



1
2
3
4
5 MINISTÉRIO DA SAÚDE
6 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
7

8
9
10
11
12 ATA DA CENTÉSIMA NONAGÉSIMA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
13 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS
14
15

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

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

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

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

244 para a saúde pública. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, por um dever de justiça, sem entrar no
245 mérito, afirmou que o Conselho recebera um relatório assinado pelo presidente do Conselho Estadual
246 de Saúde do RS, uma pessoa que tem na mais alta conta, com incomensurável contribuição ao
247 controle social e ao SUS. Assim, não concordou em considerar esse documento como futrica midiática,
248 até porque o presidente do Conselho Estadual do RS merece todo o respeito do plenário do CNS.
249 Defendeu que o debate sobre esse assunto aconteça respeitosamente e democraticamente. Agradeceu
250 a presença e a participação do Ministro à reunião. Ministro José Gomes Temporão esclareceu que o e-
251 mail que recebera não estava assinado pelo Presidente do Conselho e disse ser ruim que o debate
252 aconteça por esse tipo de instrumento. Se o presidente do Conselho do RS tivesse uma opinião
253 diferente, deveria ter mandado uma correspondência ao Ministro. A internet é muito boa, mas às vezes
254 não. Por isso, é necessário se ter cuidado quando se trata de assuntos oficiais. Em razão de vários
255 assuntos importantes que o Conselho precisa tratar, sugeriu que a pauta fosse feita e, com
256 antecedência, encaminhada ao seu gabinete, para que pudesse se preparar para o debate com os
257 conselheiros. A propósito, sugeriu, ainda, que esse debate ocorresse no início da reunião com a análise
258 da conjuntura e depois as questões pontuais. **ITEM 02 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO**
259 **INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM**. Coordenação da mesa: conselheiro **Francisco Batista Junior**.
260 Apresentação Dr. **Adson França**, Coordenador do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade
261 Materna e Neonatal/SAS/MS. Para conhecimento dos conselheiros, apresentou a Política Nacional de
262 Atenção Integral à Saúde do Homem. Iniciou a sua explanação explicando que a Política Nacional de
263 Atenção Integral à Saúde do Homem constitui-se em uma das 22 metas do discurso de posse do
264 Ministro José Gomes Temporão. A iniciativa está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica –
265 porta de entrada do Sistema Único de Saúde - com as estratégias de humanização, e em consonância
266 com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. O Brasil é o
267 segundo país das Américas a elaborar uma Política Nacional na área. Detalhou que as justificativas
268 para a elaboração de uma Política voltada para o homem são: reconhecimento de que a população
269 masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada e portanto requer por parte
270 do SUS, mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária; o estereótipo de
271 masculinidade compromete o acesso aos serviços e a adesão ao tratamento, sobretudo devido à
272 crença na invulnerabilidade do homem; altos índices de morbimortalidade masculina sobretudo quando
273 se faz uma comparação com a morbimortalidade feminina. A taxa de mortalidade por homicídios entre
274 homens é 12 vezes maior que a feminina, chegando a 15 vezes entre 20 e 29 anos (Comissão Nacional
275 sobre Determinantes Sociais da Saúde); necessidade do SUS em estabelecer princípios, diretrizes e
276 depois planos de ação para diminuir os agravos à saúde masculina e melhorar a qualidade de vida
277 desta população; necessidade de qualificar a atenção integral à saúde da população masculina na
278 perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção; por que em 2007
279 enquanto as mulheres somaram 16 milhões de consultas ao ginecologista, os homens somaram 2
280 milhões de consultas ao urologista (em que pese esse especialista também atende a mulheres e
281 adolescentes de ambos os性os); em função das doenças crônica não transmissíveis (diabetes,
282 hipertensão, insuficiência cardíaca, tumores malignos e benignos, infarto do miocárdio, acidente
283 vascular cerebral, enfisema pulmonar) - a diferença dos números é alarmante e se deve a um conjunto
284 de fatores de risco, muito mais presente entre os homens; porque o tabagismo, o alcoolismo, a ingestão
285 de alimentação baseada em gorduras trans e carnes, a vida sedentária, o alcoolismo no trânsito, a
286 violência, as DST e a AIDS, a hipertensão, a diabetes e os cânceres, acometem de maneira mais geral
287 a população masculina; para contribuir na ruptura da cultura da invulnerabilidade, da força do sexo
288 “forte” e do machismo; para efetivar atenção especial com adolescência, pois essa é uma fase
289 fundamental para formação de identidades pessoais e sociais. O contato com estereótipos de modelos
290 de masculinidade e feminilidade – que se inicia na fase infantil – se aprofunda nesse período; e para
291 ajudar a promover a mudança social na escola, no trabalho, na família entre outros espaços sociais.
292 Explicou que, do total da população do país (184 184 074), a população masculina representa 49,2%
293 (91. 946.392) e a Feminina 50,8% (93. 513.055). Detalhou o percentual da população masculina do
294 Brasil por faixa etária: 0 a 9 anos – 20,1%; 10 – 24 – 30,9%; 25 a 59 – 41,3%; e 60 ou mais – 7,7%.
295 Destacou o total da população masculina do Brasil na faixa etária de 25 a 59 anos é de 37.414.895.
296 Abordou os processos de construção da política instrumentos e atores sociais, com destaque para as
297 seguintes atividades: estruturação da Área Técnica de Saúde do Homem no DAPES/SAS; realização
298 de cinco seminários nacionais com a participação de médicos de família e comunidade, urologistas,
299 cardiólogos, psiquiatras, especialistas em saúde mental, gastroenterologistas, pneumologistas,
300 representações da sociedade civil, do CONASS e CONASEMS; presença de 52 professores titulares
301 e/ou adjuntos das universidades brasileiras; audiência pública no Congresso Nacional; consulta pública
302 com primeira versão do documento base disponibilizado na internet; e discussão no Conselho Nacional
303 de Saúde – outubro de 2008; pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT; lançamento e
304 publicação da Política Nacional; assinatura de Portaria estabelecendo uma “Semana Nacional de
305 Promoção à Saúde do Homem”; e lançamento de campanha de mídia, rádio, TV, impressos para a

306 população em geral, manuais com conteúdos temáticos e específicos para profissionais da atenção
307 básica e de todo Sistema Único de Saúde – SUS, com interlocução com a Agência Nacional de Saúde
308 Suplementar – ANS. Acrescentou que nesse processo de construção foram identificados os
309 determinantes sociais sobre a saúde do homem: principal autor e vítima da violência; vulnerabilidade ao
310 uso abusivo de álcool, tabaco e outras drogas; preconceitos decorrentes da não adequação à
311 masculinidade hegemônica; e diferentes condições perpassam o ciclo de vida: adolescência, vida
312 adulta e velhice. Ainda sobre o processo de construção, comentou os principais agravos à saúde que
313 ocorrem na população masculina. Explicou que dados epidemiológicos evidenciam que cerca de 75%
314 das causas de morbimortalidade do homem são devidas a causas externas (acidentes e agressões),
315 doenças do coração, tumores malignos e distúrbios gastrointestinais e respiratórios. Em relação à
316 morbi-mortalidade, ressaltou que, entre os acidentes, destacam-se os *Acidentes de Trânsito* com franca
317 diminuição depois da Chamada “Lei Seca”. Das Doenças do Coração, as Coronariopatias são
318 responsáveis por mais de 28% das mortes até os 59 anos e de 72% das mortes após os 60 anos. Dos
319 tumores, o Câncer da próstata foi, em 2005, o que mais causou a morte de homens, só superado pelo
320 câncer de pulmão. A Estimativa de novos casos para 2008 é de 49.530 casos (INCA). Das Doenças
321 Gastrointestinais, foram as Doenças do Fígado (sobretudo a Doença Alcoólica) as responsáveis por
322 mais de 70% das causas de morte. Das Doenças do Aparelho Respiratório, em 2005, houve mais de
323 7.000 internações por Câncer de pulmão e de laringe e algo como 89.000 internações por pneumonias
324 e asma. Acrescentou ainda que, como consequência da maior vulnerabilidade dos homens à autoria da
325 violência, grande parte da população carcerária no Brasil é formada por homens. A respeito do
326 alcoolismo e tabagismo, no Brasil, as internações de mulheres por transtornos mentais e
327 comportamentais devido ao uso de álcool, segundo o DATASUS (2006), representaram 2% de todas as
328 internações por transtornos mentais e comportamentais, enquanto os homens apresentaram um
329 percentual de 20%. Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior freqüência
330 que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, câncer, doenças
331 pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras. A respeito das pessoas com deficiência, é
332 muitas vezes infantilizada e inferiorizada, encontrando-se em situação de vulnerabilidade social que a
333 expõe a riscos à saúde. A crença na invulnerabilidade masculina é dissonante em relação à deficiência
334 física e/ou cognitiva, o que leva o deficiente ser mais vulnerável à violência e exclusão. Do total dos
335 deficientes, aproximadamente 11 milhões são homens, dos quais 1,5 milhões têm deficiência mental e
336 900 mil são deficientes físicos (falta de membro ou parte dele). Considerando o grau de severidade da
337 incapacidade, existem no Brasil 148 mil cegos (70 mil homens) e, aproximadamente, 2,4 milhões de
338 pessoas que declararam ter alguma dificuldade para enxergar. Analogamente, 166 mil pessoas se
339 declararam incapazes de ouvir (86 mil homens) e quase 900 mil têm grande e permanente dificuldade
340 de ouvir. A seguir, apresentou gráficos com as principais causas externas de óbitos nas diferentes
341 faixas etárias da população masculina dos 25 aos 59 anos: doenças cardiovasculares (2005) – em cada
342 três homens, um morreu de Doenças do Aparelho Circulatório (coronariopatias); e principais tipos de
343 Tumores Malignos que ocorreram na população masculina em 2005 e previsão percentual de incidência
344 para o ano de 2008: aparelho digestivo – 73%; respiratório – 48%; e gênito-urinário – 85%. Após esses
345 dados, passou a aprofundar a abordagem da Política. Explicou que os princípios são: 1) Orientar as
346 ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando
347 pela humanização da atenção; 2) Mudar paradigmas no que concerne à percepção da população
348 masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; 3) Capacitar
349 tecnicamente os profissionais de saúde para o atendimento ao homem; 4) Além da ênfase nos
350 aspectos educacionais, os serviços devem ser organizados de modo a acolher e fazer com que o
351 homem sinta-se parte integrante deles; e 5) Implementar a Política do Homem de forma integrada às
352 demais políticas existentes, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de
353 saúde universal, integral e equânime. As principais diretrizes são: 1) Elaboração do Plano de Ação
354 subordinado a esta Política e pautado pelos princípios da integralidade, factibilidade, coerência e
355 viabilidade; 2) Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção e prevenção,
356 assistência e recuperação, executadas com humanização e qualidade, nos diferentes níveis de
357 atenção; 3) Priorizar a Atenção Básica com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada
358 do sistema de Saúde integral, hierarquizado e regionalizado. O objetivo geral da Política é promover a
359 melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo,
360 para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos
361 fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à
362 saúde. Os objetivos específicos são: Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território
363 brasileiro, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de
364 Saúde; Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no
365 âmbito da atenção integral à saúde; Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo
366 masculino, inclusive a assistência à infertilidade; Promover na população masculina, conjuntamente
367 com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente

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

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

492 tristes, 24% aceitáveis, 9% felizes e 0% atingiam o peso dos sonhos. O que significa que o peso ideal
493 está no campo da imaginação. Chamou ainda a atenção para a importância de as pessoas
494 geneticamente predispostas fazerem prevenção e não tratamento, porque obesidade é uma doença
495 crônica resultante do contato de genes poupadões de energias em contato com ambiente tóxico
496 (facilidade para obter alimento e facilidade para ser sedentário). Também lembrou que as drogas para
497 perder peso devem ser dadas apenas para as pessoas que fazem dietas e exercícios simultaneamente.
498 Suas considerações finais foram: a dimensão ao risco à saúde indica o objetivo e a intensidade do
499 tratamento; o conceito de peso ideal deve ser banido, em seu lugar deve se buscar peso saudável;
500 nenhum tratamento farmacológico deve ser usado isoladamente; o melhor tratamento deve ser o da
501 prevenção, e, quando não for possível, combinação de orientação dietética adequada, mudança de
502 comportamento, medicamento ou cirurgia em casos extremamente selecionados. Por fim, agradeceu a
503 atenção. Na seqüência, falou o Dr. **Artur Garrido** sobre cirurgia para o tratamento da obesidade.
504 Iniciou com um gráfico da prevalência de déficit de peso, sobre peso e obesidade em 1975, 1989 e 2003
505 no Brasil (adultos) para demonstrar a diminuição do déficit e aumento do sobre peso e da obesidade.
506 Explicou que a obesidade grave causa danos à saúde: físicos, psicológicos e social. Citou dados de
507 Comorbidades em 2411 pacientes submetidos à DGYR (São Paulo – Brasil): Dispneia - 64,2%;
508 Artropatias - 45,1%; Hiperlipidemias - 30,2%; Hipertensão Arterial - 27,3%; Esofagite - 22,5%;
509 Colecistopatia - 19,3%; Diabetes mellitus - 14,9%; Varizes - 8,9%; e Apnéia do sono - 8,3%.
510 Acrescentou que, desse total, 10,4% sem doenças e 31,5% apresentavam três ou mais doenças.
511 Detalhou a indicação cirúrgica, conforme Normas - NIH de 1991, IFSO de 1996 e Ministério da Saúde
512 2000: IMC \geq 40 kg/m²; IMC 35 - 40 kg/m² com comorbidades que exijam redução ponderal e justifiquem
513 os riscos cirúrgicos; quando não houver solução com tratamento conservador (2 anos); e pacientes
514 capazes de se cuidarem ou cuidados por responsáveis. Continuando, falou dos tipos de intervenções
515 cirúrgicas. Restrição mecânica (25%): Banda gástrica ajustável; mortalidade de aproximadamente 0,1%,
516 redução de peso esperada: aproximadamente 20%; redução insuficiente: aproximadamente 15% e
517 possíveis complicações em longo prazo. Técnicas malabsortivas: (5%) – Scopinaro e Duodenal switch:
518 mais complicações imediatas; mortalidade de aproximadamente 1%; redução de peso esperada: 30 a
519 40%; redução insuficiente: aproximadamente 5 a 10%; possíveis complicações em longo prazo.
520 Restrição mista (65%): *Derivação gástrica em "Y de Roux" e Fobi – Capella*: mais complicações
521 imediatas; mortalidade: 0,3 a 1%; redução de peso esperada: 30 a 40%; redução insuficiente: 5 a 10%;
522 possíveis complicações em longo prazo. A respeito dos benefícios da cirurgia bariátrica, destacou:
523 comorbidez resolvida ou melhorada e melhora ou cura da deficiência respiratória (99%), disfunção
524 cardíaca (95%), artrose/artrite (85%), dislipidemia (100%), incontinência urinária (95%), irregularidade
525 menstrual (99%), diabetes (100%) e HAS (95%). Acrescentou que a cirurgia bariátrica é eficiente,
526 reduz peso expressiva e persistentemente (benefícios físicos, metabólicos, emocionais e sociais).
527 Contudo, não é isenta de complicações, mortalidade e inconvenientes tardios e exige treinamento
528 adequado e cuidados multiprofissionais em longo prazo. Continuando, pontuou dados sobre a cirurgia
529 bariátrica no Brasil. Explicou que de 1996 a 2000 foi feito trabalho conjunto da sociedade brasileira de
530 cirurgia bariátrica e das autoridades federais da saúde em busca de critérios oficiais de
531 reconhecimento. Em 2000, houve a oficialização da cirurgia bariátrica pelo Ministério da Saúde
532 (derivações gástricas) - 50 centros de atendimento público e cobertura pelos planos de saúde. Em
533 2005, a oficialização de todas as modalidades consagradas de cirurgia bariátrica. Em 2006, foram
534 realizadas 25.000 operações bariátricas no Brasil, principalmente derivações gástricas abertas ou
535 laparoscópicas, sendo aproximadamente 10% pelo SUS. Sobre os custos da cirurgia bariátrica no
536 Brasil, explicou que o custo pelo SUS é de cerca de US\$ 1,700 e o custo hospitalar médio no sistema
537 privado para derivações gástricas é de cerca de US\$ 3,000 para a aberta e de cerca de US\$ 5,500 para
538 a laparoscópica. Também falou dos custos da obesidade no Brasil (SBCBM – 2007). Detalhou que o
539 custo anual com cuidados de saúde de um obeso é de cerca de US\$ 200 (nº. = 15 milhões e cerca US\$
540 3 bilhões/ano) e de um obeso grave é de cerca de US\$ 1.000 (nº. = 5 milhões: cerca de US\$ bilhões,
541 sem considerar os custos sociais). Em comparação, destacou que o custo por operação no Sistema
542 Público é de cerca de US\$ 1,700, o custo total com a saúde nacional (público e privado) é de cerca de
543 US\$ 60 bilhões e o custo nacional com a saúde de obesos grave é de cerca de US\$ 5 bilhões (8,5%).
544 Destacou que, apesar dos avanços, só 0,5% dos obesos graves candidatos à cirurgia bariátrica estão
545 recebendo este tratamento. Aos 80% da população que dependem do Sistema Público de Saúde, só
546 tem sido possível oferecer 10% do total das operações bariátricas. Portanto, há um longo caminho a
547 percorrer. Depois dessa apresentação, fez uso da palavra. Dr. **José Augusto Taddei**, que discorreu
548 sobre a obesidade e suas consequências, como um problema de saúde pública. Antes de falar sobre o
549 seu tema, considerou importante ressaltar os seguintes pontos das apresentações anteriores: a carga
550 de prevenção não deve ser colocada em cima somente do consumidor, mas também do governo, dos
551 especialistas, dos legisladores; a obesidade cresceu porque o ambiente mudou e não porque houve
552 mudanças genéticas importantes na população; é muito difícil controlar a obesidade, por isso, mais do
553 que tratar é preciso preveni-la; os alimentos, na sociedade ocidental, estão sendo tratados como outros

