as mulheres soubessem do risco que correm, pensariam duas vezes antes de se submeterem a esse procedimento que tem 80% de fracasso. Significa dizer que é um processo questionável, mas rende muito dinheiro, muito prestígio e a questão ética não aparecem como uma condição primeira. É um processo tratado como espetáculo e esse espetáculo está se repetindo com as células tronco. As células tronco adultas podem ser que dêem certo, e até se mostrou favorável a que isso aconteça, o problema, lembrou, é como são feitas e o ocultamento do processo é proposital. É denominada de reprodução assistida, mas de assistida tem pouco, é sim muito invasiva. Tudo é um eufemismo para mascarar o poder de iatrogenia dessas técnicas. Disse, ainda, que acompanha esse processo há mais de 25 anos e observa que tem piorado muito. Agora com a corrida dos óvulos que são necessários para células tronco e sem hiper produção de óvulos não tem fertilização *in vitro*, porque precisa de muitos óvulos para conseguir alguns embriões. Os embriões servem para a indústria farmacêutica fazer testes de novos medicamentos, e os chamados remédios personalizados e “inteligentes”. Falou que é preciso: informar a população sobre o processo de coleta e produção dos óvulos; dizer quais os dados de morbidade e mortalidade nesse processo e quais as consequências psicológicas para as mulheres; informar sobre o uso dos embriões. Em relação à infertilidade, defendeu que não se discriminasse a mulher que não pode engravidar e lembrou que já existe um processo chamado de “plastificação” de óvulos. Esse procedimento é feito para que, quando a mulher quiser engravidar, é só “desplastificar” os óvulos. Enquanto isso é feita a cobrança do aluguel pelo tempo que ficar aguardando para ser utilizado. Chamou a atenção para o fato de não caber o Ministério da Saúde desconstruir o mito da infertilidade, porém, não precisa ficar reforçando. A seguir, fez uso da palavra a Dra. **Marina Gonçalves** que iniciou com apresentação detalhada da resolução do CFM nº. 1.358/92 que adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. A norma define que a técnica tem papel de auxiliar na resolução dos problemas de infertilidade humana (...) quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou ineficientes, que o consentimento informado é obrigatório para pacientes inférteis e doadores. Além disso, determina que somente pode ser feita a transferência de até quatro pré-embriões e que é proibida a redução embrionária. Sobre as clínicas, explicou que a Resolução CFM nº 1.358/92 dispõe que: são responsáveis pelo controle de doenças infecto-contagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição e transferência do material biológico; o responsável por procedimentos médicos e laboratoriais é o médico; deve ser feito o registro das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, bem como dos procedimentos laboratoriais; e deve ser feito o registro das provas diagnósticas a que é submetido o material que será transferido com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças. Sobre doação de gametas e pré-embriões, a Resolução CFM nº 1.358/92, define: nunca terá caráter lucrativo ou comercial; anônima; Sigilosa (exceto por motivos médicos); registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular dos doadores; doador não pode produzir mais que 2 (duas) gestações, de sexos diferentes, numa área de um milhão de habitantes; e funcionários da clínica não podem ser doadores. No que se refere à criopreservação de gametas e pré-embriões, a norma determina: número de pré-embriões produzidos será comunicado aos pacientes, para que se decida quantos pré-embriões serão transferidos a fresco, devendo o excedente ser criopreservado; pré-embriões não podem ser descartados ou destruídos; e no momento da criopreservação, os cônjuges ou companheiros devem expressar sua vontade, por escrito,

2104 quanto ao destino que será dado aos pré-embriões criopreservados, em caso de divórcio, doenças
2105 graves ou de falecimento de um deles ou de ambos, e quando desejam doá-los. A seguir, falou da Lei
2106 11.105 de 24 de março de 2005, que no Art. 5º permite, para fins de pesquisa e terapia, a utilização de
2107 células-tronco embrionárias obtidas de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e não
2108 utilizados no respectivo procedimento, atendidas as condições: I – sejam embriões inviáveis; ou II –
2109 sejam embriões congelados três anos ou mais, na data de publicação desta Lei, ou que, já congelados
2110 na data da publicação desta Lei, depois de completarem três anos, contados a partir da data de
2111 congelamento. Abordou a seguir o Decreto 5.591, de 22 de novembro de 2005, que no Art. 64 define
2112 que cabe ao Ministério da Saúde promover levantamento e manter cadastro atualizado de embriões
2113 humanos obtidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento. No Art. 65, o
2114 Decreto determina que a ANVISA estabelecerá normas para procedimentos de coleta, processamento,
2115 teste, armazenamento, transporte, controle de qualidade e uso de células-tronco embrionárias
2116 humanas. Também falou da Portaria 2.526, de 21 de dezembro de 2005 que estabelece que as
2117 instituições que congelem e armazenem embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* passem
2118 a informar, após publicação de norma específica, os dados necessários à identificação dos embriões
2119 inviáveis e disponíveis produzidos em seus estabelecimentos. Além disso, definiu que a Anvisa teria o
2120 prazo máximo de 18 meses para expedir norma conforme artigo 65 de Decreto 5591/2005. Falou
2121 também da RDC n.º 33, de 17 de fevereiro de 2006, que aprova o Regulamento técnico para o
2122 funcionamento dos bancos de células e tecidos germinativos e determina que banco de células e
2123 tecidos germinativos (BCTG) é o serviço destinado a selecionar doadores, coletar, transportar, registrar,
2124 processar, armazenar, descartar e liberar células e tecidos germinativos, para uso terapêutico de
2125 terceiros ou do próprio doador. Explicou que, durante as capacitações, o levantamento dos BCTG
2126 identificaram 107 serviços. Sobre as capacitações em inspeção de BCTG, informou: 1º Turma –
2127 Campinas/SP e Brasília/DF - Estados participantes: BA, CE, DF, ES, GO, MG, MS, MT, PE, PI, PR, RJ,
2128 RS, SC, SP; número de técnicos capacitados: 28; 2º turma – São Paulo/SP e Brasília/DF - Estados
2129 participantes: AL, BA, CE, DF, ES, GO, MA, MG, MT, PB, PE, PR, SC, SP, RJ, RN, RS; número de
2130 técnicos capacitados: 30. Prosseguindo na apresentação, apresentou a RDC n.º 29, de 12 de maio de
2131 2008, que aprova o Regulamento técnico para o cadastramento nacional dos Bancos de Células e
2132 Tecidos Germinativos (BCTG) e o envio da informação de produção de embriões humanos produzidos
2133 por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento e institui o Sistema Nacional de
2134 Produção de Embriões – SisEmbrio. Disse que o endereço eletrônico do SisEmbrio é
2135 www.anvisa.gov.br/sangue/sisembrio.htm. Comentou também a Portaria 498, de 3 de julho de 2007,
2136 que instituiu Grupo de Trabalho para elaboração de regulamento técnico que trate do uso de células-
2137 tronco humanas, adultas e embrionárias, para pesquisa e terapia. O GT é composto por: Anvisa;