554 bens de consumo. Após essas observações, passou à sua apresentação com foco na prevenção da
555 obesidade. Nesse sentido, solicitou ao plenário que refletisse sobre a apresentação do Dr. Bruno
556 Genoleze Neto, quando fala do aumento da obesidade, porque não houve nenhuma mudança genética
557 importante na população. A única justificativa para esse fenômeno da obesidade é ambiental. A
558 obesidade cresceu na sociedade contemporânea porque o ambiente mudou e não porque houve
559 alteração a genética. Disse também que: é muito difícil controlar a obesidade com tratamento clínico
560 ou cirurgicamente; a melhor forma de lidar com a obesidade é prevenir, colocando a responsabilidade
561 não só no consumidor, mas também nos especialista, políticos e empresários; o que está acontecendo,
562 hoje, na sociedade ocidental é que os alimentos estão sendo tratados como os outros bens de
563 consumo (alimento não é igual tênis, não é igual carro); na população americana, é possível que os
564 jovens de 0 a 20 anos, sejam a primeira geração da história contemporânea americana, que vai viver
565 menos que seus pais, seguindo esse modelo é o que vai acontecer com a população brasileira, porém,
566 para que isso não aconteça é preciso criar mecanismos de controle como faz a Suécia, a Holanda,
567 Inglaterra, Espanha; as normas da ANVISA, na direção do controle, precisam ser aprovadas,
568 principalmente, no que diz respeito à propaganda de alimentos para crianças. A seguir, abordou
569 questões relacionadas às doenças crônicas, como às que não são passíveis de controle, citando a
570 globalização, urbanização, envelhecimento. Nessa perspectiva, lembrou que é preciso trabalhar com
571 dietas geradoras de doenças, inatividade física e tabagismo para controle dos fatores intermediários e
572 as doenças crônicas. Também disse que: a pobreza leva as doenças crônicas, contrariamente ao que
573 se pensa que doenças crônicas não transmissíveis são doenças da população abastada; há projeção
574 de morte no grupo etário de 30 a 69 anos, em vários países (no Brasil, adultos jovens morrem mais por
575 100 mil habitantes que no Canadá); é maior a consequência da obesidade e das doenças crônicas
576 associadas em sociedade menos desenvolvidas; existe efeito cumulativo dos vícios pelas doenças
577 crônicas, e as crianças estão começando a serem expostas a situações tóxicas na vida fetal, na
578 infância e na adolescência; a mensagem que trazia, enquanto especialista, é de alerta a essa situação
579 e que se deve tomar medidas urgente, por exemplo, não se pode esperar dez anos para controlar a
580 propaganda de alimentos; o consumo de açúcar aumentou de 114 gramas/dias *per capita* para 200,
581 considerando a ingestão de alimentos; houve aumento do consumo do sal, do refrigerante, dos
582 alimentos, tudo em proporções consideráveis, tendo sido verificado através de pesquisas domiciliares
583 e nacionais feitas pelo Estado brasileiro; há suscetibilidade muito grande das crianças, dos
584 adolescentes a novos produtos; as empresas produtoras de guloseimas, as produtoras de cigarro
585 focalizam seus esforços de divulgação nos jovens e crianças, porque são sujeitos receptivos a novos
586 produtos e estão formando seus padrões de consumo, uma vez conquistados se transformam em
587 consumidores para o resto da vida, é o que se pode chamar de fidelização de uma geração; o consumo
588 dessa geração é resultante do acesso nunca visto a alimentos saborosos de alto valor calóricos, que
589 são intensamente promovidos por campanhas que associam à beleza, ao prazer e à felicidade
590 (propaganda enganosa); a obesidade, nos adolescentes, provoca alterações metabólicas como pressão
591 arterial, diabetes, significando que os problemas de saúde não ocorrem somente na idade adulta dos
592 obesos; o governo brasileiro tem feito muito nessa área (o Programa Fome Zero, SGEPLAN/MS,
593 Segurança Alimentar), mas precisa estar atento para as consequências da obesidade; a merenda
594 escolar deve reduzir o uso de produtos industrializados; a regulamentação da publicidade pela ANVISA
595 deve ocorrer imediatamente, vez que já foi feita consulta pública a respeito desse fato. Questionou o
596 fato de tanto ter sido feito para controlar a obesidade e ainda assim continua no caos. De acordo com
597 uma pesquisadora americana, 4% do que é vendido é gasto em propaganda e a estimativa do
598 orçamento publicitário, no Brasil, é de um bilhão de reais ao ano, e não existe a percepção do mal que
599 tudo isso causa à população. O que existe é a lógica do capital, tanto que para cada dólar gasto pela
600 OMS na tentativa de promover a nutrição saudável, quinhentos dólares são gastos pelas indústrias de
601 alimento na promoção de alimentos processados, o que significa dizer que é uma vantagem muito
602 grande na deseducação da população. Daí que defendeu a regulação do processo. Chamou a atenção
603 para: o fato de a cada hora que o adolescente passa na frente da televisão aumenta em 2% a
604 prevalência da obesidade; o consumo infantil de mesada em guloseima, sorvetes, salgadinho e
605 bebidas, em 2005, foi de 5 bilhões de reais, significando uma quantia considerável. A seguir, passou
606 um filme do Instituto ALANA sobre a publicidade, ressaltando o seu poder ilimitado diante do público
607 infantil, o que pode ser considerado um crime. A intenção do Instituto com atividades dessa natureza é
608 desmontar um pouco o hábito que entra nas casas com a TV. Para concluir, fez alusão a temas como:
609 marketing social, ilhas de consciência, pirâmide da alimentação, propaganda enganosa, formas
610 inteligentes de consumir alimentos. Continuando as apresentações fez uso da palavra a Dra. **Patrícia**
611 **Chaves Gentil**. Primeiro, citou os seguintes dados: 609 mil obesos graves, correspondendo a 0,64%
612 dos adultos brasileiros e 6% dos adultos obesos (10,5 milhões); percentual de crianças menores de 5
613 anos com excesso de peso para altura - 6,6%; percentual de crianças menores de 5 anos com IMC
614 elevado por idade - 15,7%; percentual de crianças entre 5 e 10 anos com peso elevado por estatura
615 segundo - 10,8%; e percentual de adultos com obesidade - 18,8%. Discorreu sobre a etiologia e

616 tratamento da obesidade, explicando que obesidade é um agravo à saúde de caráter multifatorial, que
617 envolve questões biológicas às históricas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Trata-
618 se de um desequilíbrio entre o aporte calórico e o gasto energético – excesso de peso: fatores
619 ambientais – atividade física e alimentação, fatores genéticos (susceptibilidade), fatores psicológicos,
620 psicossociais e culturais. Sobre o tratamento, destacou que a complexidade está relacionada à
621 reeducação nutricional, orientação de atividade física, tratamento psicológico e tratamento
622 farmacológico e cirúrgico. Acrescentou que um acúmulo diário de 125 Kcal/ dia resulta em aumento de
623 7 Kg ao ano. Detalhou os fatores de risco para obesidade: estilo de vida sedentário; dieta com alta
624 densidade energética, alimentos pobres em micronutrientes; marketing pesado de alimentos de alta
625 densidade energética e de *fast foods*; alto consumo de açúcar – refrigerantes e sucos adoçados;
626 condições sócio-econômicas adversas (especialmente para mulheres de países em desenvolvimento;
627 alta proporção do consumo de alimentos preparados fora de casa (países desenvolvidos); padrão
628 alimentar (dieta restrita, consumo de álcool periódico); e álcool. Feito esse cenário, falou dos pontos de
629 entrada para o controle da obesidade em saúde pública (foco: no curso vital e custo-efetividade). 1)
630 Ações sobre a auto-regulação involuntária do balanço energético: a) individuais: planos terapêuticos
631 (nutrição, atividade física e etc), medicamentos e/ou cirurgia; limitações: baixa adesão continuada,
632 efeitos colaterais de medicamentos e cirurgias e riscos: distúrbios gastrintestinais (vômitos, absorção dos
633 alimentos); pós-operatórios (fístula, peritonite); carências nutricionais; osteoporose; queda de cabelo;
634 depressão; substituição do foco da compulsão (álcool, cigarro). Na alta complexidade, citou: Portaria n.º
635 492, de 31/08/2007 – diretrizes para a atenção ao portador de obesidade grave e normas de
636 credenciamento das unidades de assistência; entre 2001 e 2007: aumento do credenciamento de 8
637 para 17 Estados (53 serviços); aumento de 497 para 2.777 cirurgias (evolução de 458%); e aumento do
638 custo de R\$ 1,24 milhões para R\$ 9,17 milhões. Destacou ainda as limitações inerentes a sua
639 efetividade (longa fila de espera) e o alto custo, além de não dar conta da extensão do problema que
640 vem crescendo (em 1974/1975 - 0,18%, em 1999 - 0,33% e em 2002/2003 - 0,64%). 2. Ações sobre a
641 auto-regulação consciente do balanço energético: coletivas e individuais - ações de motivação,
642 informação e educação que diminuam a vulnerabilidade do indivíduo ao ambiente obesogênico e o
643 capacitem a identificar e adotar opções mais saudáveis; e limitações: as escolhas não são somente
644 individuais e estão relacionadas ao ambiente, nível sócio-econômico, educação, cultura e etc e baixa
645 efetividade em ambientes altamente obesogênicos. 3. Ações sobre o ambiente - coletivas: leis,
646 regulamentações, planejamento urbano, medidas fiscais e etc que desestimulem comportamentos não
647 saudáveis e tornem mais fácil a adoção de práticas de vida mais saudáveis; e limitações: alguns
648 elementos obesogênicos do ambiente não são modificáveis, outros só podem ser atenuados e muito
649 poucos podem ser completamente eliminados e interesses econômicos e políticos diversos. Pontuou as
650 propostas a respeito da atenção primária à saúde, com ênfase na Política de Promoção da Saúde -
651 Portaria n.º 687, de 30 de março de 2006. Detalhou que os objetivos da Portaria são: elaborar e
652 implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores, enfatizar a
653 mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade
654 individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao
655 tabagismo e proposta em sintonia com a Estratégia Global para Promoção da Alimentação Saudável,
656 Atividade Física e Saúde. Acrescentou ainda as prioridades no Pacto pela Vida: articular e promover os
657 diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros,
658 promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável. Destacou também a Política
659 Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN): intersetorialidade, segurança sanitária e qualidade dos
660 alimentos, monitoramento alimentar e nutricional, promoção de práticas alimentares saudáveis,
661 prevenção e controle de deficiências e distúrbios nutricionais, promoção do desenvolvimento de linhas
662 de investigação e desenvolvimento e capacitação de RH. Citou também: concepção dos Guias
663 Alimentares no Brasil e abordagem multifocal (profissionais de saúde, para todas as pessoas, governos
664 e setor produtivo e famílias). No que se refere a ambientes saudáveis para o controle da obesidade,
665 destacou: criação de ambientes favoráveis, plano de melhoria da qualidade nutricional dos alimentos
666 comercializados no Brasil e promoção da alimentação saudável nas escolas. Também falou da
667 proposta de regulamentação da publicidade de alimentos para o público infantil que dispõe sobre:
668 definição de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal; uso de advertências após a veiculação das
669 propagandas destes alimentos; restrição da utilização de figuras, desenhos e personalidades; restrição
670 do horário de veiculação (após 21 horas e até 6 horas); publicidade em instituições de ensino; e
671 associação com brindes, prêmios, bonificações e apresentações. Acrescentou que o texto foi submetido
672 à Consulta Pública em 1º de abril de 2007. A respeito da atenção à saúde - prevenção da obesidade e
673 assistência ao portador de obesidade, deu destaque à Portaria GM/MS nº. 1.569, de 28/06/2007, que
674 define as seguintes diretrizes: estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção
675 de danos, organizar linha de cuidado integral e integrado em todos os níveis de atenção no tratamento
676 da obesidade e suas co-morbididades, identificar determinantes e condicionantes, ampliar a cobertura do
677 atendimento, aprimorar a gestão e disseminação de informações e qualificar assistência e promover

678 educação permanente para profissionais de saúde. Destacou ainda a organização da Nutrição na
679 Atenção Primária à Saúde para promoção da saúde e prevenção da obesidade com as equipes de
680 Saúde da Família desenvolvendo de promoção da saúde e ações de aconselhamento alimentar e os
681 Núcleos de Apoio à Saúde da Família com ações de nutrição. Destacou ainda as linhas de cuidado por
682 fase do ciclo da vida - crianças, adolescentes, adulto e idoso, que são: protocolo de vigilância alimentar
683 e nutricional - menores de 2 anos, aconselhamento nutricional para crianças, protocolo de vigilância
684 alimentar e nutricional - adultos (>20 e <60 anos) e Caderno de atenção básica - Obesidade no serviço
685 de saúde. Por fim, listou como desafios: promover uma alimentação saudável é um compromisso de
686 todos; fortalecimento da Nutrição no serviço de saúde; compromisso dos Gestores da Saúde (Pacto de
687 Gestão) e de outros setores – federal, estadual e municipal: fortalecer estratégias de parcerias locais:
688 ESF x escolas x CRAS e fomentar os Municípios a incorporarem/fortalecerem as ações de PAS
689 considerando as diferentes vertentes de atuação (ações coletivas e individuais); métodos de educação
690 alimentar e nutricional mais efetivos, considerando as diferentes fases do curso da vida, especificidades
691 individuais e coletivas, cultura, métodos mais problematizadores e etc; disseminação da cultura de uma
692 alimentação saudável - comunicação adequada e contínua para as questões relacionadas à nutrição e
693 saúde; e parcerias e compromissos dos poderes Legislativo, Judiciário e setor produtivo.
694 **Manifestações:** conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que saúde tem um conceito amplo, tanto
695 que a Lei n.º 8080 contempla os aspectos nutricionais e, por isso, ressaltou a necessidade de o Pacto
696 pela Saúde, aprovado no CNS, ser debatido. Também disse que só seria possível avançar no debate
697 sobre a obesidade se colocada em prática estratégias que agregassem os conselhos estaduais e
698 municipais de saúde, uma vez que esse tema, com certeza, não é pauta nesses espaços. Lembrou que
699 o Ministério Público deveria ser chamado para o debate, porque o aspecto referente à mídia diz
700 respeito ao Estado. Como o tema obesidade é relevante no SUS, disse ser o tempo muito pouco para a
701 sua abordagem no CNS. Conselheiro **Clóvis Boufleur** cumprimentou a mesa pelas apresentações e
702 ressaltou que, pelas falas, percebeu que as mulheres ricas estão mais magras e as pobres, mas
703 gordas, os homens pobres, mais obesos o que evidencia uma situação paradoxal. Também ouviu da
704 mesa que a alimentação e os exercícios físicos ajudam a prevenir a obesidade e, consequentemente,
705 várias doenças. Sendo assim, disse não entender porque existe dificuldade de articulação entre o
706 Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social para a construção de estratégias que
707 previnam a obesidade. O que se percebe é uma linguagem diferente desses espaços no trato da
708 questão. Defendeu que houvesse ações intersetoriais e chamou a atenção para as pesquisas que
709 mostram que no semi-árido a população está mais equilibrada do ponto de vista nutricional. Solicitou
710 que a mesa comentasse essa questão. Por fim, apresentou duas propostas: a criança desnutrida deve
711 ser recuperada antes dos dois anos de vida. Depois disso, deve ganhar peso acompanhando a curva,
712 mesmo que permaneça desnutrida segundo a curva de crescimento peso x idade. Pesquisas científicas
713 publicadas na Revista Lancet indicam que, se essa criança ganhar peso acima dessa linha ela pode se
714 tornar um adolescente ou adulto obeso, além de ter mais chances de desenvolver diabetes, pressão
715 alta e problemas no coração. É importante que ela não ultrapasse a linha da desnutrição e que para
716 isso, tenha uma alimentação saudável. Uma alimentação saudável é a chave para que as crianças
717 ganhem peso de maneira equilibrada e não se tornem obesas; que o CNS encaminhasse
718 recomendação aos responsáveis pela propaganda de alimentos para que focassem o consumo de
719 frutas. Isso poderia até deflagrar uma campanha na contramão de alimentos menos saudáveis, do tipo
720 "compre uma fruta e leve um carrinho de presente". Finalmente sugeriu que seja mostrado na
721 rotulagem dos alimentos, além dos valores calóricos, o valor da dosagem diária recomendada.
722 Conselheira **Maria Helena Machado** disse que todos estavam de parabéns pela qualidade com que foi
723 tratado o tema. Observou que em países como a Alemanha não é permitido à inclusão de açúcar em
724 alimentos infantis, ao contrário do que ocorre no Brasil. Quis saber se a mesa tinha alguma informação
725 a esse respeito, haja vista que a Sociedade de Pediatria havia se mobilizado para coibir o açúcar e
726 outras substâncias nocivas à saúde de crianças. Considerou importante que qualquer ação nesse
727 sentido, tivesse as escolas como parceiras. Conselheira **Jurema Werneck**, a respeito da intervenção
728 da Conselheira Maria Helena, disse que no Rio de Janeiro havia um decreto proibindo alimentação não
729 saudável nas escolas públicas, mas as escolas particulares entraram com ação na justiça e esse
730 instrumento perdeu seu efeito legal. Conselheiro **Antônio Alves de Souza**, em nome do Ministério da
731 Saúde, agradeceu nominalmente os expositores e disse que o Ministro Temporão estava engajado na
732 defesa da regulação da propaganda sobre alimentos. Sugeriu que o Conselho pautasse
733 permanentemente esse tema, dada a sua relevância e mantivesse uma interlocução amiúde com os
734 conselhos estaduais e municipais para que também garantissem esse debate. A sugestão fora feita em
735 razão de muitas localidades estarem usando os recursos do Programa Bolsa Família para comprarem
736 alimentos sem nenhum valor nutricional, aumentado com isso o atendimento no SUS. Sendo assim,
737 defendeu que o tema passasse a ser uma bandeira de luta da gestão e do controle social. Conselheiro
738 **Raimundo Sotero**, na condição de quem já fez uso do procedimento, defendeu a cirurgia bariátrica
739 para a obesidade mórbida. Apresentou também as propostas trazidas do Fórum dos Usuários: que a

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

802 obesidade. Conselheira **Maria do Socorro de Souza**, sobre a cirurgia bariátrica considerou importante
803 o acompanhamento pós-cirurgia, em razão de ter conhecimento de complicações de pacientes depois
804 da cirurgia. Com relação à recomendação proposta pela Conselheira Sílvia, entendeu que devia
805 envolver não só a rede pública, mas também a rede particular. Além de várias políticas existentes
806 nesse sentido, que foram citadas pela Conselheira Rosana, disse que há outro desafio que o Estado e
807 a sociedade têm que enfrentar. Trata-se do modelo padrão de produção, de comercialização e de
808 consumo de alimentos para garantir a soberania nessa área. A CONTAG já vem fazendo isso nos
809 vários fóruns pertinentes. Conselheira **Marisa Fúria** referiu-se ao excesso de açúcar nos sucos
810 industrializados, o excesso de sal nos alimentos, o excesso de sódio nos sucos diet. O MS deveria
811 fazer o controle dessas situações. **Retorno da Mesa:** Dra. **Patrícia Chaves Gentil**, em relação às
812 questões que emergiram das intervenções, disse que as ações de promoção e prevenção devem ser
813 discutidas e colocadas em prática. Concordou que existam políticas e materiais disponíveis a respeito,
814 sendo necessário o enfrentamento do problema de forma mais agressiva, até pelo fato de ser um
815 processo complexo, que envolve mídia, indústria, gestor, usuários. Chamou a atenção para o fato de a
816 consulta pública sobre a propaganda de alimento infantil ainda não ter sido concluída. Dr. **Bruno**
817 **Genolese Netto**, em relação a uma intervenção sobre a eficácia da acupuntura para tratar os casos de
818 obesidade mórbida, manifestou-se contrário, dizendo que qualquer estudo a respeito não pode ser de 3
819 meses, e sim de 3 a 4 anos, porque é uma patologia crônica e reincidente. Disse também que não há
820 necessidade de esporte e sim de atividade física regular. Uma coisa é diferente da outra. Nos países
821 que ganham mais medalhas nas olimpíadas é onde mais aumenta a obesidade. Dr. **Artur Garrido**
822 respondendo as intervenções sobre cirurgia bariátrica assegurou que: o atendimento no SUS precisa
823 aumentar e melhorar; como é um procedimento recente no Brasil, ainda não existem equipes
824 multiprofissionais capacitadas e suficientes para atender esse tipo de paciente, as que existem têm
825 qualidade e são fiscalizadas pelo MS; o atendimento ainda é insuficiente no mundo inteiro, e o Brasil é
826 o segundo centro de cirurgia bariátrica do planeta; a solução não é ampliar o atendimento, e sim não
827 chegar à obesidade mórbida; no Brasil, há cinco milhões de pacientes que precisam ser atendidos,
828 porque a obesidade mórbida só em raríssimos casos é revertida. Conselheira **Nildes de Oliveira**
829 **Andrade** agradeceu os expositores pelo desprendimento de se fazerem presentes e qualificarem o
830 debate no CNS e, a seguir, apresentou os encaminhamentos resultantes dos debates.
831 **Encaminhamentos: monitorar esse tema de forma permanente, estimular o debate do tema nos**
832 **Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, assumir como bandeira do CNS o combate a**
833 **propagandas que estimulam a alimentação de forma inadequada, elaborar moção de apoio à**
834 **regulamentação da propaganda de alimentos, a ser enviada ao Ministério da Educação e**
835 **Ministério da Saúde, e ressaltar a necessidade de reduzir a fila da cirurgia bariátrica, com**
836 **garantia de acompanhamento aos pacientes que se submetem a esse procedimento.** Conselheiro
837 **Raimundo Sotero** fez um pedido para que o cafezinho servido no Conselho tivesse a opção do
838 adoçante, e o Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** informou que a revista que fora distribuída aos
839 conselheiros continha, na contracapa, um manifesto encaminhado aos prefeitos de seu estado. **ITEM**
840 **04 – REGULAMENTO E FLUXO OPERACIONAL DE EMISSÃO DE PASSAGENS E DIÁRIAS** – A
841 apresentação foi feita pelo Conselheiro **Antonio Alves de Souza**, Secretário de Gestão Estratégica e
842 Participativa/MS que, inicialmente, falou sobre as novas condições de trabalho do plenário, do ponto de
843 vista da informatização. Disse que cada conselheiro teria, a partir daquele momento, computadores e
844 pen drive. Também, informou que as condições de trabalho para os conselheiros relacionados à
845 informatização não é uma decisão isolada da SGEP. Teve sim a contribuição do Presidente do CNS,
846 que defendeu em seu mandato assegurar melhores condições de trabalho dos conselheiros. Lembrou
847 que esses recursos, entretanto, não deveriam interferir no andamento da reunião. Agradeceu também a
848 contribuição do DATASUS nesse processo. Conselheiro **Francisco Batista Júnior** interveio para dizer
849 que não tinha dúvidas do compromisso dos conselheiros para com a pauta da reunião, tanto que já
850 havia acordado com senhor **Fernando Cunha** para que fosse disponibilizado, na tela do computador, o
851 material referente ao ponto de pauta em debate. Conselheiro **Antonio Alves** retomou a fala e fez uma
852 apresentação relacionada ao tema. Começou citando a regulamentação da aquisição de passagens e
853 pagamento de diárias: Portaria MPOG nº. 98, de 16 de julho de 2003 (Geral), com definições gerais
854 para todos os órgãos públicos federais; e Portaria MS nº. 2112, de outubro de 2003, que estabelece
855 normas e procedimentos a serem adotados para solicitação, autorização, concessão e prestação de
856 contas, de diárias e hospedagem no âmbito do Ministério da Saúde. Explicou que, para aquisição de
857 passagens e pagamento de diárias por meio do SIPAD, o prazo é de dez dias de antecedência. A
858 requisição e autorização são feitas pelo setor demandante (Diretor, Coordenador e SE do CNS) e a
859 concessão pelo coordenador de despesas. Destacou que o Decreto da Presidência da República nº.
860 5992, de 19 de Dezembro de 2006, dispõe sobre a concessão de diária no âmbito da administração
861 federal direta, Autárquica e fundacional. No Art.10, § 2º, define que é vedada a concessão de diárias
862 para o exterior a pessoas sem vínculo com a Administração Pública federal, ressalvadas aquelas
863 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 SGEP
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 resarcimento 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

988 exercício do Controle Social, no VII Congresso Nacional da Rede Unida; junho – Plano de Trabalho de
989 2006 da CICIS e PID aprovados por unanimidade; julho – aprovada a participação da CICIS no
990 Congresso da ABRASCO; agosto – apresentação mais detalhada do PID e solicitação de
991 disponibilização de recurso para 2007 (aprovado), informe da pausa do processo de entrega dos
992 computadores durante o período eleitoral; 2007/2008 - 171^a RO – Resolução do CNS que institui o
993 comitê de acompanhamento do Acordo de Cooperação Técnica do PID (aprovada por unanimidade);
994 172^a RO – Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde deixou em aberto uma
995 vaga para titular e as vagas para suplentes, a fim de contemplar outras entidades interessadas para
996 participar da Comissão. (Foram sugeridas as seguintes entidades e órgãos: OBOÉ, Ministério da Saúde
997 e Ministério das Comunicações); 173^a RO – apresentação da proposta de composição da Comissão
998 que foi aprovada por consenso; 179^a RO apresentação relativa à distribuição dos computadores doados
999 pelo Banco do Brasil e as dificuldades enfrentadas pela falta de equipe técnica da SE/CNS; 180^a RO –
1000 dificuldades do CNS relativas às contratações e quadro de funcionários; e 182^a RO – aprovadas as
1001 duas indicações da CICIS para compor a Comissão Organizadora da Comemoração dos 20 anos do
1002 SUS. A seguir, fez um histórico dos planos de trabalho da Comissão. O Plano de Trabalho 2005
1003 contempla os seguintes eixos: implantação do Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde; ampliação
1004 das condições materiais de trabalho: o que informar e como informar; apresentação de um novo sítio do
1005 CNS; realização de seis seminários Regionais sobre Comunicação, Informação e Informática em
1006 Saúde: realização de Seminário Nacional de Comunicação, informação e Informática em saúde: Pacto
1007 pela Democratização e Qualidade da Comunicação e informação em Saúde; e preparação da
1008 Conferência Nacional de Comunicação, Informação e Informática em Saúde. O Plano de Trabalho 2006
1009 definiu como eixos de ação: consolidação, manutenção e acompanhamento do Cadastro Nacional de
1010 Conselhos de Saúde; encaminhamentos das propostas do I Seminário Nacional de CICIS/CNS para
1011 fortalecimento do Pacto pela Democratização e Qualidade da Comunicação e Informação em Saúde: reali-
1012 zar duas oficinas; ampliação do “Fique Atento; documentário sobre o CNS em português, inglês e
1013 espanhol para contribuir com as comemorações dos 70 anos do CNS em 2007, a ser apresentado na
1014 abertura da 13^a Conferência Nacional de Saúde; acompanhamento e atualização do sítio do Conselho
1015 Nacional de Saúde; auxílio para efetiva implementação das Comissões Intersetoriais de Comunicação e
1016 Informação em Saúde nos conselhos de saúde; participação nas atividades: a) Rede Unida b) Oficina
1017 com os Conselhos Estaduais de Saúde e c) ABRASCO; e Projeto de Inclusão Digital: parcerias (BB,
1018 SGEPE, MINICOM, FIOCRUZ, DATASUS. O Plano de Trabalho 2007 definiu as seguintes ações: duas
1019 solicitações à Comissão de Orçamento e Financiamento/CNS sobre ações desenvolvidas pelo
1020 Ministério da Saúde relativas à comunicação e informática; ampliação do “Fique Atento!”, Proposta para
1021 o Observatório de Problemas de Saúde, no âmbito no Programa de Inclusão Digital; produzir
1022 documentário sobre o CNS em português, inglês e espanhol para contribuir com as comemorações dos
1023 70 anos do CNS em 2007 e para abertura da 13^a Conferência Nacional de Saúde; acompanhamento e
1024 atualização do sítio do Conselho Nacional de Saúde; acompanhar e monitorar o Cadastro Nacional de
1025 Conselhos de Saúde – processo de atualização dos dados; executar o Programa de Inclusão
1026 Digital/CNS; elaborar o projeto editorial do CNS referente à rádio e TV; assessorar e capacitar as
1027 Comissões de Comunicação e Informação em Saúde dos Conselhos de Estaduais e Municipais de
1028 Saúde; incluir na dotação orçamentária do CNS, recursos financeiros para o desenvolvimento em sua
1029 plenitude das ações de Comunicação e Informação em Saúde do CNS. Detalhou também os seguintes
1030 avanços obtidos: aproximação com os conselhos de saúde dos estados e municípios; troca de
1031 informações com o pleno, mantendo suas deliberações; NCNS: implementação e atualização pelos
1032 presidentes dos conselhos; implantação do PID; ampliação da intersetorialidade (Fiocruz: ESNP/Canal
1033 Saúde; MS: SGEPE/Datasus, Intervozes, BB, MiniCom e Casa Brasil); Curso de Formação dos
1034 conselheiros em duas dimensões: preparatório de informática e comunicação e informação em saúde.
1035 Em prosseguimento, conselheiro **Geraldo Adão Santos** falou sobre as sugestões para a comemoração
1036 dos 20 anos do SUS. Nesse sentido, informou que: os responsáveis pelas sugestões reuniram-se
1037 mensalmente e produziram documentos a respeito já distribuídos aos conselheiros; reivindicaram junto
1038 à comissão organizadora, um espaço no site para a participação social e foram atendidos; a
1039 responsabilidade pelas matérias no site é do CNS. Disse também que o Conselho e a Comissão
1040 Organizadora dos 20 anos do SUS deveriam trabalhar juntos. Como proposta para o evento, sugeriu
1041 um pronunciamento do Presidente do CNS no sentido de focalizar o controle social, o Conselho com a
1042 nova composição, as expectativas para vencer os desafios, além disso, uma entrevista com os
1043 conselheiros. Informou também que todo o material impresso deverá ser distribuído aos conselheiros,
1044 assim como filmes feitos a respeito do tema. Considerou interessante que fosse disponibilizado, no site,
1045 matéria sobre as comissões, do ponto de vista da composição, estruturação, calendário de reuniões,
1046 etc. Chamar a atenção para o princípio federativo, das três esferas de governo, da autonomia dos
1047 conselhos. Disse ainda que está sendo solicitado um link para acesso as resoluções do CNS. Em
1048 relação à Cartilha dos Usuários, disse que a Comissão Organizadora dos 20 anos do SUS propôs a
1049 reedição da mesma, porém o Fórum dos Usuários discorda, porque não participa da sua elaboração.