2138 Vigilância Sanitária Estadual do RJ; Ministério da Saúde; CTNBio; FIOCRUZ; Pesquisadores; e SBRA.
2139 Explicou que a proposta de RDC aprova o Regulamento técnico para o funcionamento do centros de
2140 tecnologia celular de células-tronco humanas, adultas e embrionárias, para os fins de pesquisa clínica e
2141 terapia. Além disso, determina que os Centros de Tecnologia Celular (CTC) são os estabelecimentos
2142 que realizam atividades voltadas à utilização de células-tronco humanas em pesquisa clínica e/ou
2143 terapia. Conselheira **Gyséle Saddi Tannous** lembrou que a CONEP tratara rapidamente do tema na
2144 última reunião do CNS e que agora estava aprofundando o assunto. Iniciou sua explanação com
2145 histórico da Fertilização *in Vitro* - FIV. Em 1965, Dr. R. G. Edwards, realizava experimentos tentando a
2146 maturação de ovócitos retirados de ovários em qualquer estágio de desenvolvimento. Segundo o
2147 Doutor “O desafio maior deste trabalho está na perspectiva de fertilizar óvulos humanos. A Fecundação
2148 é fácil. Todavia, em breve seremos capazes de ter embriões humanos nas primeiras fases de
2149 desenvolvimento. A extraordinária quantidade de ovócitos que se pode obter de um ovário poderá
2150 permitir definitivamente fazer crescer embriões humanos e mesmo controlar algumas desordens
2151 genéticas do homem”. Após numerosos estudos, o cientista e sua equipe viram nascer, em 1978, no
2152 Oldham General Hospital, em Manchester, Luise Brown, o primeiro bebê de proveta na história da
2153 humanidade. O mundo, então, ficava perplexo diante do poderio tecnológico a que tinha chegado a
2154 Ciência. O homem, finalmente, estava apto a vencer a barreira natural da infertilidade. Em 1980, na
2155 cidade de Melbourne, Austrália, já se registrava treze casos de gravidez de um total de 103 pacientes
2156 tratados pela técnica de Fecundação. Entre 86 e 88, somente na França, aproximadamente 4.000
2157 mulheres engravidaram após ter seus embriões criados através desse processo. Feito esse histórico,
2158 prosseguiu com abordagem de aspectos relativos à eficiência e ciência. Destacou que nem sempre o
2159 que a ciência consegue obter como sucesso é, de fato, um sucesso ético. Ainda na atualidade, menos
2160 de 40% das FIV são bem sucedidas, gerando um nascituro sadio. Milhares de excedentes embrionários
2161 são produzidos para garantir esse relativo sucesso. O processo de FIV é caro, de pouco acesso e
2162 bastante invasivo para a saúde da mulher. Enumerou as possibilidades de FIV: filho do óvulo e sêmen
2163 do casal sob tratamento, gestado pela própria mulher; filho do óvulo da mulher do casal, gestado por
2164 ela, e de sêmen de doador; filho de gametas do casal, mas gestado por uma segunda mulher; filho de
2165 óvulo mulher do casal, esperma de um doador e gestado por outra mulher; filho de óvulo doado, sêmen

do companheiro e gestado pela mulher do casal; filho de óvulo doado, sêmen do companheiro e gestado por uma terceira mulher; filho de óvulo doado pela gestante e sêmen do varão do casal; e filho de óvulo e sêmen de doadores, gestado pela mulher do casal. Pontuou algumas questões jurídicas a respeito do assunto. Supondo que o casal resolva congelar embriões para um futuro uso e que, repentinamente, os membros do casal se divorciem, quem terá a "tutela" dos embriões? Nesse caso, indagou: a mãe tem direito de implantar alguma de suas reservas sem o consentimento do marido, ou será que este, caso não permita o referido implante, tem o direito de ver os embriões destruídos? Informou que, em 1992, na Suprema Corte do Tennessee, EUA, o juiz titular reconheceu ao cônjuge marido divorciado o direito de não procriar e de ver exterminados os embriões que sua mulher queria ver preservados para futura concepção. Ressaltou que uma outra posição, ainda mais controversa, tomou palco na Suprema Corte de Nova Iorque em 1995, quando o juiz concedeu para Maureen Kass, divorciada desde 93 do marido, o direito de posse dos embriões congelados produtos de óvulos seus fecundados por esperma do seu ex-marido. Diante desse cenário, apontou novos conceitos sobre a maternidade: "genética" (quem aporta o óvulo) e biológica (quem suporta a gestação). Citou o que há em termos de regulamentação sobre o assunto: Resolução CFM 1.358 de 11 de novembro de 1992 - adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à Resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos, proíbe a fecundação de ovócitos humanos, com qualquer outra finalidade que não seja a procriação humana e define que o número ideal de ovócitos e pré-embriões a serem transferidos para a receptora não devem ser superior a quatro, com o intuito de não aumentar os riscos já existentes de multiparidade. Feito esse cenário, colocou questões para reflexões. Destacou que no Piauí anuncia-se por cartazes a sexagem (determinação do sexo do bebê), o que não é permitido eticamente pela Res. CFM 1358/1992. Assim, perguntou quem fiscaliza essa prática? Acrescentou que as clínicas de FIV estão constituindo franquias, numa evidente ampliação da atividade lucrativa dessa prática. Citando Adib Jatene, destacou que "Atividades que deveriam ser eminentemente éticas, como o exercício da Medicina, estão invadidas por atores com outros interesses, como o financeiro." Ressaltou que há Países que legislam sobre o número de produção de embriões. No Brasil, não há limites regulados para essa produção. Explicou que há um cadastro de embriões: Portaria no 2.526, de 21 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a informação de dados necessários à identificação de embriões humanos produzidos por fertilização *in vitro* e atribui competência à ANVISA para elaborar e manter o cadastro dos embriões produzidos por fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento; RDC/ANVISA nº 33, de 17 de fevereiro de 2006 que determina Regulamento Técnico; e RDC ANVISA 29/2008 que institui Cadastramento Nacional dos Bancos de Células e Tecidos Germinativos (BCTG) e Informação da Produção dos Embriões Humanos produzidos por técnicas de fertilização *in vitro* e não utilizados no respectivo procedimento. Diante dessa legislação, perguntou: é suficiente cadastrar embriões? Não se deve garantir a qualidade do processo de produção de embriões, mediante a efetiva necessidade da técnica? (beneficência x não maleficência); a informação bastante esclarecida dos pais sobre todo o processo, inclusive o possível excedente? Quem fiscaliza esse processo de informação para garantia da autonomia de escolha? Finalizando, apresentou proposta da CONEP para apreciação do CNS e disse que este precisa debater os benefícios alcançados pela ciência no campo da reprodução humana. A mulher bem informada de todo o processo e com condições adequadas pode ter autonomia para decidir sobre o que a ciência tem em termos de avanço na área da fertilização. Disse que a CONEP não considera adequado o retrocesso nesse sentido. Uma vez que a possibilidade é dada, cabe a mulher decidir sobre seu próprio corpo. Entretanto, sugeriu que o CNS trabalhasse mais ativamente para coibir os abusos dos embriões excedentes, no caso, através de uma política nacional de reprodução, contemplando aspectos promotores, preventivos, recuperadores da saúde reprodutiva, que identifique responsabilidades e competências na proteção das mulheres e homens que buscam a fertilização *in vitro*, bem como na manutenção de princípios éticos que garantam justiça, autonomia, beneficência. Também, deixou claro que não se pode passar à margem de todo esse contingente de mulheres que se submetem a um verdadeiro martírio para chegarem à reprodução assistida. Nessa linha, é que se posicionou enquanto coordenadora da CONEP. **Manifestações:** Conselheira **Carmem Lúcia Luiz** chamou atenção para o fato de a técnica de reprodução assistida ter um percentual alto de insucesso, no caso, mais de 60%, e transformar a mulher de reprodutora de óvulo em produtora de óvulos, por isso, toda essa questão deve ser avaliada com muito cuidado. A seguir, abriu para o debate. Conselheira **Marlene Braz** pensou que o debate fosse sobre o material distribuído na pasta, que diz respeito a Resolução nº 29, que regulamenta os bancos de células e tecidos germinativos, porém a fala foi sobre a ética. Em se tratando dessa discussão, estranhou que a Sociedade de Bioética não tivesse sido convidada para o debate, haja vista que estuda o assunto com profundidade. Como teria várias contraposições às falas da mesa e o tempo não permitiria que assim procedesse, disse que se aterá à Resolução. Nesse ínterim, fora informada que a Resolução, após consulta pública, já havia sido publicada. Então, defendeu a fertilização *in vitro*, haja vista que as mulheres que se submetem a esse procedimento são suficientemente esclarecidas e têm condições econômicas de assumirem o custo do tratamento.