1050 Por essa razão, solicitou ao GT responsável pela sua revisão que, até o dia 14, dê um posicionamento.
1051 Após, colocou-se à disposição. Em seguida, senhora **Maria Thereza Mendonça**, continuou com a sua
1052 apresentação com o plano de trabalho da Comissão. Concluída a apresentação, informou ao plenário
1053 que deixaria de ser conselheira em razão de seu trabalho. **Manifestações:** Conselheira **Fabíola Aguiar**
1054 **Nunes** informou que a Fiocruz/Brasília fizera um seminário de avaliação do papel da mídia na questão
1055 da febre amarela, quando fora feita uma análise das notícias sobre essa questão e concluíram que,
1056 muitas vezes a mídia não considera as informações técnicas dos órgãos responsáveis pelo assunto.
1057 Disse que isso o preocupava, porque se, a saúde é um direito de todos, é necessário garantir qualidade
1058 vida à população, e um dos componentes importantes nesse processo é a informação. Como a mídia
1059 pode tanto contribuir como prejudicar, defendeu que o Conselho pudesse dar atenção a esse aspecto.
1060 Sugeriu que a Comissão fizesse uma consulta jurídica para verificar se todas as ações que estavam
1061 propondo seriam mesmo de sua competência. Conselheiro **José Marcos de Oliveira** chamou a
1062 atenção para duas questões: o Pacto pela Saúde que precisa estar presente no plano de trabalho das
1063 comissões e as condições dos conselhos de saúde para receber o Programa de Inclusão Digital/PID.
1064 Registrhou que no contato que tem tido com os conselheiros de saúde de todo o Brasil, verificou a falta
1065 de informação de assuntos considerados importantes para o controle social. Conselheiro **Clóvis**
1066 **Boufleur**, em relação à primeira estratégia, quis saber de que maneira a Comissão poderia avaliar o
1067 impacto dessas ações. Quanto ao cartão SUS, perguntou aos conselheiros se os gestores e
1068 trabalhadores querem mesmo que esse instrumento seja implantado, haja vista que a proposta existe
1069 há doze anos. Propôs à Comissão agregar o tema sobre propaganda de alimentos, dentre os
1070 prioritários. Na mesma linha, sugeriu a Secretaria Executiva e a Comissão que estudem o potencial do
1071 Cadastro de Conselheiro. Finalmente, solicitou que: fosse feito um evento para o lançamento do
1072 relatório impresso da 13ª Conferência Nacional de Saúde; no site do MS e do CNS houvesse um
1073 espaço para as notícias dos conselhos estaduais e municipais de saúde. Conselheiro **Francisco**
1074 **Batista Júnior** perguntou ao conselheiro Antônio Alves como estava o processo de publicação do
1075 relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde, dizendo que em todas as suas viagens é muito
1076 cobrado a esse respeito. Enfatizou a responsabilidade que a Comissão tem no Programa de Inclusão
1077 Digital, no Cadastro de Conselhos de Saúde e também ao fato de o CNS não ter equipe de
1078 comunicação. Situação esta que gera muita frustração, ao contrário de dois anos atrás, quando a área
1079 de comunicação desenvolveu um trabalho excelente nacionalmente. Conselheira **Marisa Fúria**
1080 defendeu que a comunicação interna do Conselho também fosse objeto de ação da Comissão. Disse
1081 que todos os assuntos de relevância, pautados e debatidos no Pleno não tem retorno quanto os seus
1082 encaminhamentos. Conselheiro **Raimundo Sotero** trouxe como demandas do Fórum dos Usuários:
1083 que sejam produzidos materiais sobre controle social, especialmente, sobre o Conselho Nacional de
1084 Saúde para dar visibilidade a esse espaço e também para que os conselheiros possam usar quando
1085 necessário; que seja recomposta a equipe da comunicação do CNS; que o conselheiro José Marcos e a
1086 Conselheira Maria Isabel da Silva disponibilizassem o material sobre controle social. Conselheiro **José**
1087 **Marcos de Oliveira** chamou a atenção para a importância de, nos 20 anos do SUS, tratar da
1088 segurança social. Para tanto, sugeriu que o Conselho tomasse conhecimento do material a respeito
1089 produzido pelo CEBES. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** lembrou a responsabilidade da
1090 Comissão, tanto com fatos internos (articulação com os órgãos institucionais), como fatos externos
1091 (articulação com as entidades, sociedade). A propósito, informou que, na Oficina Regional sobre
1092 Orçamento e Financiamento, realizada em Fortaleza, no Projeto de Inclusão Digital, evidenciou a
1093 necessidade da qualificação dos conselheiros na área de informática. Disse ser esta uma luta
1094 libertadora com desafios que precisam ser enfrentados pelo controle social. Lembrou que o ponto alto
1095 do Seminário foi o Laboratório da Informática e considerou importante fazer um link da Oficina com as
1096 bases. Defendeu que todo o material produzido, pela Comissão e pela área de comunicação do CNS,
1097 fosse à perspectiva da segurança social, porque a luta é pela segurança social brasileira. Finalmente,
1098 conclamou para que houvesse diálogo da Comissão de Comunicação com a COFFIN. Conselheira
1099 **Maria Natividade Santana** concordou que as comissões tivessem interlocuções entre si. Com relação
1100 ao que a conselheira Fabíola dissera, resgatou uma proposta nascida em uma Oficina de Comunicação
1101 e Informação, no Congresso do CONASEMS, para a realização de um seminário, onde seria convidada
1102 a imprensa para esse mote de discussão. A segunda questão foi direcionada à fala do conselheiro
1103 Clóvis Boufleur, quando este disse que seria importante saber se as informações do MS estavam
1104 dando certo. Nesse sentido, disse que entendia serem os usuários capazes de fazer essa avaliação e
1105 dar o devido retorno ao Ministério. Solicitou à Secretaria Executiva do CNS que informasse o Plenário
1106 sobre a falta de equipe na área de comunicação. Conselheiro **Antonio Alves de Souza** interveio para
1107 dizer que o Relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde estava em processo de impressão.
1108 Entretanto, por razões administrativas e legais não era possível concluir-lo. A expectativa é que, em
1109 torno de 20 dias, já estivesse disponível para os conselheiros. Conselheiro **Francisco Batista Júnior**
1110 esclareceu o Plenário sobre a carência de recursos humanos na área de comunicação do CNS. Disse
1111 que essa situação era resultado da forma precária de contratação. **Maria Thereza Mendonça**

1112 agradeceu ao Pleno pelas contribuições e fez as seguintes observações: a inclusão do tema
1113 seguridade social e realização de seminários são passíveis de serem incorporados nas ações da
1114 Comissão, mas há ações que a esta cabe tão somente o acompanhamento, porque não tem papel de
1115 execução; dar visibilidade nacional ao Conselho não é atribuição da Comissão e sim da equipe de
1116 comunicação do CNS; a ASCON tem um trabalho que verifica o impacto das informações do MS junto
1117 aos usuários e que através dos relatórios a serem apresentados ao Conselho, este poderá dizer à
1118 Comissão quais ações para serem acompanhadas; é competência da Comissão o acompanhamento
1119 da informação e comunicação em saúde do Ministério dirigida ao usuário; dentro da política de
1120 Comunicação e Informação emergirá a relação com Pacto pela Saúde; o mapeamento do PID está
1121 sendo feito e o Comitê virá ao CNS apresentar esse trabalho; as denúncias sobre a entrega dos
1122 computadores deverão ser encaminhadas ao Comitê, porque o objetivo é a transparência; será
1123 apresentado para o Conselho um relatório sobre os cursos de formação presenciais que estão
1124 ocorrendo e do grupo focal para a educação continuada; a Comissão pode incorporar o debate sobre
1125 propaganda de alimento, da mesma forma que incorporará outras demandas das Comissões; fazer um
1126 caderno destacando as propostas da 13ª Conferência não é papel da Comissão, bem como cuidar do
1127 site do CNS, pode sim, fazer o acompanhamento; o conselheiro Fernando Eliotério participa do Comitê
1128 do PID e, por isso, convidou a Comissão para participar das oficinas que a COFIN está realizando; a
1129 formulação de DVD contendo material sobre controle social não é papel da comissão. Conselheiro
1130 **Clóvis Boufleur**, não se sentindo contemplado no questionamento relacionado ao cartão SUS, insistiu,
1131 perguntando se a Comissão iria considerar o levantamento de mérito no enfoque desse debate.
1132 Também conselheiro **Raimundo Sotero**, dada a importância do material da conselheira Maria Izabel da
1133 Silva e do conselheiro José Marcos de Oliveira, solicitou que fosse demandada a quem de direito a
1134 formulação do DVD. **Maria Thereza Mendonça** esclareceu que, se o Plenário deliberar a Comissão
1135 pode acompanhar esse processo. Conselheira **Maria Natividade Santana** informou que houve uma
1136 conversa com o DATASUS sobre a nova proposta do Cartão SUS feita pelo MS e que será
1137 apresentada na Comissão. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que o Cartão SUS é pauta
1138 da COFIN, porque a Comissão já está preocupada com essa discussão. Conselheiro **Geraldo Adão
1139 Santos** disse que no próximo ano haverá gestão nova de prefeitos e secretários de saúde, por isso
1140 valeria a pena a Comissão fazer um levantamento dessa situação e buscar uma interação do CNS com
1141 os CES e CMS. Conselheira **Maria Natividade Santana**, na condição de coordenadora da mesa,
1142 agradeceu os integrantes da Comissão de Comunicação pela apresentação do trabalho e o interesse
1143 dos conselheiros pelo tema. **Encaminhamentos: 1 – para o Pleno: apresentar, na próxima reunião,
1144 um mapeamento dos conselheiros aptos a utilizarem a informática; materiais para a educação
1145 continuada dos CES e dos CMS, relatório dos cursos de formação e grupo focal; análise do
1146 Cartão SUS; 2 – para CICIS: incorporar no Plano de Trabalho a discussão de relação da proposta
1147 de política de comunicação com o Pacto pela Vida; incorporar na 2ª reunião ampliada a
1148 discussão e apoio ao tema segurança social; agregar o debate da propaganda de alimentos no
1149 item 2.1 do Plano de Trabalho; manter interlocução com outras comissões, participar dos
1150 seminários que a COFIN está realizando e disponibilizar pesquisa para o próximo seminário que
1151 será em Florianópolis; aprovado o Plano de Trabalho bem como a recomposição da CICI. 3 -
1152 para a Secretaria Executiva: acompanhar o papel da mídia nas campanhas. Deliberação: foi a
1153provado o Plano de Trabalho da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação bem
1154 como a composição. ITEM 06 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS –**
1155 Apresentação: Dr. **Cloer Vescia Alves**, Coordenador Geral de Urgência e Emergência/SAS/MS.
1156 Primeiro, o coordenador citou a legislação que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção às
1157 Urgências: Portaria GM nº 1.828, de 02/09/2004, institui incentivo financeiro para adequação da área
1158 física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o
1159 território nacional; Portaria GM nº. 2.420, de 09/11/2004, constitui Grupo Técnico visando avaliar e
1160 recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos
1161 episódios de morte súbita; e Portaria GM nº. 2.657, de 16/12/2004, estabelece as atribuições das
1162 centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e
1163 operacionalização das Centrais SAMU-19. Detalhou também a Portaria GM nº 2048/02 que trata: Plano
1164 Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, A Regulação Médica das Urgências e
1165 Emergências, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento
1166 Hospitalar, transferências e transporte inter-hospitalar, Núcleos de Educação em Urgências. Falou
1167 ainda da Portaria GM nº 1.863/03 que define a Política Nacional de Atenção às Urgências tendo como
1168 pilares de sustentação: humanização, organização de Redes Assistenciais, estratégias promocionais,
1169 regulação Médica de Urgências e qualificação e Educação Permanente. Acrescentou que essa Política,
1170 elaborada dentro dos preceitos constitucionais do SUS, representa um importante avanço do capítulo
1171 das urgências da Reforma Sanitária Brasileira. A seguir, detalhou a coordenação geral de urgência e
1172 emergência: APH móvel - SAMU 192; APH Fixo (UPA) – Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (UPA); e
1173 Emergências Hospitalares – QualiSUS. Destacou que o cenário e a Gestão do APH apontam para

1174 necessidade de uma postura pró-ativa frente à morbidade/mortalidade, onde acesso à informação é
1175 estratégico para planejamento das ações para uma atenção às urgências cada vez mais qualificada. O
1176 APH pode trazer importantes contribuições como “observatório” das urgências (Portaria 2.048/MS/02 e
1177 Portaria 1.863/MS/03). Falou da perda de anos de vida em relação à expectativa média de vida: 35 –
1178 trauma, 15 – câncer e 12-15 – cardiovascular. A respeito do Serviço de Atendimento
1179 Móvel de Urgência (Portaria MS nº 1.864/03), destacou que define como responsabilidade Tripartite
1180 apontar critérios de Regionalização para a Rede SAMU 192 e elaborar estudo para o APH FIXO com
1181 base na regionalização. Ainda sobre o SAMU, citou os seguintes dados: SAMUs habilitados: 145 até
1182 2008; municípios cobertos: 1.183; e população atendida: 100.329.000. A respeito da regulação médica,
1183 destacou: implantar modelo adequado ao porte do SAMU e Sistemas: regulação médica, despacho de
1184 tráfego, exportação de dados e links entre centrais. Falou também dos profissionais da rede nacional do
1185 SAMU 192, detalhando a categoria dos 21.247 profissionais: médicos - 3.703; enfermeiros - 2.391;
1186 Auxiliar e técnico de Enfermagem - 5.702; Condutores - 5.130; TARM/Rádio Operador - 2.591; e outros
1187 - 1.642. Também comentou a proposta de inclusão de novas tecnologias e procedimentos: DEA,
1188 trombolítico e telemedicina. A seguir, abordou os seguintes aspectos da Política Nacional de Atenção
1189 às Urgências: a) componente pré-hospitalar fixo – atendimento pré-hospitalar fixo (unidades não
1190 hospitalares de atendimento às urgências): publicação de nova portaria a respeito de redes de atenção
1191 às urgências, com prioridade à implantação de UPAs; b) componente hospitalar - unidades
1192 hospitalares de atendimento às urgências: publicação de nova portaria instituindo a regionalização do
1193 programa Qualisus, abrangendo hospitais macro e regionais; c) componente hospitalar - unidades
1194 hospitalares de atendimento às urgências: publicação de nova portaria instituindo a regionalização do
1195 programa Qualisus, abrangendo hospitais macro e regionais. Discorreu sobre a proposta da CGUE de
1196 estruturação de Redes de Atenção às Urgências que visa: integrar o APH Móvel aos demais
1197 componentes; Plano de implantação de Unidades de Pronto Atendimento; e Emergências Hospitalares
1198 (QUALISUS). Por fim, citou os seguintes projetos: Projeto SAMU Criança/Adolescente “SAMUCA”,
1199 Plano Nacional de Contingência para Acidentes com Múltiplas Vítimas e Desastres; Plataforma de
1200 Logística Nacional; e Força-Tarefa de Pronta-Resposta e SAMU Padrão. **Manifestações:** conselheiro
1201 **Antônio Alves de Souza**, inicialmente, parabenizou a apresentação e o avanço que a política teve nos
1202 últimos tempos. Perguntou sobre o atendimento da população de Fernando de Noronha. Dr. **Cloer**
1203 **Vescia Alves** disse que o SAMU de Recife é responsável pelo atendimento de Fernando de Noronha e
1204 já foi descentralizada uma unidade para a Ilha e reconheceu que há, dada a realidade dessa
1205 população, dificuldade na seqüência do atendimento. Um dos assuntos da Câmara Técnica será essa
1206 realidade, haja vista que não basta só o atendimento do SAMU. Conselheira **Rosangela da Silva**
1207 **Santos** em relação à regulação, à regionalização e à organização da rede, disse que esse processo
1208 depende das três esferas de governo. No Rio de Janeiro, as emergências estão lotadas, quem está na
1209 emergência do município, manda para o UPA, também faltam profissionais. Situação diferente dessa
1210 ocorre com o SAMU que tem um atendimento excelente. Disse, inclusive, que um parente de uma
1211 conselheira fora salvo pelo SAMU. Apresentou preocupação com o financiamento e com o
1212 monitoramento do padrão de qualidade no atendimento nas diferentes regiões. Dr. **Cloer Vescia Alves**
1213 disse que a contratação de profissionais é de competência do governo estadual e municipal, não tendo,
1214 pois, o gestor federal ingerência sobre esse processo, exceto nos casos em que são determinados pela
1215 legislação. Há situações em que o gestor opta pelo consórcio intermunicipal, como exemplo citou o
1216 caso do consórcio da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, e, em Santa Catarina, as ações de
1217 regulação do SAMU estão sob a responsabilidade de uma Organização Social. Considerou que os 5
1218 anos de existência dessa estratégia precise ser aprimorada com debates sobre o controle, indicadores,
1219 mecanismos de avaliação tal como faz o sistema francês em seu 40 anos de implantação. Reconheceu
1220 que não há ainda instrumentos para uma avaliação de qualidade das ações do SAMU e, com certeza,
1221 levará tempo para o aprimoramento da gestão. Os complexos reguladores não existem em número
1222 suficiente e não estão totalmente organizados nos estados, daí por que fazer qualquer movimento na
1223 intervenção sem simultaneamente avançar na regulação seria uma ação ineficaz. Não há como fazer
1224 gestão sem a regulação do acesso. Disse que nesse sentido está sendo feito debate no RJ. Concordou
1225 que se deveria fazer a avaliação da qualidade das ações do SAMU, porém, ainda não existe esse
1226 instrumento. Todavia, estão sendo desenvolvidas ações de capacitação e de regulação. Conselheiro
1227 **Luiz Antonio Neves** concordou com a qualidade do serviço que o SAMU vem prestando à população
1228 brasileira e sentiu-se satisfeito, porque essa estratégia atende os princípios do SUS, inclusive, no
1229 aspecto de regionalização das estruturas de serviço. Mesmo reconhecendo esses aspectos positivos,
1230 sentiu falta, na apresentação dos determinantes, que estão levando a população a solicitar o SAMU, e
1231 a propósito, solicitou ponto de pauta para o Relatório dos Determinantes Sociais que já está pronto.
1232 Para encerrar a sua intervenção, disse que o modelo UPA é um modelo criado pelo Estado do RJ para
1233 suprir uma carência do município, com isso tem deixado de organizar a média e alta complexidade, que
1234 é uma deficiência do Estado do RJ e do próprio SUS, por essa razão, não considera ser um modelo
1235 para referência nacional. Conselheira **Jurema Werneck**, a despeito de considerar também o SAMU

1236 uma grande estratégia de atendimento, demonstrou preocupação ao nº 46 da política apresentada, que
1237 mostra a realidade. Depois do atendimento do SAMU há muros, e que para o gestor esse fato passa a
1238 ser objeto de boas idéias, o que não é suficiente para resolver os problemas da saúde no Brasil.
1239 Defendeu as boas idéias seguidas de ações efetivas para solucionar os problemas de saúde da
1240 população brasileira. Conselheiro **Armando Raggio** compartilhou com o representante do Ministério da
1241 Saúde a expectativa do CONASS na operacionalização das Unidades do Pronto Atendimento/UPAs,
1242 porque é uma reivindicação dos gestores estaduais e municipais desde o início do SMU. Mostrou
1243 preocupação em relação ao uso da moto, vez que é muito vulnerável no trânsito. Por fim, chamou a
1244 atenção para a importância de se observar à singularidade, por que o grande objetivo do SUS e a
1245 paróquia, o vínculo, a proximidade com o paciente. Conselheiro **Geraldo Adão Santos** disse que o
1246 SAMU integrado foi uma das grandes conquistas do SUS. Lembrou dos questionamentos que foram
1247 feitos ao Ministro da Saúde a respeito das limitações das unidades que recebiam os pacientes. A
1248 promessa foi de que seria formado um grupo de trabalho para estudar o assunto. Nessa linha, solicitou
1249 esclarecimento sobre o fato de o SAMU só atender município acima de 200 mil habitantes e quando
1250 feito consórcio dos municípios pequenos quis saber qual a garantia de um bom atendimento.
1251 Conselheira **Nildes de Oliveira Andrade** parabenizou pela apresentação e a todos os profissionais que
1252 atuam na área do SAMU e disse que a população reconhece essa estratégia como uma das que têm
1253 êxito no SUS. Conselheiro **Raimundo Sotero**, em relação às doenças metabólicas e nutricionais,
1254 observou que há uma grande quantidade de pacientes que morrem por hipoglicemias e pelo uso de
1255 alguns tipos de medicamentos. Quis saber sobre a relação causa efeito. Também demonstrou
1256 preocupação no que diz respeito aos pacientes que precisam de atendimento e são atendidos na
1257 emergência, mas depois morrem pela falta de continuidade no tratamento. Conselheira **Marisa Fúria**
1258 falou sobre três questões. A primeira para saber se o helicóptero não seria mais rápido que a lancha,
1259 principalmente, nos casos da Amazônia. A segunda, perguntou como é feito o atendimento das
1260 pessoas com deficiência intelectual no SAMU e terceira, solicitou esclarecimento sobre os locais de
1261 atendimento, haja vista que, em uma situação conhecida em São Paulo, não foi possível levar o
1262 paciente à unidade do SUS mais próxima do domicílio. Conselheira **Keyllaff Miranda**, no que diz
1263 respeito ao fluxo do SUS na emergência e na urgência, defendeu como porta de entrada atenção
1264 básica. Perguntou se o comentário de que o SAMU seria terceirizado era procedente e se não atendia
1265 pacientes com doenças crônico-degenerativas, psicóticos, com transtornos mentais e idosos.
1266 Conselheiro **Francisco Batista Júnior**, em relação à reflexão feita sobre a apresentação, pontuou os
1267 seguintes aspectos: o SUS, nos 20 anos, tem um balanço positivo, porém, neste momento, com o
1268 modelo de atenção, o processo aviltante de privatização e a precarização do trabalho, pode ser
1269 inviabilizado: coloca o SAMU no patamar da Saúde da Família, como uma iniciativa muito positiva, mas
1270 que hoje, em diversos lugares, é porta de entrada do sistema; o SAMU é uma das estratégias do SUS
1271 com maior precarização do trabalho e de maior terceirização; se o governo não reverter essa realidade,
1272 o SUS será inviabilizado; o Conselho Nacional de Saúde precisa chamar para si esse debate e cobrar
1273 do governo; a privatização mais selvagem e mais cruel é a que se dá pela transferência de
1274 responsabilidade para grupos privados; Dr. **Cloer Vescia Alves** fez um reparo inicial no que diz
1275 respeito às UPAs do Rio de Janeiro. Não disse que a política está sendo adotada com saneamento da
1276 atenção básica e da Saúde da Família. O que disse é que as UPAs, no RJ, promovem um debate sobre
1277 a resolução no atendimento que executam. Certamente, em locais onde a atenção básica estiver
1278 deficiente e não for tomado o devido cuidado, as UPAs não serão solução. O estrangulamento do SUS
1279 que chamou de triste realidade, verdadeiramente ocorre, porém as ações de planejamento em saúde
1280 não podem, de forma alguma, serem excludentes. A urgência e a emergência têm características
1281 transversais, existem desde a atenção primária até a alta complexidade. Assim, as ações têm que
1282 serem desenvolvidas simultaneamente. O fato de o Ministério da Saúde estar focando em uma dessas
1283 ações, não significa que as outras não estejam acontecendo. O posicionamento da urgência é de que
1284 as ações, se necessário, têm que acontecer por água, por terra e pelo ar. Quanto ao estrangulamento
1285 da porta hospitalar, reportou-se a história da saúde pública no Brasil e no modelo vigente na cultura da
1286 população que é hospitalocêntrico. Sendo assim, disse que levará tempo para que a população
1287 entenda que SAMU (192), Unidade de Pronto Atendimento/UPA e Pronto Socorro podem dar a
1288 resolução adequada. Ressaltou que o SAMU existe dentro de um modelo no MS que está sendo
1289 avaliado nas demais áreas, departamento e coordenação de atenção hospitalar. Com relação ao
1290 estudo que o Ministério da Saúde está fazendo para que haja uma legislação federal para normatizar o
1291 uso do desfibrilador externo automático, disse ser uma iniciativa necessária, vez que há diferenças
1292 conceituais e de uso nos estados e municípios. Esse assunto, informou, deve ser pauta do CONASS e
1293 CONASEMS. Informou ainda não ter mais o corte de 200 mil habitantes para a utilização do SAMU.
1294 Nesse sentido, há legislação sobre a regionalização do SAMU 192, para dar ênfase ao agrupamento
1295 dos pequenos municípios para receberem o atendimento. Quanto às crises de hipoglicemias por conta
1296 de quaisquer condições clínicas são atendidas pelo SAMU, embora não haja nenhuma ação específica
1297 direcionada para essa finalidade. No que diz respeito aos portadores de deficiências, em especial os

1298 autistas, comprometeu-se a verificar com a sua equipe os casos já atendidos e como poderia melhorar
1299 a qualidade do atendimento quando fosse necessário. Reconheceu que, em muitos casos, os
1300 atendimentos dos pacientes com comprometimentos intelectuais não são feitos como deveriam, a
1301 despeito de se estar investindo em capacitação dos profissionais para melhorar a qualidade do
1302 atendimento. Também explicou que o SAMU transporta os pacientes para o hospital referência do SUS
1303 sempre mais próximo do domicílio. Ressaltou que há uma preocupação do Departamento de
1304 Emergência quanto à atenção básica, tanto que há uma interlocução amiúde com o departamento que
1305 cuida dessas ações. No que se refere aos determinantes sociais, disse que estes se encontram em
1306 diversos cenários da saúde pública, citando, como exemplo, o 192, que atende em primeiro lugar,
1307 eventos cardiovasculares, em segundo, cerebrovasculares e, em terceiro, traumas. Daí que tudo que
1308 estiver fora da promoção, o SAMU tem estar preparado para atender, porque a ação da urgência e da
1309 emergência não pode ser excludente. Por último, abordou a questão do financiamento, dizendo que: há
1310 um amplo debate no MS para mostrar que a remuneração por procedimentos na área de urgência e
1311 emergência já se mostraram inadequados; não é que não haja mecanismos, é que a pró-atividade
1312 dificilmente se daria via legislação; a questão da precariedade já está sendo tratada no Ministério
1313 Público, no Ministério do Trabalho; quando um consórcio de municípios contrata serviços, de acordo
1314 com a lei trabalhista, para operar os serviços do SAMU não pode ser considerada precarização e assim
1315 entende o MP e o MTE. Assim, entende que o debate está posto. Explicou ainda que não poderia
1316 responder sobre o estrangulamento da rede hospitalar, mas com certeza esse assunto estaria na pauta
1317 do setor competente. Conselheiro **João Batista Junior** disse que a mão de obra do SUS deve ser via
1318 concurso público e obedecendo a Lei 8.112. Conselheiro **Antonio Alves de Souza** chamou a atenção
1319 para o fato de a Constituição Federal não determinar a forma de contratação para o SUS e, ademais,
1320 informou que tem uma Emenda Constitucional, aprovada pelo Congresso, que permite a contratação
1321 por vínculo celetista. Conselheiro **Ronald Ferreira dos Santos** sugeriu que, da mesma forma, como
1322 foi apresentada a política de urgência e emergência, deveria ser apresentada a de atenção hospitalar.
1323 Dr. **Cloer Vescia Alves** agradeceu a oportunidade, a acolhida e disse que todas as contribuições serão
1324 analisadas. **Encaminhamento: dar seqüência ao debate, convidando a Coordenação de Atenção**
1325 **Hospitalar para apresentar a Política Nacional de Atenção Hospitalar; e consultar à assessoria**
1326 **do Conselho Nacional de Saúde - CNS e a partir dessa consulta apresentar ao CNS uma**
1327 **proposta de resolução para que o MS não repasse recursos aos estados e municípios que**
1328 **precarizam e/ou terceirizam a força de trabalho na gestão do SUS.** Antes de passar para o próximo
1329 ponto da pauta houve intervenções. Conselheiro **Luiz Antonio Neves** solicitou esclarecimento sobre o
1330 ponto de pauta da CIRH. Havia entendido que os conselheiros teriam acesso aos pareceres da
1331 abertura de novos cursos com antecedência, o que não acontecera. Conselheira **Ruth Ribeiro**
1332 **Bittencourt** explicou que a senha não está disponibilizada no e-mec. Se o conselheiro desejasse ter
1333 acesso aos processos, precisaria solicitar ao GT ou solicitar vistas no plenário. Isso está acontecendo,
1334 porque o sistema está em processo de construção. **Encaminhamento: no ponto de pauta da CIRH**
1335 **será visto uma forma de viabilizar o acesso dos conselheiros aos pareceres.** Depois disso,
1336 conselheiro **Francisco Batista Júnior** encerrou os trabalhos e solicitou pontualidade no dia seguinte.
1337 Estiveram presentes os seguintes conselheiros: **Titulares: Afonso Magalhães, Artur Custódio Moreira**
1338 **de Sousa, Bruna Ballarotti, Carlene Borges Soares, Ciro Mortella, Eufrásia Santos Cadorin,**
1339 **Fabiola de Aguiar Nunes, Francisco Batista Júnior, Geraldo Adão Santos, Graciara Matos de**
1340 **Azevedo, João Donizeti Scaboli, José Marcos de Oliveira, José Wellington Santos, Jurema Pinto**
1341 **Werneck, Luiz Antônio Neves, Maria Goreti de Lima, Maria Helena Machado, Nildes de Oliveira**
1342 **Andrade, Raimundo Sotero, Raquel Rigotto, Rogério Torkaski, Ronald Ferreira dos Santos,**
1343 **Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir**
1344 **Andrade França, Valdirlei Castagna, Wander Geraldo da Silva. Suplentes: Armando Tadeu**
1345 **Gastapaglia, Dary Beck Filho, Denise Torreão C. da Silva, Fernando Luiz Eliotério, Flávio**
1346 **Londero, Geraldo Alves Vasconcelos, Jorge Alves de Almeida Venâncio, José Caetano**
1347 **Rodrigues, Keillaff Maria Alves de Miranda, Luana de Jesus, Maria do Socorro de Souza, Maria**
1348 **Laura Carvalho Bica, Maria Natividade G. S. T. Santana, Marisa Fúria, Marlene Braz, Ricardo**
1349 **Donizeti de Oliveira, Rosane Nascimento, Silvia Vignola.** Antes de iniciar o ponto da pauta,
1350 conselheira **Raquel Rigotto** deu um informe sobre a organização da 1ª Conferência Nacional de Saúde
1351 Ambiental, dizendo que: ocorreu a reunião com a presença do Presidente do CNS, que foi politicamente
1352 muito importante, e do Ministério do Meio Ambiente, das Cidades, da Saúde e outras entidades. Na sua
1353 explanação, abordou os seguintes aspectos da Conferência: a) Lema: Saúde e Ambiente: Vamos
1354 cuidar da gente!; b) Tema: Saúde Ambiental na Cidade, no Campo e na Floresta: Construindo
1355 Cidadania, Qualidade de Vida e Territórios Sustentáveis; c) Objetivo geral: definir diretrizes para a
1356 política pública integrada no campo da saúde ambiental, a partir da atuação transversal e intersetorial
1357 dos vários atores envolvidos com o tema; d) objetivos específicos: promover e ampliar a consciência
1358 sanitária, política e ambiental da população sobre os determinantes socioambientais num conceito
1359 ampliado de saúde; promover o debate social sobre as relações de saúde, ambiente e