Manifestou-se contrária ao título do texto da Resolução, que no seu ponto de vista não expressa a visão científica da questão. Outro aspecto, é que a lei de reprodução humana assistida já deveria ter sido aprovada e o CNS precisa defender essa bandeira. Como houve solicitação da mesa para que concluísse a sua fala, sentiu-se prejudicada e não mais se manifestou. Conselheiro **Raimundo Sotero**, em relação ao posicionamento da Sociedade de Bioética, defendeu que a mesma fosse ouvida, se não nesse momento, mas em outro oportuno. A mesa, então, encaminhou da seguinte maneira: **que o teor da Resolução da ANVISA fosse debatido no CNS com a contribuição de todos os interessados e, se fosse o caso, reformulada. Também será discutida a formulação de uma lei que garanta as questões éticas sobre o assunto. Antes, a conselheira Marlene Braz apresentará um trabalho da Sociedade de Bioética para subsidiar o CNS.** Conselheira **Jurema Werneck** manifestou-se para dizer que a ética não é monopólio da ciência e sim da sociedade e dos seres humanos como um todo. O debate está acontecendo, porque as mulheres defenderam um espaço nesse debate e não por que a sociedade científica ou os profissionais de saúde devesse ter precedência na fala dos temas que tratam do corpo das mulheres. É por isso, que a mesa sobre reprodução assistida estava sendo realizada e, em sua opinião, com muito brilhantismo. A despeito do avanço da ciência, disse que não se deveria nunca perder de vista o sujeito das pesquisas. Nesse aspecto, disse que se pensou na legitimidade da ciência em produzir inovações, se pensou no direito dos profissionais de saúde de executarem essas inovações, se pensou no direito e na legitimidade da sociedade em obter a cura, mas não se pensa na singularidade do sujeito, no caso, da mulher e seus óvulos. Como a sociedade é sexista, ou seja, as leis ainda são feitas pela ótica masculina e ideológica, tanto que o esquecimento da mulher nesse processo de pesquisa foi proposital e traz consequências gravíssimas. Por tudo isso, defendeu que o debate fosse ampliado e se resgatasse outros aspectos que precisam estar contemplados. Conselheiro **José Marcos de Oliveira**, em relação à apresentação da ANVISA, quis saber mais sobre “consentimento informado” e “consentimento esclarecido”, por que em sua opinião há diferença nessas duas expressões. Também, somou-se a posição da conselheira Jurema. Por último, perguntou à mesa se o debate em questão não era transversal ao tema que estava no Congresso Nacional sobre saúde reprodutiva da mulher. Conselheiro **Raimundo Sotero**, avocando Afrânio Peixoto, disse que o filho é o coração que sai em outro corpo. Daí que o tema deveria ser tratado sob a égide da ética e não focar a mulher como uma fábrica de seres humanos. Conselheiro **Clóvis Boufleur** disse que tinha várias restrições em relação à fala da Dra. Ana Regina Reis, mas não entraria no mérito dos diferentes pontos de vista relacionados à vida humana. Apresentou duas dúvidas e, por isso, perguntou se havia alguma pesquisa para ilustrar a opinião pública sobre as mulheres que se submeteram a reprodução *in vitro*. Foi dito que houve consequências e que não foram suficientemente informadas, por essa razão queria saber se havia estudos que comprovassem essa afirmação. Solicitou esclarecimento sobre a expressão “coibir exageros”. Também perguntou o que a mesa pensa sobre a resolução aprovada sobre esse tema. Conselheiro **Arnaldo Marcolino**, representante da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, disse que faz parte de Comitê de Ética em Pesquisa, no município de São Paulo, indagou, enquanto representante do segmento dos usuários, se a ética vale socialmente e se diminui ou aumenta violência, se os violentados têm como reclamar se existem formas de garantirem os seus direitos. Conselheira **Clair Castilhos** manifestou a sua admiração pela Dra. Ana Regina Reis que sempre traz reflexões contemporâneas e instigadoras e à frente de raciocínios localizados nos espaços onde as mulheres atuam. Citou como exemplo as ciências com a qual elas operam no tipo de pensamento patriarcal que domina a sociedade e, principalmente, dentro de certa alienação que representa o modo de produção capitalista. Disse que se fosse pensar em mercadoria, em embriões em escala industrial, seria necessário considerar que, em país capitalista, o primeiro produto a ser vendido é o corpo da mulher. Daí que não é novidade o que se vê na fertilização *in vitro* e sim o fato de a mulher, desde há muitos séculos, suportar essa lógica e ser sujeito desse processo. Lembrou que, historicamente, a mulher sempre foi alijada das decisões sobre o seu próprio corpo. Porém, agora o debate não é o corpo no macro, mas o corpo nas suas divisões unimulticelulares no início da produção da vida. Conclamou que o plenário refletisse sobre essas duas dimensões e tantas outras que houvesse até que a mulher saia do domínio patriarcal e machista. Também chamou a atenção para a fala da Dra. Ana Regina Reis que aborda pontos contrários ao pensamento dessa sociedade dominante. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** parabenizou o CNS pelo conjunto de temas importantes que estavam sendo debatidos na reunião. Disse que é necessário ficar atento para a produção e reprodução de conhecimento dos últimos tempos e que estão ao alcance de qualquer um via internet. Nesse contexto, considerou ser fundamental ficar atento também aos tipos de contrato que serão estabelecidos e que trazem no seu bojo idéias muito polêmicas. Também avocou o debate sobre a eugenia, que diz respeito às raças superiores, à capacidade do ser humano de manipular as questões genéticas, a produção de riquezas coletivas e a apropriação dessas riquezas pela iniciativa privada e essa contradição histórica se reflete no debate em questão. Para concluir, disse que o CNS precisaria refletir sobre a direção que o processo civilizatório vai. **Retorno da mesa:** Dra. **Ana Regina Reis** contemplou em sua fala os seguintes aspectos: o ponto nevrálgico do debate é o consentimento informado e existem estudos que

2290 apontam as falhas e as insuficiências desse processo; as mulheres que se submeteram a fertilização *in*
2291 *vitro* e nem tiveram sucesso, nem tiveram direito a voz faz parte do ocultamento intencional de
2292 determinados grupos, porque o sucesso dessa técnica é do médico e este tende a não socializar os
2293 insucessos; a eugenia está presente no cotidiano da sociedade e a fertilização *in vitro* é absolutamente
2294 eugênica, haja vista a seleção de sexagem e de deficiências congênitas; o chamado aborto terapêutico
2295 é uma janela que se quer abrir para outras finalidades; a CNBB não se manifestou na defesa das
2296 mulheres e sim dos embriões; a questão do aborto precisa ser recolocada e rediscutida; todos os
2297 embriões que foram doados já foram gastos, porque a área de biologia tem pressa nas pesquisas
2298 clínicas; há países que tem mulheres em clínicas, como se fossem fazendas, gestando para outras
2299 mulheres de países mais ricos e há site de comercialização de óvulos; não se pode delegar essa
2300 responsabilidade para um grupo de especialistas, que muitas vezes, são financiados para participar de
2301 congressos pela indústria farmacêutica, como no caso, o Congresso de Bioética que foi patrocinado
2302 pela Nestlé. Conselheira **Marlene Braz** interveio para dizer que os congressos da Sociedade de
2303 Bioética não são financiados por indústria farmacêutica ou por outro tipo de indústria. Dra. **Marina**
2304 **Gonçalves** informou que o documento da resolução colocado em consulta pública, foi encaminhado à
2305 Sociedade de Bioética e não recebeu contribuição, mas ponderou que a referida Resolução pode ser
2306 revista e reconheceu a impropriedade do título do texto. Como a ANVISA está aberta ao debate e ao
2307 aperfeiçoamento de suas ações, aprecia todas as contribuições que lhe são encaminhadas. Quanto à
2308 fiscalização, disse que a Resolução 33, da ANVISA, é específica para a questão sanitária dos
2309 embriões, inclusive existe a preocupação, nos casos de denúncias, que as mesmas sejam
2310 encaminhadas a quem de direito para as providências cabíveis. No que diz respeito ao termo
2311 “consentimento informado”, explicou que usou em sua fala indevidamente, porém, na Resolução sobre
2312 o assunto, a ANVISA usou a expressão “consentimento livre e esclarecido”, de acordo com a
2313 Resolução da CONEP. Finalizando, disse que a ANVISA está à disposição para dialogar a respeito
2314 desse tema e de outros que o controle social entender necessários para garantir a qualidade das ações
2315 de saúde à população brasileira. Conselheira **Gysélle Saddi Tannus** ponderou que: o consentimento
2316 livre e esclarecido está muito relacionado com o grau de motivação, o que faz com a interessada
2317 concorde com situações que não concordaria se não estivesse com esse alto grau de motivação; o
2318 processo de fertilização *in vitro* deveria contar com uma equipe multidisciplinar para abordar aspectos
2319 emocionais e psicológicos da mulher que está disposta a se submeter a esse tipo de procedimento;
2320 deve haver preocupação sobre o contexto em que ocorre o consentimento livre e esclarecido; não
2321 existe posição da CONEP contrária à fertilização *in vitro*; ao falar sobre a coibição de abusos, refere-se
2322 à sexagem, à falta de informação, à falta de regulamentação da propaganda, a exposição da mulher a
2323 riscos desnecessários...; a CONEP sugere ao CNS a discussão sobre o tema para a construção de
2324 uma política e para tanto, chamar para o debate todos os sujeitos envolvidos. Conselheira **Carmem**
2325 **Lúcia Luiz** disse que a discussão havia iniciado e que, com certeza, o tema não se esgotava nessa
2326 oportunidade. Depois, agradeceu os componentes da mesa e os presentes **Encaminhamentos: rever**
2327 **a Resolução da ANVISA sobre o assunto; formar um GT para estudar o tema, contemplando,**
2328 **inclusive, a proposta de formulação, pelas instâncias competentes, de uma política nacional de**
2329 **reprodução assistida. ITEM 11 – COMISSÃO INTERSETORIAL DE ELIMINAÇÃO DA**
2330 **HANSENÍASE/CIEH** – Coordenação da mesa: conselheiro **Artur Custódio de Souza**, coordenador da
2331 CIEH. Fizeram parte da mesa Dra. **Maria Leide de Oliveira**, Coordenadora do Programa de
2332 Hanseníase do Ministério da Saúde; conselheiro **Geraldo Adão Santos** coordenador da Comissão
2333 Intersetorial de Eliminação da Hanseníase. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** iniciou seu