1360 desenvolvimento, no sentido de ampliar a participação da sociedade civil na construção de propostas e
1361 conhecimentos que garantam a qualidade de vida e saúde das populações em seus territórios;
1362 identificar territorialmente e em contexto participativo as iniciativas inovadoras e os problemas
1363 referentes ao binômio saúde-ambiente e as demandas da sociedade para o poder público; fortalecer
1364 iniciativas que promovam o exercício da cidadania e a garantia do direito à saúde junto ao poder
1365 público no sentido de dotar o aparelho do Estado de instrumentos e instituições sustentáveis (sistemas
1366 integrados) relacionados à saúde ambiental; e) idéias para fazer a diferença na metodologia: Sítio –
1367 ampliação do acesso a documentos, informações, fórum de debate, consultas públicas, disponibilização
1368 de textos, formação; Tribunal de Conflitos Sócio-Ambientais com Impacto na Saúde; Exposição e
1369 divulgação de iniciativas, experiências e tecnologias inovadoras durante a CNSA; Identificação de todos
1370 os eventos de entidades potencialmente envolvidas agendados e levar o debate da CNSA a eles
1371 (MOPS, Mercúrio, Benzeno, Amianto, Dirigentes de VSA e ST, FSM, X Encontro Nacional do Fórum
1372 Nacional de Comitês de Bacias Hidrográficas, Encontro Nacional e Regionais CONTAG, etc); Contribuição
1373 das pesquisas Quem é Quem na SA e Mapeamento dos CSA com impacto à saúde no
1374 Brasil; Coerência na infra da CNSA: local, água, papel, lixo, alimentação, etc; Produção de Texto
1375 Básico, Documento-base, Teses; f) Conceitos fundantes: Sustentabilidade, Cidadania, Vulnerabilidade
1376 Sócio-ambiental; O modelo de desenvolvimento e suas implicações para a saúde no campo e na
1377 floresta: as monoculturas, agronegócio, concentração de terra, migração, trabalho precário,
1378 desmatamento, queimadas e pecuária, agrotóxicos e contaminação humana e ambiental, cadeia ferro-
1379 aço, obras de infra-estrutura; Dinâmica rural-urbana e segurança e soberania alimentar; Mudanças
1380 ambientais globais e a saúde; Direito à moradia digna, com regularização fundiária e serviços públicos
1381 de segurança, educação, saúde e saneamento; Áreas contaminadas e populações afetadas por
1382 poluição: cuidando do ambiente e das pessoas; Direito e acesso à informação e à educação em saúde
1383 ambiental; Água: cidade, mananciais, acesso, qualidade, contaminação e saúde da população,
1384 transposição do São Francisco; Abordagens sistêmicas dos Resíduos sólidos, cidadania e inclusão,
1385 ambiente e saúde; Qualidade do Ar; Vigilância em Saúde Ambiental: fortalecimento, financiamento,
1386 fronteiras, unidades de conservação, Licenciamento Ambiental, planejamento e ordenação territorial,
1387 Agenda 21 Local, processos de territorialização no SUS, articulação intersetorial de políticas,
1388 aperfeiçoamento do arcabouço jurídico e poder vinculante, integração com agentes ambientais e de
1389 saneamento, PL 3057; Agroecologia; Habitação Saudável; e Alternativas para o Saneamento. Por fim,
1390 apresentou a programação do Seminário CISAMA a ser realizado nos dias 27 e 28 novembro de 2008.
1391 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** disse que, socializada as informações a respeito da
1392 Conferência, a idéia é que sejam feitas as indicações para a Comissão Organizadora. **Deliberação: o**
1393 **Plenário definiu que comporão a Comissão Organizadora da 1ª Conferência Nacional de Saúde e**
1394 **Meio Ambiente dois representantes dos trabalhadores, dois representantes do gestor/prestador**
1395 **e quatro representantes dos usuários.** **ITEM 07 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO**
1396 **ONCOLÓGICA** – Coordenação da Mesa: conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**. Apresentação: Dr.
1397 **Luiz Antônio Santini**, Diretor-Geral do Instituto; Nacional do Câncer/MS. Iniciou sua apresentação
1398 informando, que, de acordo com o Relatório da UICC 2005, foram reportados, em 2006, 1,1 milhões de
1399 novos casos de câncer e 7 milhões de mortes no mundo todo. Em 2020, serão 16 milhões de novos
1400 casos, com 12 milhões de mortes. Somente os países menos desenvolvidos, o aumento de casos de
1401 câncer será de 60%. Em seguida, explicou que o aumento da expectativa de vida em todas as regiões
1402 do mundo, gera o problema do aumento da incidência de câncer na população. Com relação ao Brasil,
1403 a estimativa do número de casos novos de câncer para o ano de 2008 é de 472.000 novos casos,
1404 sendo 49,7% homens e 50,3% mulheres. Após, mostrou uma tabela ilustrando a magnitude do
1405 problema. Dos 472.000 novos casos, a mortalidade foi de 141.000 mortes. No âmbito hospitalar do
1406 SUS, foram 423.000 internações, enquanto no âmbito ambulatorial, foram 128.000 sessões de
1407 quimioterapia por mês, 98.000 sessões de radioterapia por mês, e 1.600.000 consultas por ano. De
1408 acordo também com a UICC, o índice de sobrevida no Canadá é de 12 a 16 anos, no Brasil é de 2 a 4
1409 anos, enquanto que em alguns países do Oriente médio e na África é menor do que 2 anos. Ademais,
1410 destacou o papel do INCA, que construiu uma proposta de política pública, a Portaria n.º 2.439, de 8 de
1411 dezembro de 2005, editada pelo Ministério da Saúde. Esse instrumento institui a Política Nacional de
1412 Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados
1413 Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três
1414 esferas de gestão. Segundo o Dr. Santini, a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser
1415 organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados
1416 e dos municípios. Demonstrou o quadro comparativo entre a situação anterior (PT GM 3.535/1998) e a
1417 situação PT SAS 741/2005 (pós- PT SAS 513/2007 e pós PTSAS 146/2008). Acerca da promoção de
1418 hábitos saudáveis, lembrou o artigo 2, inciso II, da PNC, que dispõe sobre cuidados que perpassem
1419 todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e
1420 de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos).
1421 Elencou alguns indicadores do Pacto pela Vida, como a previsão para 2009 de implantação do

1422 treinamento do Sismama, e a ampliação da captação, do seguimento dos pacientes e da qualidade dos
1423 exames de câncer do colo do útero. Em seguida, apresentou um gráfico demonstrando que a detecção
1424 precoce do câncer reduz em até 30% o índice de mortalidade. Os instrumentos utilizados para isso
1425 serão os Siscole e Sismama, além do Portal de Atenção Integral ao Câncer Infanto-Juvenil. Sobre o
1426 inciso II, do artigo 2 da PNC, que estimula a constituição de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção
1427 Oncológica, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e
1428 contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral, ressaltou a necessidade de evolução, no
1429 sentido de restrição às unidades isoladas, que não permitem a integralidade do cuidado, e da utilização
1430 do novo conceito de “complexo hospitalar”. Classificou como eixos estruturantes da rede de atenção
1431 oncológica: Políticas, Ações e Serviços, Conhecimento e Mobilização Social. A operacionalização da
1432 rede engloba educação, gestão, vigilância, comunicação e tecnologia. Em seguida, apresentou as
1433 ações da rede de atenção oncológica, a saber: a) Descentralização de recursos para ações de controle
1434 do câncer; b) Implantação do Sistema de Informações de Controle do Câncer de Mama – SISMAMA; c)
1435 Gerenciamento do Sistema de Informações de Controle do Câncer de Colo do Útero – SISCOLO; d)
1436 Qualificação dos Registros Hospitalares de Câncer e de Base Populacional. No tocante ao controle do
1437 tabagismo, as ações implementadas foram: a) Implementação de Ações da Convenção-Quadro para
1438 Controle do Tabagismo; b) Mobilização para o controle; c) Financiamento internacional da CDC
1439 Foundation e Bloomberg de US\$ 1.500.000,00, para pesquisa sobre tabagismo no Brasil, executado
1440 pelo IBGE, junto com o PNAD/2008, em parceria com o INCA – SVS – ANVISA. Em referência ao
1441 intercâmbio de informações, disposto nos incisos IV, VII e VIII do artigo 2 da PNC, as providências
1442 necessárias são: a) Produção e disseminação regular de dados sobre câncer e alguns fatores de risco
1443 que gerem indicadores para planejamento e avaliação das ações; b) Inclusão de parâmetros fornecidos
1444 pela esfera pública como instrumento de avaliação de desempenho na gestão da Atenção Oncológica;
1445 c) Estabelecimento de parâmetros para avaliação das ações de Atenção Oncológica; d) Inserção da
1446 Vigilância do Câncer e dos respectivos sistemas de informação dos registros de câncer na PPI da
1447 vigilância em saúde como instrumento de contratualização de metas e financiamentos. Ademais, falou
1448 sobre a Organização do Observatório Nacional de Câncer, cujo objetivo geral é divulgar – de forma
1449 ampla e com regularidade - conteúdo analítico e contextualizado sobre a situação do câncer e de seu
1450 controle no país, para os diferentes atores da Rede de Atenção Oncológica e a sociedade brasileira, em
1451 geral. Em seguida esclareceu as principais diretrizes do Programa de Atenção Oncológica, como as do
1452 cuidado paliativo, da radioterapia, do Programa de Qualidade dos Serviços de radioterapia e
1453 mamografia, e as alterações na tabela de procedimentos, buscando a racionalização e atualização
1454 científica. Sobre o Projeto inovador de expansão da assistência, mostrou uma tabela demonstrando as
1455 metas físicas até 2011, como implantar 20 novos CACONs (Centros de Atenção de Alta Complexidade
1456 em Oncologia e criar 3 Centros Técnico-Científicos Macrorregionais do INCA. Os instrumentos para
1457 garantir a melhora na avaliação tecnológica em saúde são: a) Câmara técnico-política de incorporação
1458 tecnológica; b) Estruturação da área de Tecnologia Biomédica no INCA; c) Rede Brasileira de Avaliação
1459 de Tecnologia em Saúde; d) Mecanismos regulatórios para os medicamentos de alto custo em
1460 oncologia. No tocante à promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com
1461 a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, apresentou os números de alunos
1462 residentes, sendo 103 no ensino médio, 118 no ensino de enfermagem, 122 em grandes áreas de
1463 saúde, 204 no ensino técnico, totalizando 547 alunos. Em relação aos cursos, são 32 de
1464 especialização, 45 de aperfeiçoamento, e 49 de atualização, que perfazem 126 cursos. A seguir, falou
1465 sobre a Gestão da Informação Científica, elencando alguns mecanismos, como: os Cursos de
1466 qualificação da busca bibliográfica, que orientam profissionais para ampliação do acesso às bases de
1467 dados bibliográficas; a Edição da Revista Brasileira de Cancerologia, que dissemina o conhecimento
1468 científico há mais de 60 anos, em versão impressa e eletrônica e distribuição gratuita, a gestão editorial
1469 para a recuperação da informação, que normaliza publicações pelas ações de identificação,
1470 catalogação, indexação e registro ISBN de livros e materiais eletrônicos, e a área temática “Controle do
1471 Câncer” na BVS-MS, que proporciona acesso à produção sobre câncer elaborada pelo INCA e por
1472 instituições parceiras e oferece aos profissionais um novo canal de representação do conhecimento.
1473 Informou que, com o intuito de fomentar a pesquisa científica, estão sendo organizadas redes,
1474 parcerias com agências de fomento, e sendo incentivados Grupos emergentes no Brasil e na aliança
1475 Latino-americana. Dentre as áreas que destacadas estão: aconselhamento genético, biologia celular,
1476 neoplasias hematológicas e transplante de medula óssea, pesquisa em saúde coletiva, farmacologia,
1477 genética, medicina experimental, hemato-oncologia, oncologia e hematologia pediátricas, e pesquisa
1478 clínica. Apresentou, então, gráficos demonstrando o crescimento de alunos de mestrado e doutorado
1479 na Pós-Graduação do INCA, o incremento sensível de captação de recursos para pesquisa entre os
1480 anos de 2004 e 2007, e o aumento do número de pesquisadores e produção científica no mesmo
1481 período. A seguir, ilustrou com gráficos a evolução da pesquisa oncológica no tratamento da doença,
1482 principalmente nos aspectos referentes à detecção precoce (epidemiologia molecular, genética e
1483 marcadores moleculares), precisão diagnóstica (patologia molecular e imagem molecular), e eficácia

1484 terapêutica (novas drogas e farmacogenética). Sintetizou, então, a atuação do Programa Mais Saúde,
1485 cujos resultados para a sociedade podem ser divididos entre a contribuição para a melhoria da saúde e
1486 qualidade de vida do cidadão e a contribuição para o desenvolvimento sócio-econômico do país. Sobre
1487 os focos de atuação do programa, estes se dividem em dois: Atenção à saúde e Promoção da Saúde.
1488 Por fim, apresentou um estudo preliminar do projeto do novo Campus Integrado do INCA, para
1489 assistência, ensino e pesquisas no campo da oncologia. **Manifestações:** conselheiro **Ronald Ferreira**
1490 **dos Santos** destacou que o palestrante, embora tivesse feito alusão, não citou nenhum mecanismo de
1491 controle social. Nesse sentido, solicitou que o palestrante falasse um pouco dessa questão. **Luiz**
1492 **Antônio Neves** considerou o desafio maior na expansão da atenção oncológica no Brasil, para garantir
1493 a universalidade no atendimento, maior sobrevida para os pacientes e para isso, seria necessário mais
1494 recurso. Quis saber como estava sendo pensada essa estratégia. No que diz respeito ao sistema de
1495 informação, perguntou se havia uma rede envolvendo estados e municípios. Sugeriu que o INCA, no
1496 seu processo de expansão, verificasse a possibilidade de utilizar um prédio ocioso na Universidade do
1497 Fundão/ RJ. Conselheira **Raquel Rigotto**, basicamente, enfatizou que: há uma série de elementos de
1498 contaminação ligados ao meio ambiente e aos processos de trabalho que tem um peso grande na
1499 morbidade e na mortalidade por câncer, em torno de 30 % do total de casos, percentual este
1500 reconhecido pela OMS; o amianto e agrotóxicos fazem parte da luta pelo seu banimento; poluentes
1501 orgânicos persistentes; a construção de usinas nucleares significa a ativação de mineração de urânio.
1502 Depois, perguntou como o INCA poderia participar nas explicações insustentáveis dessa matriz
1503 energética baseada na energia nuclear e em que medida os formulários de notificação do INCA abrem
1504 espaço para que se possa registrar o nexo com exposições ocupacionais ou ambientais com agentes
1505 cancerígenos. Conselheira **Jurema Werneck** sugeriu que o Conselho procurasse incluir nas comissões
1506 o debate dessa e de outras políticas. Disse que a população negra tem dificuldade de acesso não só à
1507 política oncológica como ao SUS em geral. Sua sugestão foi na linha de garantir a universalidade do
1508 atendimento. Conselheira **Rosangela da Silva Santos**, primeiramente, fez uma denúncia de uma
1509 paciente que fez os exames no INCA II e foi encaminhada, sem atendimento, para o Hospital dos
1510 Servidores do Estado. Em razão dessa situação, quis saber se, nesse hospital, o atendimento era
1511 humanizado e se tinha canal de comunicação, vez que havia denúncia de que não havia um
1512 atendimento humanizado por parte dos médicos. Dr. **Luiz Antonio Santini**, em resposta, disse que: no
1513 que diz respeito à relação médico x paciente há depoimentos contrários ao que a conselheira
1514 Rosângela da Silva Santos falou; há a ouvidoria para acolher as reclamações e sugestões feitas pela
1515 população; é preciso entender que INCA tem limites físico, o que muitas vezes fica impossibilitado de
1516 atender a demanda no seu todo; gostaria de ter o nome da paciente que não foi atendida, para ver o
1517 que seria possível fazer, e quem sabe nem fosse preciso recorrer ao Ministério Público; a questão da
1518 humanização é um dos grandes desafios do sistema; os indicados pelo segmento de usuários do
1519 Conselho do INCA são feitos pelo CNS; a Política de Atenção Oncológica é uma política do SUS; não
1520 tem uma cobertura suficiente para atender toda a demanda; tem uma taxa de mortalidade maior que
1521 outros países; até 2005, o câncer não era reconhecido com um problema de saúde pública, era
1522 regulado por uma portaria da alta complexidade; os pacientes, muitas vezes chegam ao tratamento do
1523 câncer em situação bastante avançada pelo fato de terem passado pela rede de atenção básica, onde
1524 o diagnóstico não é feito precocemente; o câncer é um problema da rede do SUS, que envolve o
1525 conhecimento das mais diferentes áreas; a medicina nuclear é um aliado no tratamento, mas têm um
1526 componente negativo, a exposição do paciente a radiação; no INCA existe um setor que trabalha com
1527 saúde ocupacional e ambiental e que tem diversas pesquisas produzidas nessa área que pode ser
1528 acionado para discussão da questão da energia nuclear; o que há em relação à comunicação e
1529 informação é uma contribuição relevante na área do câncer ao sistema de informação do SUS, porque
1530 não é um sistema próprio; a universalidade e a equidade não é um desafio só do INCA, é, sim, um
1531 desafio do SUS como um todo; aumenta o investimento no tratamento, mas não reduz o índice de
1532 mortalidade, porque a mudança de medicamento tradicional pelas novas drogas é um problema
1533 complexo e que afeta o mundo. Conselheiro **Raimundo Sotero** quis saber se o Dr. **Luiz Antonio**
1534 **Santini** conseguia os dados estatísticos da ouvidoria do INCA com relação ao atendimento e se
1535 mostrou preocupado no que diz respeito à equidade e com o fato de muitos pacientes estarem tratando
1536 no INCA e ser encaminhados para outra rede e, necessitando de tratamento de câncer, não
1537 conseguem retornar. **Marisa Fúria** referiu-se ao fato de o Brasil ter um número muito reduzido de
1538 unidades de radioterapia. Perguntou se não havia uma forma de aumentar esse tipo de atendimento,
1539 haja vista a realidade brasileira. Também, em relação aos medicamentos, perguntou quanto tempo
1540 demorava os de efeitos benéficos que foram testados em outros países para chegarem ao Brasil.
1541 Conselheiro **Francisco Batista Júnior** informou que tivera acesso a um relatório de oncologia no Brasil
1542 feito pelo DENASUS, onde mostra que a situação é muito grave. Reconhece que há heróis que
1543 batalham nessa área como, no caso o INCA, mas é necessário fazer um debate sério e responsável
1544 sobre a urgência e emergência. Chamou a atenção também para a diferença que existe no tratamento
1545 feito em outros países e o que é feito no Brasil no que diz respeito à sobrevida. A avaliação que fez da

1546 situação é que oncologia é um grande negócio e quando isso acontece é muito difícil organizar de
1547 forma que atenda a necessidade da população. Para concluir, referiu-se ao debate feito sobre urgência
1548 e emergência, quando a primeira vista vem à questão do financiamento, que ao invés de atender a
1549 demanda aberta, na lógica de hoje, atende por procedimento. Conselheiro **Alceu Pimentel**, a despeito
1550 da apresentação muito oportuna, disse que seria necessário fazer um debate sobre a oncologia no
1551 Brasil todo. Considerou que o diagnóstico dessa doença melhorou muito nos últimos tempos, mas há
1552 um gargalo na questão do atendimento nas três esferas do SUS. Conselheiro **Geraldo Adão Santos**
1553 perguntou qual a relação do INCA como os demais hospitais que atendem oncologia, no que diz
1554 respeito à transferência de conhecimento, qual a capacidade do INCA em relação à capacidade de
1555 atendimento aos pacientes do SUS e qual o tipo de tratamento que se dá aos pacientes terminais. Dr.
1556 **Luiz Antônio Santini** informou que o INCA: tem a função de apoiar o Ministério da Saúde com
1557 estudos, pesquisas e informações para a formulação da política; forma recursos humanos, na área de
1558 residência, para todos os estados; além do site, há várias publicações científicas que apóiam a rede na
1559 atenção oncológica; o INCA tem 5 unidades hospitalares, uma geral, outra de pediatria, outra de
1560 ginecologia, outra de cuidado paliativo, outra de mama e transplante de medula óssea; realiza 12 mil
1561 internações por ano, 140 mil procedimentos de radioterapia, 7500 matrículas por ano, 93 transplante de
1562 medula óssea por ano...; há unidade de cuidados paliativos com 60 leitos e 1000 pacientes em cuidado
1563 domiciliar, sendo atendidos por equipes multiprofissionais, com todos os recursos necessários; existe
1564 uma capacidade limitada, tendo só 520 leitos e salas de ambulatórios que atende só o que é possível
1565 atender; criou um programa chamado Rede OncoRio, em 2005, quando foi investido, nos 6 hospitais
1566 federais do Rio de Janeiro, 11 milhões de reais para aumentar a capacidade de atendimento Além
1567 disso, informou que: tem déficit de aparelho de radioterapia, não existindo, no mercado, profissional
1568 para instalar esse tipo de aparelho no Brasil; o hospital de Alagoas levou 6 meses para funcionar e o do
1569 Acre, quase um ano, por falta desse tipo de profissional; o desafio que existe é para a saúde pública do
1570 Brasil, envolvendo estrutura, recursos humanos, medicamentos; 75% do gasto em medicamento é feito
1571 nos 6 últimos meses de vida do paciente, o que tem a ver com equidade; se fosse incorporada uma
1572 vacina de HPV, somente para meninas de 9 a 11 anos, o gasto seria duas vezes e meia do que é gasto
1573 no país com imunização. Conselheira **Gyselle Saddi Tannus** disse que escutara uma palestra, onde
1574 fora dito que há pesquisas sobre células-tronco para o tratamento do câncer. Nesse sentido, perguntou
1575 se havia terapia celular para essa doença no INCA. Conselheira **Merula Steagall** pontuou as seguintes
1576 questões: o atendimento fica aquém da real necessidade; pelo número de unidades, entendia que seria
1577 fácil ter um registro da base populacional e epidemiológico; tem dificuldades de obter informações a
1578 respeito do câncer; que fora feita uma pesquisa com pacientes com linfoma e leucemia e foi observado
1579 que 30% desses pacientes demoram, em média, 4 meses para serem diagnosticados e mais 3 meses
1580 para terem acesso ao tratamento, o que é muito grave; sugeriu que fossem capacitados os agentes
1581 comunitários para ajudarem no diagnóstico; como resolver o problema da referência e contra
1582 referência, vez que os pacientes têm dificuldades de se deslocarem de uma cidade para outra; a falta
1583 de protocolo e a demora de incorporação da tecnologia são problemas que precisam ser resolvidos; a
1584 judicialização na saúde pode ser reflexo da demora na incorporação das novas tecnologias, para o
1585 tratamento do câncer. Também quis saber se havia alguma informação sobre o tratamento paliativo,
1586 indicadores dos transplantados e a cobertura dos planos de saúde. Conselheira **Graciara Matos de**
1587 **Azevedo** fez alusão à capacitação e a expansão. Em relação à expansão, quis saber qual será o
1588 critério para esse processo. Sobre a capacitação, defendeu que a residência, nas grandes áreas,
1589 também contemplasse os cirurgiões dentistas, bem como de outras categorias profissionais, e não só
1590 para médicos. Conselheira **Maria Goretti de Lima** informou que não é só no Estado de Alagoas que há
1591 dificuldades. Em Brasília tem dificuldade na porta de entrada do serviço, entre a realização de um
1592 exame e o seu resultado leva de oito a dez meses, sem falar no tratamento que é muito difícil.
1593 Conselheira **Nildes de Oliveira de Andrade** lembrou que já fora debatido no CNS a questão dos
1594 aparelhos de radioterapia, que não estavam trabalhando na sua plenitude e dependia de uma ação da
1595 ANVISA para que isso acontecesse. Quis saber se essa questão fora resolvida. Conselheiro **Antônio**
1596 **Alves de Souza** considerou o tempo, dada a complexidade e importância do tema, muito pouco para o
1597 debate. Sentiu falta, na mesa, do CONASS e do CONASEMS para debater a política de atenção ao
1598 câncer, vez que o INCA não é responsável por essas ações na ponta. A questão do acesso é resultado
1599 do estrangulamento do SUS, daí a importância de o Conselho pautar temas relevantes como os que
1600 foram apresentados nessa reunião. Conclamou que o CNS construísse uma agenda política para
1601 abordar as questões graves. Conselheiro estadual **Carlos Roberto Rodrigues**, representante da
1602 Plenária Nacional de Conselhos de Saúde perguntou se haveria possibilidade de ampliar o processo de
1603 formação e que fosse discutida a atenção básica, uma vez que é a aporta de entrada do SUS. Dr. **Luiz**
1604 **Antonio Santini**, em retorno às intervenções, focou os seguintes aspectos: o INCA pratica terapia
1605 celular quando faz transplante de medula; o registro do câncer no Brasil está melhorando muito, e
1606 depende de quem faz anotação no prontuário; os protocolos e incorporação de novas tecnologias são
1607 da maior relevância e consistem em grandes desafios para o sistema; a capacitação envolvendo outros

1608 profissionais de saúde que atuam na oncologia pode contribuir para o diagnóstico precoce e um
1609 tratamento com qualidade; o INCA não é o único formador de recursos humanos, o que fez junto com a
1610 SGETS foi definir um currículo mínimo e tempo necessário para formação de cirurgião oncológico,
1611 oncologista clínico e radioterapeuta, o que foi discutido na Comissão Nacional de Residência Médica e
1612 está sendo implementada uma nova política de especialistas; o grande problema é o diagnóstico, que
1613 não é feito pelo INCA e sim pela rede. Depois, agradeceu a oportunidade e colocou-se a disposição
1614 sempre que se fizesse necessário para debater o tema, especialmente, na profundidade e no impasse
1615 que tem no Sistema Único de Saúde. **Encaminhamento: dar continuação ao debate sobre**
1616 **assistência oncológica no Brasil, com envolvimento de outros atores e áreas afins e, inclusive,**
1617 **destinando mais tempo para essa questão.** Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, após agradecer
1618 o convidado, informou aos conselheiros do convite para a 2ª Oficinas de Políticas Públicas, Promoção,
1619 Proteção e Recuperação da Saúde Auditiva da Saúde do Trabalhador, que será realizado 13 e 14 de
1620 novembro de 2008 no RJ. Conselheiro **Raimundo Sotero** solicitou que o INCA respondesse por escrito
1621 a pergunta da conselheira Nildes, em relação aos aparelhos que não estão em uso e a sua pergunta
1622 sobre a ouvidoria. **ITEM 08 - PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO DO GRUPO DE TRABALHO**
1623 **"RECONHECIMENTO DE TÍTULOS DE MEDICINA EXPEDIDOS EM CUBA"** – Coordenação da
1624 Mesa: conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**. Apresentação: membros do Grupo de Trabalho:
1625 Professor, **Luiz Carlos Weber**, Procurador da Regional de Porto Alegre e o conselheiro **Alceu**
1626 **Pimentel**. Professora **Ana Stela Haddad** apresentou um resumo do trabalho do GT que foi instituído
1627 pelo Ministro José Gomes Temporão, com a participação do Ministério da Educação e do Ministério das
1628 Relações Exteriores. Primeiro, apresentou dados do processo atual, de acordo com a demanda do
1629 Brasil. A respeito da situação da formação médica no Brasil, citou os seguintes dados: nº. de cursos no
1630 Brasil = 171 cursos; nº. egressos/ano = aproximadamente 14.000; situação de brasileiros em cursos de
1631 graduação em Medicina no exterior: aproximadamente 6.000 (estão cursando ou já cursaram);
1632 localidades/escolas de maior demanda: Cuba (160 brasileiros graduados); Argentina; e Bolívia.
1633 Explicou que um novo processo de revalidação faz-se necessário devido à alta demanda, à pressão
1634 das entidades médicas (sociedade civil), à pressão do governo (MEC e MS): relações Brasil e Cuba; e
1635 insuficiência do aparato jurídico-normativo para regulação (Resolução CNE, desde janeiro de 2002 em
1636 vigência). Abordou a inclusão do processo de revalidação no processo de políticas públicas –
1637 globalização - com destaque para: mobilização estimulada por acordos e convenções internacionais e
1638 mercados regionais (Ex.: MERCOSUL). Enfocou também a inserção no conjunto de Políticas Públicas,
1639 citando: articulação entre o MEC e MS; princípios e diretrizes SUS - Validação necessidade de fazer
1640 parte da agenda do MS e MEC; Grupo de Trabalho: MS/MEC/MRE; e interface com:
1641 Andifes, Abraue, CFM, AMB, ABEM, CNE e CNS. Destacou que as estratégias da proposta são: construir
1642 processo de revalidação isonômico - graduados em estabelecimentos estrangeiros de Educação
1643 Superior; sucessivas reuniões de trabalho; e proposta trabalhada para o conjunto de universidades
1644 públicas. Sobre a situação de Cuba, citou: protocolo de intenções Brasil x Cuba - Outubro de 2003;
1645 formação médica - ELAM (Escola Latino-Americana de Medicina); seleção - Embaixada Cuba no Brasil;
1646 critérios - Brasileiros oriundos famílias de baixa renda, comunidades carentes; e prova de aptidão e
1647 entrevista mais seis meses de nivelamento. Ressaltou que, atualmente, há 227 brasileiros graduandos
1648 na ELAM. Explicou que foram feitas duas visitas a Cuba, a primeira de 24 de janeiro de 2004 a 5 de
1649 fevereiro de 2004, pela Comissão Especialistas MEC/Brasil/MS, Presidência da República
1650 (Representante) e CFM. A segunda de 11 a 16 de fevereiro de 2008, pela ANDIFES (27 reitores),
1651 representantes CNE, MS e ABEM. Após esses dados, passou à explanação da proposta de trabalho -
1652 Objeto "Trabalho Piloto". Explicou que se trata da revalidação aplicada para o conjunto de 227
1653 brasileiros oriundos da ELAM (já no Brasil), com adesão voluntária de Universidades Públicas e
1654 participação pactuada (Convênio): termo de Referência, Convênio Específico, com intermediação do
1655 MEC, critérios definidos e cooperação interinstitucional. Também listou uma série de condicionamentos
1656 para realização trabalho Piloto, que são: emprego de tecnologias educacionais adequadas visando
1657 qualificar o processo de revalidação de diplomas através da avaliação de conhecimentos, habilidades e
1658 competências, estabelecidos à luz das DCN; oportunidade para construir e avaliar processo de
1659 revalidação isonômico para todos os graduados por estabelecimentos estrangeiros de ensino superior;
1660 inserção do processo de revalidação de diplomas no conjunto de políticas de estado para a educação
1661 nas profissões de saúde; e apoio disponibilizado pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde às
1662 universidades participantes. Em seguida, enumerou as etapas do trabalho Piloto, quais sejam: 1)
1663 Construção, à luz das DCNs, de Matriz de Avaliação de Equivalência: Carga horária, conteúdos,
1664 habilidades e atitudes; 2) Adesão das universidades públicas ao Termo de Referência e assinatura de
1665 convênio específico com a ELAM e a interveniência do MEC e MS para fins de adesão à proposta de
1666 revalidação de diplomas do grupo de graduados daquela escola incluídos no trabalho piloto; 3) Designação,
1667 por cada universidade pública participante, de Comissão Local de Revalidação e de um
1668 representante para o Grupo Coordenador de Trabalho; 4) Análise conjunta, pelas universidades
1669 convenientes, do projeto político-pedagógico da ELAM para identificação, segundo as Diretrizes