2334 pronunciamento dizendo que a hanseníase tem cura, mas a sua incidência é preocupante, porque
2335 envolve dez aglomerados, abrangendo 14 estados da federação e 1024 municípios, com a constatação
2336 da doença em menores de 15 anos; em relação a esse quadro a Comissão atualizou o seu Plano de
2337 Trabalho. A seguir, apresentou a proposta de Plano de Trabalho da CICH seguinte: 1) Ação da CIEH
2338 em relação à Política Nacional de Saúde: Acompanhar as ações do Programa Nacional de Controle da
2339 Hanseníase – PNCH – (SVS/MS): Acompanhar a implementação da integralidade da Atenção à Saúde
2340 na Hanseníase; Acompanhar a implantação e implementação das propostas e moções da 13ª
2341 Conferência Nacional de Saúde; Acompanhar como ações prioritárias dentro do PACTO - PAVS
2342 (Programação de Ações de Vigilância em saúde) – PAC/Mais Saúde as Ações de controle da
2343 Hanseníase, conforme Meta/2011; Focalizar dentre as prioridades do PAC – Mais Saúde/PNCH/MS, as
2344 seguintes situações: I - As áreas consideradas hiperendêmicas (aglomerados); II - Os Estados da
2345 Amazônia Legal; III - A ocorrência da doença em menores de 15 anos, adolescentes e jovens;
2346 Estabelecer prioridades: para conhecer a situação dos 1024 municípios mais afetados, verificando
2347 quais merecem atenção prioritária e qual tipo de atenção e estruturar ações de atendimento às
2348 demandas, considerando a urgência, pertinência e planejamento necessário para o atendimento;
2349 Acompanhar e implantar ações específicas levando em conta as características próprias de cada grupo:
2350 povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, populações carcerárias, garimpeiros, populações
2351 em situação de rua, assentamentos e áreas de invasão, entre outros; Estimular os Conselhos

2352 Estaduais, Municipais e Distritais de Saúde Indígena na formação das CIEHs integradas por
2353 conselheiros e equipes técnicas de controle da Hanseníase, priorizando os conselhos localizados nos
2354 estados e municípios em regiões hiperendêmicas; Acompanhar a situação da Hanseníase entre os
2355 povos indígenas; Acompanhar a organização da Rede de Serviços visando à descentralização de
2356 ações para a Atenção Básica, articulada com os serviços de média e alta complexidade, para garantir a
2357 integralidade do Cuidado. 2) Ação da CIEH em relação ao Fortalecimento do Controle Social sobre a
2358 Hanseníase: Intensificar as ações de Educação Permanente em Controle Social priorizando os
2359 municípios dos estados de alto risco: Maranhão, Pará, Piauí, Tocantins, Goiás, Mato Grosso e
2360 Rondônia; Ampliar o serviço de parceria com as várias entidades representativas da comunidade;
2361 Ampliar o uso dos meios de comunicação para o controle da Hanseníase no Brasil, objetivando manter
2362 os atores do SUS e a sociedade bem informados sobre as ações desenvolvidas e resultados obtidos. 3)
2363 Ação da CIEH em relação à organização e funcionamento da CIEH: Facilitar a comunicação entre os
2364 membros da Comissão; Atualização do seu Plano de Trabalho para 2008 – 2009 e sua recomposição;
2365 Monitorar e avaliar os resultados das ações propostas. 4) Ação da CIEH em relação à interlocução com
2366 a Secretaria Executiva, Mesa Diretora e o Plenário do CNS: Encaminhar junto à Secretaria Executiva,
2367 plano de trabalho da CIEH e avaliação do nome da comissão; Pautar junto à Mesa Diretora os
2368 encaminhamentos da CIEH; Receber as demandas do CNS e da Mesa Diretora. 5) Ação da CIEH em
2369 relação ao monitoramento das ações na área da prevenção/controle da Hanseníase, priorizando as
2370 áreas hiperendêmicas e estados da Amazônia Legal: Acompanhar e monitorar as ações e avaliar os
2371 resultados, tendo como referência a Meta 2011; Acompanhar e monitorar as ações desenvolvidas pelo
2372 Programa Nacional, Estadual e Municipal de controle da Hanseníase com os parceiros na área do
2373 controle da hanseníase; Acompanhar o Grupo de Trabalho para avaliação dos Hospitais ex-Colônias
2374 dentro do PNCH/MS e de acordo com os resultados do estudo e propor soluções compatíveis para
2375 cada caso; Acompanhar a Comissão Interministerial de avaliação da Secretaria dos Direitos Humanos
2376 da Presidência da República sobre o desdobramento da Lei nº 11.520 (avaliação de processos de
2377 aposentadoria); Monitorar a distribuição de medicamentos para Estados e Municípios; Pautar no Pleno
2378 do CNS a apresentação do Plano Nacional de Controle da Hanseníase e suas alterações.
2379 **Manifestações:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que visitara municípios, onde o caminhão
2380 da campanha sobre o combate da hanseníase passara, e percebeu que o resultado fora bastante
2381 positivo. Sugeriu: que no final do Plano de Trabalho fosse agregado à execução financeira das ações e,
2382 nas articulações intersetoriais, a inclusão do Sistema Único de Assistência Social/SUAS; no
2383 recebimento de demandas, acrescentar “as demais comissões do CNS”; no item das estratégias,
2384 acrescentar “analisar e atualizar as informações sobre o Programa Nacional de Controle da
2385 Hanseníase. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** perguntou se havia diferenciação de tratamento
2386 quando a Comissão se referia aos grupos de quilombolas, indígenas e quando se referiu ao estímulo
2387 através dos conselhos e lideranças. Também, quis saber se essa proposta subteria a criação de
2388 comissão de pessoas com patologias ou significava a criação de grupos técnicos pelo MORAN. Por fim,
2389 perguntou como seria o processo de interlocução entre os membros da Comissão. Outra questão
2390 colocada pela conselheira diz respeito ao acompanhamento dos Programas, que no seu entendimento
2391 os conselhos podem realizar essa ação, através do SIOPS. Conselheira **Marisa Furia**, em
2392 complementação ao que o conselheiro José Marcos falou, disse que há as Casas Lares que podem
2393 ter interfaces com o Programa de Controle da Hanseníase. Também defendeu o diálogo permanente
2394 entre as comissões e apresentou sua preocupação com o problema da talidomida. Nesse sentido,
2395 perguntou de que forma a Comissão está se articulando com a indústria farmacêutica e mesmo com o
2396 Ministério da Saúde para evitar que pessoas tomem esse tipo de medicamento. Conselheiro **Clóvis**
2397 **Bouffleur**, referindo-se à quantidade de itens constante do Plano de Trabalho, propôs que estes fossem
2398 priorizados para dar resolutividade na sua execução e sugeriu que: as ações fossem articuladas com o
2399 MS, os conselhos de saúde e as secretarias de saúde e focadas nas áreas mais atingidas pela
2400 hanseníase; houvesse um comprometimento do controle social com a eliminação da hanseníase. Além
2401 disso, lembrou que as informações apontam para a dificuldade das pessoas procurarem os serviços
2402 de atendimento. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** chamou a atenção para a importância de
2403 essa comissão dialogar com as outras CNS. **Artur Custódio**, em retorno disse que: concordava com o
2404 posicionamento do conselheiro Clóvis, no sentido de que as ações fossem priorizadas e monitoradas; a
2405 comissão está em processo de amadurecimento do que é o papel técnico e o papel de controle social;
2406 além de incentivar que os conselhos debatam as ações de hanseníase, a comissão entende que deve
2407 acompanhá-las e assessorá-las; a CIEH está em fase de reestruturação e a idéia é de priorizar as
2408 ações em áreas endêmicas; o uso da talidomida está previsto no monitoramento da assistência
2409 farmacêutica; a Comissão tem o papel de assessorar o CNS e manter interlocução com a área técnica
2410 do MS; a sugestão de acompanhar a execução orçamentária das ações de hanseníase será
2411 considerada; no que diz respeito a Lei 11520, a Comissão da Secretaria de Direitos Humanos já
2412 envolve o Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério do Planejamento e Ministério da Assistência
2413 Social, mas considerou importante que a CIEH se articule com todos esses ministérios para otimizar as

2414 suas ações. Como há perspectiva de realizar um seminário no CNS sobre a atenção básica,
2415 considerou oportuno que houvesse, nessa oportunidade, um espaço para a hanseníase. Dra. **Maria**
2416 **Leide de Oliveira** lembrou que, desde 2007, o MS estimula campanhas locais para o combate à
2417 hanseníase desde que sejam estruturantes e fortaleçam a descentralização, porque ajudam no
2418 diagnóstico da prevalência oculta e na educação permanente. Quanto à talidomida, disse que há uma
2419 preocupação do MS com a falta de informação e material educativo nas unidades de saúde e existe
2420 uma proposta de fazer um protocolo envolvendo todas as áreas afins. Explicou porque o Programa não
2421 é mais de eliminação da hanseníase e sim de controle e a nota técnica a respeito se encontra na
2422 página da Secretária de Vigilância Sanitária. Disse que, de acordo com a tendência da série histórica
2423 da hanseníase, mostra que a doença se encontra em uma fase de estabilização e redução de casos,
2424 mas com detecção alta na Amazônia, Nordeste e Centro-Oeste. Informou também, que fora solicitado
2425 que, no Edital de Ciência e Tecnologia, houvesse prioridade para pesquisa nessa área. **Manifestações:**
2426 Conselheiro **Dary Beck Filho** fez duas sugestões: que as empresas, nas regiões onde existem maior
2427 incidências de casos, incorporassem nos exames periódicos o da hanseníase; e que a Comissão
2428 utilizasse a rede da CUT e de outras centrais sindicais para passar informações e orientações sobre a
2429 auto detecção da doença. Conselheira **Fabiola Aguiar Nunes** elogiou a atuação do Programa de
2430 Controle da Hanseníase que usa intensivamente dados epidemiológicos que permite uma intervenção
2431 mais específica com probabilidade de resultados melhores. Parabenizou também pela tendência de
2432 redução dos casos e perguntou qual era a situação da Região Sudeste e por que o declínio na
2433 tendência real no ano de 2000. Também sugeriu exames focados nos estudante, porque é nos jovens
2434 com idade de até 15 anos que ocorrem grandes incidências de transmissão ativa. Conselheiro **Geraldo**
2435 **Adão Santos** apresentou a recomposição da Comissão, explicando que a representação indígena, com
2436 duas vagas, ainda estava em processo de escolha de seus representantes, assim como o FENTAS e a
2437 representação das Entidades Negras, que também disseram que iriam providenciar as indicações.
2438 Proposta: Ailson dos Santos- Yssô Truká - Coordenador; Geraldo Adão - Coordenador Adjunto; 1.
2439 Irenildo Cassiano Gomes - Fórum Permanente de Presidente de Conselhos Distritais – Indígena; 2. Eni
2440 Carajá Filho - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase MORHAN; 3.
2441 Lucélia Borges de Abreu Ferreira - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde –
2442 CONASEMS; 4. Nelson de Miranda Osório -Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas –
2443 COBAP; 5. Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira - Área Técnica de Eliminação da Hanseníase/MS; 6.
2444 Anísia Ferreira de Lima - Federação Nacional dos Enfermeiros – FNE/Fórum Nacional de
2445 Trabalhadores de Saúde – FENTAS; 7. Edgilson Torres Barroncas - Movimento de Reintegração das
2446 Pessoas Atingidas pela Hanseníase – MORHAN; 8. Ademar Rover - Pastoral da Criança; 9. Marcos da
2447 Cunha Lopes Virmond - Sociedade Brasileira de Hansenologia – SBH; 10. Cleocy Alves Mendes -
2448 Fundação Nacional de Saúde-FUNASA. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** lembrou que a CIEH
2449 recomendava a Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação para que montasse uma
2450 estratégia de incentivo aos conselhos estaduais e municipais para que assistissem as reuniões em
2451 tempo real do CNS. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** chamou a atenção para o cuidado que se
2452 deve ter quanto à solicitação de exames para que não aconteça como o que ocorreu com os de DST e
2453 AIDS, que a Justiça proibiu. Dra. **Maria Leide de Oliveira** disse que as informações comparadas com
2454 as da América Latina e com a Índia, por exemplo, são boas, embora haja questionamentos sobre os
2455 resultados. Conclamou ao CNS para que incentivasse os CES e os CMS para que fizessem valer a
2456 vigilância epidemiológica da hanseníase, principalmente nas áreas de maiores riscos. A meta até 2011
2457 é reduzir a incidência de casos em menores de 15 anos, porque significa a contágio de um foco ativo.
2458 Disse também que tem uma nota técnica a respeito do tema na página da SVS, para discussão e, com
2459 as iniquidades existentes nas regiões mais vulneráveis, o ressurgimento de novos casos pode ocorrer,
2460 o que não é desejável. Informou que a Região Sudeste tem uma tendência de redução e na Região Sul
2461 há 15 anos isso acontece. Explicou que a queda dos casos da hanseníase é muito lenta, por isso,
2462 serão mantidas as campanhas de informação e educação nos estados e municípios onde há incidência
2463 de casos. Conselheiro **Clóvis Bouffleur** sugeriu ao MS que levasse em consideração, nas propostas de
2464 campanha, os pacientes que se sentem curados e abandonam o tratamento. Conselheiro **Antonio**
2465 **Alves de Souza** também propôs que o controle social fizesse um movimento nacional para buscar
2466 erradicar a hanseníase, em razão de ser essa doença uma vergonha nacional. Conselheiro **Geraldo**
2467 **Adão Santos** encerrou os trabalhos agradecendo os integrantes da mesa e os conselheiros.
2468 **Aprovados por unanimidade: o Plano de Trabalho da Comissão, com as incorporações feitas**
2469 **pelos conselheiros; o nome da Comissão que passa a ser denominada Comissão Intersetorial de**
2470 **Controle da Hanseníase/CICH e a recomposição.** Conselheiro **Francisco Batista Júnior** solicitou
2471 licença ao plenário para dizer que se encontrava presente à reunião o Dr. **Jairo Bisol**, Promotor do DF
2472 e presidente da AMPASA, que muito tem contribuído para o fortalecimento do controle social no SUS. A
2473 propósito, informara que o DENASUS tinha uma proposta que seria apresentada pelo Promotor. Na
2474 condição de Presidente da AMPASA, o Promotor disse que para comemorar os 20 anos do SUS, a
2475 Associação e o DENASUS fariam um Encontro Nacional com o objetivo de intensificar o diálogo com as

várias instâncias de controle como, por exemplo, controle interno, controle social, controle técnico e valorizar a idéia de que é um instrumento de gestão que garante realização das políticas públicas. Assim é uma garantia para o SUS enquanto um complexo de políticas públicas de saúde. Por essa razão convidou o CNS, na condição de expressão máxima do controle social, para esse evento, que está previsto ser realizado ainda em 2008. **Encaminhamento: a AMPASA, DENASUS e o CNS se reunirão para definir as formas de como irão organizar e participar desse evento.** A seguir, conselheiro **Francisco Batista Junior** passou a palavra para a coordenadora da CONEP. Conselheira **Gysélle Saddi Tannous** que disse que como o CNS já havia deliberado sobre a realização de um seminário nacional para a apresentação da Plataforma Brasil em substituição ao SISNEP a ser realizado em dezembro/08, foi reavaliada a forma desse evento e decidiu-se por um pré-evento nos dias 8 e 9 de dezembro/2008, vez que o DECIT fará um evento nos dias 10 e 11 de dezembro. Participaria do pré-evento 50 pessoas, sendo os CEPS mais os convidados, e seria realizado em parceria com o DECIT e o CNS. Ao público-alvo seria custeado o deslocamento e a estada, porque se não fosse assim só viriam os que tivessem grandes estruturas e o pretendido, lembrou, é buscar uma amostra completa da realidade. Por isso, solicitou o aval do CNS para a reformulação do evento. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** considerou a idéia pertinente, vez que propiciaria a participação de CEPS com dificuldades de organização e o debate político seria mais significativo. **Deliberação: dada as razões avocadas, o plenário aprovou que o pré-vento fosse realizado com 50 pessoas custeadas pelo CNS e DECIT. ITEM 12 – COMBATE À TUBERCULOSE** - Coordenação da mesa: conselheiro **José Marcos de Oliveira**. Componentes da mesa: Dr. **Draurio Barreira**, Coordenador Geral de Doenças Endêmicas/SVS/MS; Dr. **Marcos Mandelli**, Coordenador-Geral do Projeto Fundo Global/FIOTEC/ENSP/Fiocruz; Sr. **Carlos Basília**, ativista em Tuberculose e AIDS; e Dra. **Mariângela Simão**, Diretora do Programa Nacional de DST e AIDS/MS Conselheiro **José Marcos de Oliveira** informou ao plenário que era a terceira vez que o tema vinha para debate, o que significava o interesse do controle social em entender os problemas com a tuberculose e acompanhar as ações propostas. Também chamou a atenção para a transversalidade do tema com as demais comissões do CNS e lembrou que a pauta fora em razão de se desejar mais conhecimento sobre o Projeto do Fundo Global. Daí o CNS ter interesse em saber em que consiste essa proposta, quais os impactos dessas ações para a rede pública de saúde, a correlação da tuberculose com a AIDS, o que significa a convenção de países e como se dá a relação com as instâncias de controle social sobre as ações que envolvem no SUS. A seguir, passou a palavra ao. Dr. **Draurio Barreira** que fez uma apresentação a respeito da Tuberculose no Brasil: situação atual e perspectivas. Começou a sua explanação com dados sobre a situação atual e perspectivas da tuberculose no Brasil. Os fatores que propiciam a pandemia de tuberculose são: pobreza e aumento das desigualdades sociais e econômicas, migração, crescimento da população, infecção pelo HIV e programas de controle ineficientes ou inexistentes. Sobre a tuberculose (TB) no mundo, pontuou: 1/3 da população mundial está infectada pelo bacilo da TB (100 milhões por ano); cerca de 9,2 milhões de doentes a cada ano (25 mil por dia); cerca de 700 mil HIV positivos; cerca de 1,7 milhões de mortes por ano (200 mil por TB/HIV); cerca de 500 mil casos de MDR/ano (informações de resistência de 114 países de todos os continentes); 80% dos casos em 22 países (Brasil: 16º); e principal causa de morte por doença infecciosa. No caso do Brasil: 1/3 da população infectada; 16º em número de casos (72.635 em 2006); 108º em incidência (38,9 por 100 mil hab.); 70% em 315 dos 5.570 municípios; 4.582 mortes em 2006 (2,45 por 100 mil); 1ª causa de mortes em pacientes com AIDS; e 4ª causa de mortes por doença infecciosa. Explicou que as populações mais vulneráveis (em relação à população geral) são moradores de rua (Incidência 60 vezes maior), população prisional (incidência 40 vezes maior), pessoas vivendo com HIV/AIDS (Incidência 30 vezes maior) e população indígena (incidência 4 vezes maior). Prosseguindo, comentou gráficos com destaque para os seguintes aspectos: Incidência por faixa etária e sexo – maior em homens de 40 a 59 anos; Taxa de incidência de casos de TB por UF do Brasil, 2006: 38,9/100.000 hab, sendo: Maiores incidências: Amazonas – 73,5, Rio de Janeiro – 73,2, Mato Grosso – 56,1; Menores incidências: Tocantins – 18,1, Distrito Federal – 16,7 e Goiás – 15,3; Taxa de Incidência de TB (por 100 mil hab.) - 38,9 por 100 mil hab; Incidência de tuberculose – queda média anual de 3,5%; Taxa de incidência de TB no Brasil de 1990 a 2015 - Meta para 2015: 25,8; Municípios prioritários para TB. Brasil, 2008 – 315, Pop: 95.360.426 hab., 70% dos casos do país; Taxa de mortalidade por TB Brasil, 1980 a 2006 - 2,45 e Meta para 2015: 1,8; Percentual de casos de TB notificados com HIV*. Brasil, 2001 a 2006 - 20,8. A seguir, abordou as metas e desafios para o controle da tuberculose. Pontuou as seguintes metas da OMS: detectar 70% dos casos estimados (alcançada); curar 85% dos casos notificados (2006: 81%); reduzir o abandono do tratamento a menos de 5% (2006: 7%); e Metas do Milênio - reduzir as taxas de morbi-mortalidade à metade das taxas do ano de 1990. No caso da Estratégia Stop TB: ampliar a estratégia TS-DOTS; controlar a co-infecção TB/HIV; controlar a TB-MDR; contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde; incluir todos os provedores de saúde (públicos e privados); estimular a mobilização dos afetados e de suas comunidades; e fomentar e promover pesquisas. Em relação ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose, pontuou que as metas são: Expandir a

2538 cobertura do tratamento supervisionado para os 315 municípios prioritários (2006 = 86%); Informação
2539 sobre desfecho de 100% dos casos diagnosticados; Oferecer teste anti-HIV para 100% dos adultos
2540 com TB (2006 = 70%); Realizar quimioprofilaxia para TB em 100% dos portadores do HIV com
2541 indicação clínica; Reduzir para 70.000 o número de casos novos de TB até 2011; e Reduzir a incidência
2542 para 25,8/100.000 até 2015. Por fim, citou as prioridades e desafios: melhoria do sistema de
2543 informação; descentralização, ampliação do acesso e expansão da cobertura do programa para toda a
2544 rede básica, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família; ampliação do TS/DOTS com qualidade;
2545 articulação das ações com o projeto do Fundo Global; articulação com o Programa de DST/Aids,
2546 Atenção Básica e outras instituições governamentais e não governamentais; ampliação da participação
2547 da sociedade civil e do controle social; e manutenção da priorização no controle da TB (política e
2548 orçamentária). Dr. **Marcos Mandelli** falou a respeito do Projeto Fundo Global. Iniciou explicando que a
2549 proposta para a criação do Fundo Global de Luta Contra a AIDS, Tuberculose e Malária partiu de um
2550 grupo de especialistas em saúde pública, obtendo a adesão do Grupo de Países do G8, no ano 2000.
2551 Explicou que o Fundo foi criado para otimizar os recursos para combater estas enfermidades,
2552 reforçando ou ampliando as respostas nacionais de controle destas enfermidades. Atualmente é o
2553 maior financiador internacional de projetos nesta área, dispondo de recursos da ordem de US\$ 19
2554 bilhões, destinados a cerca de 140 países ao redor do mundo. Detalhou que o Projeto Brasileiro junto
2555 ao Fundo Global para a Tuberculose é destinado a apoiar ações de controle de tuberculose no país, a
2556 partir de proposta apresentada em parceria entre instituições representativas da sociedade civil
2557 organizada e Governo. Detalhou que os objetivos do Projeto: Objetivo 1: Fortalecer a estratégia de
2558 tratamento; supervisionado para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno em populações
2559 vulneráveis; Objetivo 2: Fortalecer atividades de mobilização social, informação, educação e
2560 comunicação e advocacia; Objetivo 3: Fortalecer o programa de garantia da qualidade laboratorial; e
2561 Objetivo 4: Fortalecer as ações de redução da co-infecção TB/HIV baseadas em lições aprendidas.
2562 Sobre a área de atuação, explicou que são 57 municípios em 11 regiões metropolitanas – Manaus,
2563 Belém, São Luis, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Costa da
2564 Mata Atlântica e Porto Alegre, nas quais se concentram 45% dos casos de TB, dentre os municípios
2565 prioritários para o controle da doença no País. Disse que os principais parceiros são o Programa
2566 Nacional de TB, coordenações estaduais e municipais de controle de TB, unidades de saúde e seus
2567 serviços específicos de controle de TB e da co-infecção TB-HIV, entre eles a rede de laboratórios e
2568 sistemas de informação; Instituições acadêmicas; e Instituições de sociedade civil e organizações não
2569 governamentais. Detalhou também que o Projeto adota os eixos educacional, informacional e de ação
2570 comunitária para o balizamento de suas atividades, que são desenvolvidas a partir das seguintes
2571 diretrizes: Articulação entre os diferentes atores para o desenvolvimento de ações de controle da TB;
2572 Convergência programática, como forma de evitar a duplicidade de ações desenvolvidas com outros
2573 auxílios e recursos internos ou externos; Complementaridade do aporte de recursos para o
2574 fortalecimento de atividades inovadoras e de experiências comprovadamente exitosas; Planejamento
2575 ascendente a partir do nível local e consolidado, em suas prioridades, em nível metropolitano;
2576 Sustentabilidade, como forma de garantir a continuidade das atividades inicialmente apoiadas pelo
2577 Fundo Global; e Disponibilização de recursos baseada em performance e com foco em resultados
2578 mensurados por meio do monitoramento constante e pela avaliação e prestação de contas periódicas.
2579 Pontuou algumas das principais características de diferenciação: 1. Prioriza as relações entre Governo
2580 e organizações da sociedade civil, na busca da melhoria de condições para o controle da TB; 2.
2581 Controle sobre a gestão exercido por um mecanismo de coordenação formado por instituições da
2582 sociedade civil e do Governo; e 3. Gestão dos recursos e administração do Projeto exercidas por entes
2583 não governamentais. Detalhou também o orçamento do Projeto: Valor Total 5 Anos - US\$ 27,24
2584 milhões; Valor Total da Fase - US\$ 11,60 milhões; Ano 1 - US\$ 5,02 milhões; Ano 2 - US\$ 6,58
2585 milhões; Valor Total da Fase 2 - US\$ 15,64 milhões; Ano 3 - US\$ 6,98 milhões; Ano 4 - US\$ 4,81
2586 milhões; e Ano 5 - US\$ 3,85 milhões; Objetivos 1 e 2 - Gestão FIOTEC: US\$ 23,69 milhões, Fase 1:
2587 US\$ 8,77 milhões e Fase 2: US\$ 14,92 milhões, Objetivos 3 e 4 - Gestão FAP: US\$ 3,55 milhões, Fase
2588 1 = US\$ 2,83 milhões e Fase 2 = US\$ 0,72 milhões. Pontuou também os principais resultados e
2589 realizações: criação de onze Comitês Metropolitanos - espaço de articulação político-operacional para o
2590 planejamento e o monitoramento das atividades do Projeto e discussão da TB e apoio à sua
2591 operacionalização; oficinas nacionais de CAMS para TB, TB em populações em situação de rua, TB em
2592 hospitais, TB no sistema carcerário, TB em populações dependentes de álcool e drogas químicas, de
2593 sensibilização de conselheiros estaduais e municipais de saúde, de comunicadores e outros, reunindo
2594 sempre diferentes atores sociais e governo; e capacitação de mais de 2 mil profissionais na estratégia
2595 TS/DOTS na modalidade presencial e início da capacitação de cerca de 700 profissionais na
2596 modalidade de ensino à distância. Também falou da proposta de campanhas de comunicação de
2597 massa para dar maior visibilidade à tuberculose como um problema de saúde pública, informar a
2598 população sobre formas de identificação, prevenção e tratamento e introduzir mensagens que visem à
2599 redução e à eliminação do estigma e do preconceito; Ano 1 - duas campanhas - público de 70 milhões

de pessoas, 30 estações de televisão e mais de mil estações de rádio e economia estimada em função da veiculação gratuita, de mais de R\$ 14 milhões; DISQUE SAÚDE/MS - conteúdo das informações sobre TB atualizadas pelo Programa Nacional de Controle da TB e aumento da procura por informações sobre TB, de zero para mais de 4% de todas as consultas àquele serviço. A seguir, destacou as seguintes iniciativas do Projeto Fundo Global – TB: Dia Mundial de Combate à Tuberculose - produzidos e distribuídos materiais de IEC por meio de 3.000 kits, para todos os 57 municípios da área de atuação do Projeto contendo folders, álbum seriado, revista em quadrinhos, postal, cartaz, spot de rádio e camisetas (disponíveis em www.fundoglobaltb.com.br, in, Materiais de Divulgação); Evento na Rocinha, com a presença de mais de 600 pessoas no dia 24 de março de 2008, encerrando a semana de luta contra a tuberculose; apoio à Parceria Brasileira Contra a Tuberculose, hoje reestruturada para mobilizar um conjunto maior de atores, e que representa, no Brasil, o Stop TB Partnership; início do processo de implantação dos DOTS Descentralizados/DOTS Locais; e criação e funcionamento do site www.fundoglobaltb.com.br, que, por suas interações, tem se constituído em um importante instrumento auxiliar de gestão do Projeto. Por fim, citou os novos projetos do Brasil propostos ao Fundo Global: Tuberculose: melhoria dos sistemas de diagnóstico – Valor: US\$ 95 milhões (60 milhões de euros); Malária: melhoria da gestão em nível local e fortalecimento de ações de prevenção, com ênfase na utilização de mosquiteiros impregnados com inseticidas - Valor: US\$ 56 milhões (35 milhões de euros); AIDS: fortalecimento de ações da sociedade civil e mobilização social – Valor: US\$ 50 milhões (30 milhões de euros). Senhor **Carlos Basília** informou que seu papel na mesa era para chamar a atenção para o significado dos dados que foram apresentados. Nesse sentido, disse que: a tuberculose é uma doença de grande impacto social e econômico no país; a última Resolução do CNS data de 1998 e, desde então, o Conselho não faz essa discussão, em consequência há uma defasagem muito grande no que diz respeito ao monitoramento e avaliação da Política da Tuberculose; é uma doença antiga, mas muito presente; é necessário um grande debate nacional sobre a doença, envolvendo todos os atores responsáveis, governo, sociedade, conselhos de saúde, porque a abordagem não pode ser só numérica, estatística e burocrática do problema; por trás dos números existem pessoas com uma carga de sofrimento e preconceito muito grande e muitas mortes inaceitáveis; é uma doença que tem tecnologia para o diagnóstico, para o tratamento e tem cura, entretanto, morrem mais de 5000 brasileiros todos os anos, o que representa um genocídio social anunciado; reconhece o esforços de muitos setores para reverter esse quadro; a OMS decretou a tuberculose como emergência desde a década de 90; o Brasil reconheceu, em 2003, a tuberculose como uma doença negligenciada, do ponto de vista técnico, político e científico; com o advento da medicalização e a hospitalização dos pacientes se perdeu a mobilização e o controle social; é uma doença que atinge os mais pobres, os excluídos e precisa ser discutida pelo SUS; a tuberculose em termos de debate internacional, tem vários documentos, vários marcos referências e legais e aparece como prioridade nas Metas do Milênio junto com a fome, a miséria e a violência, é também prioridade no Plano Global, de 2006 a 2015; a tuberculose deveria ser prioridade no Brasil desde 1993, quando este assume a estratégia do tratamento supervisionado; para além da vigilância e do controle dos vetores dos bacilos deve haver políticas sociais de apoio às famílias e aos pacientes, além de políticas de prevenção nas três esferas de governo; a tuberculose exige uma ação intersetorial com inclusão de renda; a OMS reconhece que o Brasil tem todas as condições para reverter o quadro da tuberculose, como não reverte é duramente criticado lá fora; o não combate da tuberculose é uma dívida que o Brasil tem desde há muitas gerações. Conclamou a todos para enfrentar de vez a tuberculose, sem colocar as respostas somente na ajuda internacional. Por fim, apresentou um vídeo a respeito da tuberculose e outras doenças reincidentes no Brasil. **Manifestações:** Conselheira **Jurema Werneck**, primeiramente, perguntou, em nome da conselheira **Maria do Socorro de Souza**, qual era a estratégia de interiorização do Programa de Combate à Tuberculose para a promoção, prevenção e tratamento da doença, considerando o aumento de casos bem como os de AIDS nas populações rurais. Depois, chamou a atenção para a necessidade de ações voltadas para as populações vulneráveis, como, por exemplo, os indígenas, os negros, os presos... Como o Rio de Janeiro tem uma rede SUS, considerou inaceitáveis os índices de mortalidade e os números apresentados a respeito da doença nesse Estado. Conselheiro **Raimundo Sotero** disse que sua preocupação era pela não inclusão dos diabéticos nos casos de tuberculose, vez que são pessoas de riscos e reconheceu que essa doença precisa ser tratada, vez que atinge, dentre outras, pessoas de baixo poder aquisitivos. Disse também que não existem pesquisas clínicas para doenças infecto-contagiosas, porque não tem retorno financeiro. Conselheiro **Artur Custódio de Souza** interveio para dizer que sentiu falta do controle social dentro da proposta apresentada, e disse que a história da hanseníase e da tuberculose se parece, inclusive, nas políticas verticalizadas para o tratamento. Chamou a atenção para o fato de as políticas públicas serem prioridade no controle social, por isso considerou necessário que o Plano Global fosse debatido e acompanhado pelo CNS. Informou que já existe uma proposta avaliada pela Mesa Diretora para uma revisão da Resolução 284 /1998 e esta é a proposta do MOHAN. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos**, dentro das políticas do SUS, disse que o que se observa não é só o caso da tuberculose, mas

o conjunto de doenças que aparecem. A apresentação foi focada no diagnóstico, porém gostaria de saber como estão estruturados os laboratórios públicos municipais, como está assistência farmacêutica para garantir um diagnóstico e um tratamento adequado para a tuberculose e outras doenças recorrentes. Além disso, perguntou como é feito o controle social no Plano Global. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** defendeu a ideia de o CNS ter uma posição mais enfática no diz respeito ao cumprimento da legislação do SUS. Se a União repassa recursos para a execução de políticas públicas e os estados e municípios não executam, é preciso um posicionamento do controle social a respeito e, se for o caso, defendeu que os repasses sejam suspensos até que a lei seja cumprida. Ademais, no seu entendimento, todas as comissões deveriam dialogar com a COFIN, porque esta comissão tem condições de acessar os municípios para saber o que foi ou não executado. Para tanto, sugeriu que as comissões fizessem um diagnóstico para saber, dentro da sua área de atuação, o que foi ou não executado no município. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** perguntou como estava o processo de prevenção da malária e acesso à medicação de todas as doenças citadas na apresentação. Conselheira **Fabíola Aguiar Nunes** fez referência aos grupos prioritários como moradores de rua, população prisional, os portadores de HIV e indígenas, cuja responsabilidade de zelar pela saúde é do Estado. Como conhecedora da situação epidemiológica do Brasil, discorreu sobre a situação da tuberculose e das outras doenças mostradas na apresentação. Em relação aos grupos vulneráveis do RJ, perguntou se não se podia pensar em uma ação intensiva nos 315 municípios já identificados e quis saber como anda o controle da tuberculose nas populações indígenas, haja vista que, com relação a essa população, existe uma dívida histórica. Conselheira **Maria Laura Bicca**, diante de tudo o que foi mostrado, ficou muito sensibilizada, principalmente, em relação à população carcerária que é um grupo de extrema vulnerabilidade. Nesse contexto, defendeu um debate amplo sobre seguridade social e conclamou um compromisso do controle social para essa realidade. Conselheira **Eufrásia Cadorin** solicitou maiores informações sobre as ações que são organizadas a partir do nível local e dos resultados obtidos. Não foi favorável a ideia de suspender os recursos no caso de o município não estarem executando as ações, porque quem sofre é a população. Considerou esse assunto importante e que merece um debate no CNS em outro momento. Dra. **Mariângela Simão** disse que a tuberculose sempre esteve acompanhada da pobreza, da exclusão e agora do HIV. Tratou ainda em sua fala dos seguintes aspectos: a tuberculose, hoje vem com outras doenças como a hepatite; os programas da AIDS e da Tuberculose andam juntos do ponto de vista de ações desenvolvidas nos estados e municípios e tem valor agregado que é o da participação dos movimentos sociais. Sr. **Carlos Basília** colocou-se à disposição e lembrou que o material que os conselheiros receberam a respeito do Fórum Comunitário sobre Tuberculose ocorrerá no Rio de Janeiro. Também reafirmou a parceria com o MORAN no sentido de fortalecer o controle social nas bases comunitárias e em outros espaços de mobilização social. Chamou a atenção para a importância de os conselhos de saúde se apropriar desse debate, porque não há monitoramento, não há controle, não há avaliação desse processo. Também disse que se deveria capacitar a sociedade civil para acompanhar a aplicação dos recursos públicos nos estados e municípios, caso contrário, não se mudará realidade que aí está. Dr. **Marcos Mandelli** falou que o conjunto de informações permitia apontar para quais são os problemas efetivos da tuberculose em cada município onde o projeto existe. Disse, ainda, que o planejamento é de caráter ascendente, começando, primeiro, a dar retorno aos estados e municípios sobre as informações que prestaram, porém, já analisadas e com o significado que cada uma representa. Com base nesse processo, as propostas formuladas são para dar conta dos problemas detectados. Em paralelo, todas as propostas passam pela consideração dos comitês metropolitanos, que têm no mínimo 50% dos representantes da sociedade civil e que podem apresentar sugestões para melhor resolver os problemas que afetam a comunidade. A ideia é que o projeto atue tanto no fortalecimento das entidades da sociedade civil, para ser parceiras nas ações desenvolvidas pelo estado, quanto na perspectiva de controle social. Como o Projeto Fundo Global é uma estratégia recente, disse que ainda não existia uma avaliação dos seus resultados. Dr. **Draurio Barreira**, em sua fala, disse que: em todas as oportunidades se têm colocado a importância de os conselhos de saúde acompanhar as ações para o enfrentamento da tuberculose; uma doença determinada socialmente como a tuberculose é de uma complexidade muito grande, tanto que nem os países avançados conseguiram erradicá-la; há uma redução da tuberculose no Brasil em termos de percentuais, de incidência e em termos absoluto; na década de 90 havia cerca de 90 mil casos de tuberculose diagnosticados e notificados com quase 7 mil óbitos, e, no ano de 2006, último ano de estatísticas fechadas, foi o primeiro ano que houve menos de 80 mil casos de tuberculose; o movimento social é atuante na tuberculose, inclusive com a migração extremamente importante do ativismo da AIDS; os recursos que entram, inclusive, do Fundo Global são acompanhados pelos movimentos sociais; a OMS, em uma reunião aqui no Brasil, em junho, refez os cálculos de 111 mil casos estimados para 94 mil; em termos estruturais para o controle da tuberculose, há o envolvimento do MS, desde o ministro até as coordenações, no sentido de que seja utilizada a estratégia PSF para expansão do acesso ao diagnóstico e do tratamento supervisionado; se tem buscado parceria com todos os entes de governo e

entes não governamentais que atuam na tuberculose; em relação à saúde indígenas, a FUNASA é um parceiro importante; este ano foram realizados seminários com todas as populações prioritárias. Nesse ínterim, conselheira **Fabiola Nunes Aguiar** insistiu no seu questionamento, porque a saúde indígena estava sendo transferida da FUNASA para o Ministério da Saúde. Nesse sentido, quis saber, objetivamente, se os programas desenvolvidos pela FUNASA são eficientes, qual é a percentagem de adesão, qual é a percentagem de cura, qual é a percentagem de diagnóstico precoce, quais são os indicadores de tuberculose nas populações indígenas que permitam dizer que as ações da FUNASA são eficientes ou não. Sem juízo de valor em relação à FUNASA, Dr. **Daurio Barreira** disse que o sistema de informação da Instituição não é o do SINAN, utilizado pela vigilância, é sim um sistema paralelo e que na está conectado ao sistema de vigilância. Situação esta que dificulta o trabalho, porque a informação na é fidedigna. No seu ponto de vista, a transferência da saúde indígena para o MS representará ganho de qualidade. Também disse que: há uma dificuldade muito grande para contratar pessoas para atuarem nas áreas prioritárias; assim como na AIDS a tuberculose não tem problemas na distribuição de medicamentos, nem para os de primeira linha, nem para os casos de multidrogas resistentes; reconhece a questão laboratorial como um ponto frágil, tanto que todo o esforço é na expansão do diagnóstico e no tratamento supervisionado; nunca houve um envolvimento social tão grande como o que está ocorrendo agora e a proposta dos comitês metropolitanos está sendo estendidos a outros programas do Fundo Global, como mecanismos de controle social; se a tuberculose for incorporada na atenção básica, o tratamento do diabetes estaria incorporado, porque o indivíduo seria visto considerando todos os seus agravos. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** agradeceu os componentes da mesa e passou aos encaminhamentos. **Encaminhamentos: enviar aos conselheiros o material sobre as Metas do Milênio e do Programa Stop TB; recomendar as comissões que discutam a interface do combate à tuberculose e à AIDS nas temáticas afins; constituir um GT com representantes das Comissões de Hanseníase, de AIDS, de Saúde da População Negra, de Saúde da População Idosa para discutir a reformulação da Resolução do CNS nº 284/98, convidando Sr. Carlos Basílio; analisar e acompanhar a execução orçamentária da doação internacional.** Nada mais tendo a tratar, conselheiro **Francisco Batista Júnior** agradeceu a presença de todos, inclusive, dos internautas e encerrou a reunião. Estiveram presentes os seguintes conselheiros: *Titulares:* **Ailson dos Santos, Afonso Magalhães, Antônio Alves de Souza, Artur Custódio Moreira de Sousa, Bruna Ballarotti, Carlene Borges Soares, Carmen Lúcia Luiz, Ciro Mortella, Clair Castilhos Coelho, Eufrásia Santos Cadorin, Fabíola de Aguiar Nunes, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de Azevedo, Gysélle Saddi Tannous, João Donizeti Scaboli, José Marcos de Oliveira, Jurema Pinto Werneck, Luiz Antônio Neves, Maria Goreti de Lima, Maria Helena Machado, Maria Isabel da Silva, Nildes de Oliveira Andrade, Raimundo Sotero, Raquel Rigotto, Ronald Ferreira dos Santos, Rosângela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Sílvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Valdirlei Castagna e Wander Geraldo da Silva.** *Suplentes:* **Alceu José Peixoto Pimentel, Armando Martinho B. Raggio, Arnaldo Marcolino, Clóvis Bouffleur, Denise Torreão C. da Silva, Fernando Luiz Eliotério, Jorge Alves de Almeida Venâncio, Jovita José Rosa, Keillaff Maria Alves de Miranda, Luana de Jesus, Maria do Socorro de Souza, Maria Laura Carvalho Bica, Marinho Romário, Marisa Fúria, Marlene Braz, Merula Emmanoel Anargyrou Steagal, Ricardo Donizeti de Oliveira e Sílvia Vignola.**