1670 Curriculares Nacionais, de necessidades de complementação de estudos; 5) Elaboração de
1671 cronograma comum de complementação de estudos; 6) Elaboração de avaliação escrita de
1672 conhecimentos e prova prática de habilidades clínicas e de condutas compatíveis com a prática
1673 médica, tendo por base as Diretrizes Curriculares Nacionais e a Matriz de Avaliação de Equivalência; 7)
1674 Avaliação de todas as etapas do trabalho piloto. Detalhou que os resultados esperados da proposta são
1675 a construção de Matriz de Avaliação de Equivalência de Cursos Médicos com indicadores de duração
1676 do Curso; cargas horárias, conteúdos de disciplinas, módulos e das etapas do Internato; definição de
1677 habilidades e competências a serem adquiridas durante o curso médico e a definição de estratégias
1678 para elaboração de instrumentos de avaliação (prova escrita e prova prática), de modo a verificar
1679 conhecimentos, habilidades e competências definidas na Matriz de Avaliação de Equivalência de
1680 Cursos Médicos. Comentou ainda a consultoria do Trabalho Piloto, com destaque ao perfil dos
1681 profissionais: formação pós-graduada, preferencialmente em nível de mestrado e/ou doutorado, na área
1682 de educação médica ou educação de profissionais de saúde; experiência comprovada na realização de
1683 consultorias na área de educação médica, envolvendo avaliação de habilidades clínicas e de
1684 comunicação, a montagem de programas e estratégias educacionais, o desenho e o suporte para a
1685 execução de currículos médicos. Explicou que o acompanhamento do Trabalho Piloto será feito por
1686 representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Educação. Por
1687 fim, informou que o cronograma de execução do projeto piloto será pactuado entre o MEC, o MS e as
1688 Universidades que aderirem ao mesmo, devendo ser incluído na versão definitiva do Termo de
1689 Referência. Dr. **Luiz Carlos Weber**, na questão envolvendo a regularização da atividade profissional
1690 dos médicos a partir do Brasil e Cuba, disse que o Ministério Público tem acompanhado os debates a
1691 respeito. Tanto que tinha conhecimento de já haver médicos formados em Cuba com contratos no PSF
1692 e em outras equipes multiprofissionais que atuam nas comunidades indígenas, no estado do Pará.
1693 Também teve informação de que em Tocantins seriam contratados esses profissionais e que por
1694 pressão do Conselho Regional de Medicina essa tentativa de contratação fora abortada. A partir dessa
1695 realidade, falou que fora instaurado no MP procedimento administrativo de acompanhar o assunto e, se
1696 for o caso, solucionar o problema. No entendimento do MP, esses profissionais estão qualificados para
1697 trabalharem no PSF e nas equipes que atendem as comunidades indígenas, considerando que a porta
1698 entrada do sistema tem que ser melhorada. Explicou que, nas comunidades de difícil acesso, mesmo
1699 havendo disposição do município em formar equipe de saúde, em contratar médicos, ainda que com
1700 salários atrativos, os médicos não se dispõem a trabalhar nessas localidades. Como os médicos
1701 formados em Cuba se dispõem a atuarem nesses espaços, o MP está preocupado com a demora do
1702 poder público em regularizar essa situação, vez que os conhecimentos adquiridos pelos médicos
1703 podem ficar defasados. Colocou sua instituição à disposição para integrar o GT que estuda o assunto,
1704 em razão de entender que o Projeto de Lei que tramita no Congresso está encontrando dificuldades na
1705 Comissão de Educação e Cultura, que tem voto contrário do relator. O que leva a crer que,
1706 politicamente, está bem complicado. Para casos como esse, explicou que o MP tem uma ferramenta
1707 chamada de Termo de Ajustamento de Conduta/TAC. Então, enquanto os médicos formados em Cuba
1708 não conseguissem a revalidação de seus diplomas, em tese, o MP poderia se servir desse instrumento
1709 para legalizar atuação desses profissionais, na equipes do PSF e nas comunidades indígenas.
1710 Conselheiro **Alceu Pimentel** apresentou o resultado do GT formado pelo CNS. Em sua fala disse que:
1711 o debate e a análise desse piloto do MEC e do Ministério da Saúde é um dos pontos mais importantes
1712 na revalidação dos diplomas de médicos estrangeiros; é um assunto que precisa de solução urgente
1713 tanto dos médicos estrangeiros que desejam atuar no Brasil como dos médicos brasileiros formados no
1714 estrangeiro; não é verdade que as entidades médicas sejam contra a atuação dos médicos formados
1715 em Cuba, o que defendem é tratamento isonômico também para os médicos que estudam fora do
1716 Brasil; as entidades médicas querem que os médicos estrangeiros e os brasileiros que estudam no
1717 estrangeiro sejam avaliados para que atendam com qualidade a sociedade brasileira; as entidades
1718 médicas não são corporativas nesse debate e sim têm a preocupação em preservar a qualidade da
1719 atividade médica. A seguir, reportou-se a fala do Procurador, dizendo que existe uma legislação
1720 brasileira que diz que esses alunos têm que fazer revalidação do diploma em universidades públicas e
1721 para que possam se inscrever no Conselho de Medicina tem que seguir todo o arcabouço legal que
1722 rege o assunto. Assim, não é fazer debate somente com os médicos formados em Cuba e sim com
1723 todos os médicos que se formam no exterior. Elogiou o piloto do GT do governo, mas entendia que não
1724 devesse tratar somente dos 227 médicos formados em Cuba e sim tratar isonomicamente de todos os
1725 médicos, tanto os formados em Cuba como em outros países. No seu entendimento, esse
1726 procedimento pode gerar demandas judiciais. Na verdade, o que se deseja é criar uma matriz para
1727 atenderem brasileiros e estrangeiros que queiram trabalhar no Brasil. Considera o processo de adesão
1728 voluntária, legítimo e democrático, compromete mais a entidade que quer participar, porém a
1729 convocação dever ser para todos os médicos que tenham diplomas estrangeiros e a revalidação dos
1730 diplomas seja feita pelas universidades públicas, tal como determina lei. Defendeu que o piloto
1731 defuisse a periodicidade da revalidação dos diplomas. Finalmente, disse que espera que as diferenças

existentes no debate do GT Interministerial possam ser superadas. Conselheira **Fabíola 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 defende 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. Concordou 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 áreas 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 formados 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**

1794 de trabalho e o Plenário , bem como o GT do CNS, constituído para acompanhar a discussão,
1795 será informado dos acontecimentos. ITEM 09 – ABERTURA DE NOVOS CURSOS NA ÁREA DA
1796 SAÚDE – Coordenação da mesa: conselheira **Maria Helena Machado** Apresentação: membros da
1797 CIRH. Conselheira **Maria Helena Machado**, coordenadora da CIRH, primeiramente, informou que a
1798 conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, do FENTAS, substituirá o conselheiro Irineu Messias na
1799 coordenação adjunta da CIRH e Conselheira **Sílvia Casagrande** e **Maria Júlia Reis**, ambas do
1800 FENTAS, passam a ser titulares da CIRH. Solicitou que o Senhor Henrique Antunes Vitalino informasse
1801 sobre o Seminário Nacional de Desprecarização do Trabalho, cuja programação fora entregue para os
1802 conselheiros. Senhor **Henrique Antunes Vitalino**, representante da CIRH, disse que o Seminário fora
1803 organizado pela CIRH, Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e o Comitê Nacional de
1804 Desprecarização e tem o propósito de discutir as formas de inserção no serviço público de saúde, ou
1805 seja, a desprecarização do trabalho e as carreiras e cargos do SUS. A data prevista é 10 e 11 de
1806 novembro, de 2008, em Brasília e pretende-se ao final do evento a construção de uma agenda
1807 estratégica em defesa da desprecarização e da instituição de plano de carreira, coordenada em
1808 conjunto com o CONASEMS, CIRH e o Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Terá
1809 como público-alvo: todos os conselheiros titulares e suplentes, Comitê Nacional de Desprecarização do
1810 Trabalho no SUS; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, CIRH, CONASEMS,
1811 CONASS, Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde, Câmara de Regulação do Trabalho,
1812 Ministério Público, Tribunal de Contas, Congresso Nacional, Secretarias e Departamentos do Ministério
1813 da Saúde, Ministério do Planejamento e do Trabalho e entidades nacionais de representantes dos
1814 trabalhadores. Conselheira **Maria Helena Machado** fez os seguintes comentários: fora encaminhado a
1815 todos os conselheiros a nota técnica dos pareceres dados pela CIRH, dentro do prazo regimental de 10
1816 dias; solicitou aos conselheiros para que não dessem publicidade dos pareceres aos interessados sem
1817 que estes fossem apreciados pelo Conselho; a CIRH tem duas propostas a fazer ao Conselho, sendo a
1818 primeira que todos os pareceres técnicos, após a leitura e aprovação do plenário, ficassem à disposição
1819 das instituições demandantes dos processos, e a outra proposta diz respeito ao pedido de seja feita
1820 uma lista dos processos com o número e o nome das instituições e fosse publicizada antes de serem
1821 apreciados pelo Conselho. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** informou que os conselheiros que
1822 tiverem interesse em tomar conhecimento dos autos dos processos podem procurar a Secretaria
1823 Executiva do CNS. Explicou que a idéia é montar um sistema que permita o acesso direto, porém,
1824 enquanto isso não acontece os processos ficam à disposição dos conselheiros na SE do CNS.
1825 Conselheira **Maria Helena Machado** complementou a informação dizendo que os 10 dias de
1826 antecedência para o recebimento dos pareceres são justamente para que os conselheiros tenham
1827 acesso irrestrito ao processo, através de uma senha disponibilizada pela Secretaria Executiva.
1828 Conselheira **Bruna Ballarotti** solicitou esclarecimento a respeito de que fora aprovado pelo CNS que
1829 todo o conselheiro que quisesse ter acesso aos processos teria uma senha pessoal, com CPF, para
1830 acessar pela internet, porque acessar só em Brasília é complicado. Perguntou se a CIRH estava
1831 buscando formalizar esse sistema. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** detalhou que por ora o
1832 acesso é pela Secretaria Executiva, mas que o sistema estava sendo aperfeiçoado. Conselheira **Maria**
1833 **Helena Machado** esclareceu que são dois sistemas. Um será possível acessar pelo CPF em qualquer
1834 parte do país, com um código dado pela Secretaria Executiva, o outro será de uso interno, que está em
1835 construção e terá, além do parecer da CIRH e do processo em si, haverá outros dados que darão
1836 condições de os conselheiros avaliarem o trabalho realizado pela CIRH. Conselheiro **Luis Antônio**
1837 **Neves** sugeriu que o acesso não fosse pelo CPF, e sim através de uma senha individual, secreta.
1838 Conselheira **Maria Helena Machado** propôs o seguinte encaminhamento: em razão de estar havendo
1839 recursos de universidades que tiveram pareceres desfavoráveis e o entendimento, do CNS, na última
1840 reunião, foi de não acatamento de nenhum recurso, vez que não é fórum para essas ações e sim o
1841 MEC, solicitou que o plenário reafirmasse o que decidira anteriormente a esse respeito. Conselheira
1842 **Ruth Ribeiro Bittencourt** explicou que os interessados desejam ter acesso aos pareceres, nesse
1843 caso, acordaria com a Secretaria Executiva a forma como isso aconteceria. Conselheira **Graciara**
1844 **Mattos Azevedo** disse que o acesso se dá individualmente. Para que seja possível ter acesso é
1845 preciso que o processo seja identificado em uma lista para depois ser possível acessar. Conselheira
1846 **Maria do Socorro de Souza** perguntou se a competência de deliberar sobre o recurso é somente do
1847 MEC. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt** respondeu a pergunta dizendo que o Conselho é parte de
1848 um processo do MEC, porque é este que reconhece, autoriza, renova. Porém, ouve o CNS no que diz
1849 respeito à Resolução 350, por essa razão o CNS não é instância de recurso. Conselheira **Maria Helena**
1850 **Machado** complementou a informação, dizendo que se o MEC por ventura entender que, no pedido de
1851 recurso, o CNS deve ser ouvido novamente, o CNS será solicitado a se manifestar. Conselheira **Maria**
1852 **Helena Machado**, a seguir explicou o procedimento adotado pelo GT responsável pela análise dos
1853 processos do ponto de vista da necessidade social. Disse que há o Bloco 1 que trata da renovação de
1854 cursos. Em um acerto feito na CIRH, retiraram dos que se encontram para análise, os cursos de
1855 universidades públicas e foi feita uma avaliação em bloco, porém, avaliando cada processo,

1856 considerando o IGC e o CPC. Por orientação do MEC, todas as instituições com nota acima de três,
1857 para renovação, estariam com parecer favorável e as que apresentarem nota três ou abaixo desse
1858 número teriam parecer desfavorável, com recomendação que seja restaurado para atender as
1859 exigências de um ensino de qualidade. Nesse bloco estão 41 universidades públicas que solicitam a
1860 renovação de Cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia. No Bloco 2 aparecem os processos
1861 relacionados a reconhecimentos e autorização, que inclui universidades públicas e privadas.
1862 Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** informou aos conselheiros que os processos estavam
1863 listados no servidor e que deveriam acessar no título "Notas Técnicas". Professora **Ana Stela Haddad**,
1864 em relação aos índices, disse que o MEC está trabalhando no sentido de avançar no que está previsto
1865 no Sistema Nacional de Avaliação, na verdade a intenção é traduzir essa avaliação em indicadores,
1866 porque quantificando e tendo notas é mais fácil para mensurar. Assim foram criados dois índices, um
1867 deles diz respeito ao CPC, Conceito Preliminar do Curso, que leva em consideração tanto a nota do
1868 ENADE como outros aspectos relacionados ao corpo docente e à infra-estrutura do curso, ao
1869 questionário que é aplicado aos estudantes durante o ENADE, tudo isso resulta no conceito preliminar
1870 do curso, que vai de um a cinco. O outro índice é o IGC, Índice Geral de Curso, que se aplica a
1871 instituição como um todo e leva em consideração tanto o conceito preliminar de cada curso dessa
1872 instituição como outros fatores que envolvem a pós graduação em pesquisa, o corpo docente de
1873 instituição como um todo, a infra-estrutura, tudo isso pode resultar em uma nota que vai de zero a
1874 quinhentos. Assim, a CIRH tem utilizado o CPC e o IGC e como tem uma grande demanda para ser
1875 analisada, a Comissão entende que deve centrar esforços naqueles cursos com pior desempenho.
1876 Concluído os esclarecimentos de ordem geral, passou a palavra para a conselheira **Graciara Matos de**
1877 **Azevedo** para a apresentação dos pareceres. Antes, porém, conselheiro **Luiz Antonio Neves**
1878 manifestou-se para dizer que na análise do PDI, Plano de Desenvolvimento Institucional, fala que serão
1879 verificados *in loco*, quer dizer, está satisfatório, mas ainda será avaliado. Nesse sentido, quis saber com
1880 se daria essa avaliação. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** explicou que, quando se fala em
1881 depois fazer a avaliação, nesse caso, quem vai fazer a avaliação é o avaliador do INEP. Conselheira
1882 **Bruna Ballarotti** também solicitou esclarecimentos sobre a postura do MEC sobre autorização de
1883 cursos. No Seminário Pró Saúde foi entregue os critérios que o MEC utilizava para autorização, que
1884 inclusive eram bastante rígidos e avaliava também o sistema de saúde. Quis saber se o MEC continua
1885 usando esses instrumentos ou só os índices que a CIRH está usando. Professora **Ana Stela Haddad**
1886 esclareceu que o MEC continua usando o instrumento que a conselheira Bruna aludiu para a
1887 autorização de novos cursos. Já os índices são estratégias construídas posteriormente, ou seja, depois
1888 que o curso está funcionando. Conselheira **Bruna Ballarotti** solicitou uma apresentação,
1889 oportunamente, mais detalhada e elucidativa sobre o que avalia esses índices. Conselheira **Ruth**
1890 **Ribeiro Bittencourt**, a respeito desse assunto, disse que o GT, responsável pelas análises dos
1891 processos, deveria construir uma nota técnica com orientações e esclarecimentos que pudessem dirimir
1892 as dúvidas dos conselheiros. Como haverá reunião da CIRH nos dias 16 e 17, assumiu o compromisso
1893 de dar início a essa tarefa. Conselheira **Maria Helena Machado** também informou que será
1894 apresentado no plenário um relatório com todas as atividades desenvolvidas pela CIRH até então.
1895 Conselheiro **Luiz Antonio Neves** sugeriu que as dúvidas dos conselheiros a respeito do assunto
1896 fossem encaminhadas à CIRH. Conselheira **Maria Helena Machado** observou que a intenção da CIRH
1897 é fazer um manual, contendo todos os passos de como é feita a análise de cursos e disponibilizá-los
1898 aos conselheiros. Conselheira **Graciara de Matos Azevedo**, em relação à Universidade Federal do
1899 Vale do São Francisco/PE, disse que essa instituição solicita o arquivamento do processo, portanto, a
1900 análise deveria ser desconsiderada. Explicou, ainda que os processos do número 2 até o 41 são do
1901 mesmo gênero, isto é, de renovação. São Instituições públicas, cujas análises resultaram em conceitos
1902 satisfatórios. Lembrou que se algum conselheiro desejasse ver um desses processos em separado,
1903 poderia fazer a solicitação. Conselheira **Gyselle Saddi Tannus** quis esclarecer dúvidas a respeito da
1904 análise da proposição. Nesse sentido, perguntou se fora possível verificar na grade curricular dos
1905 cursos que tipo de disciplinas estava sendo ofertadas, a carga horária e se estavam contempladas nas
1906 grades, transversal ou especificamente, o aprendizado para o atendimento na área da odontologia para
1907 pessoas com necessidades especiais, haja vista a grande carência no sistema de saúde desses
1908 profissionais. Também solicitou esclarecimentos sobre como estão sendo trabalhados os conteúdos de
1909 ética e bioética na graduação. Conselheira **Ruth Ribeiro Bittencourt**, em razão da exigüidade do
1910 tempo, solicitou que as perguntas fossem relacionadas aos pareceres que seriam apresentados.
1911 Conselheiro **Alceu Pimentel** ponderou que seria difícil focar as dúvidas nos 41 processos a serem
1912 apresentados, porque existe abordagem mais geral, como a da conselheira Gysélle que deveriam ser
1913 consideradas. Disse que fora convidado para a reunião do GT, quando discutiram os cursos, o que lhe
1914 valeu muito, porém entendia que havia a necessidade formatar um modelo de autorização de cursos,
1915 considerando o relatório do INEP, as informações da escola, os indicadores para a compreensão da
1916 relevância social. O que deve balizar a autorização é a relevância social, por isso, depois de autorizada,
1917 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 bacharel 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 manifestaram-
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 consequências
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 tecnologias reprodutivas 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

2042 processo natural. Os nascidos através da inseminação artificial têm uma idade gestacional sempre
2043 inferior. Requer, por isso, mais hospitalização, mais cuidados, porque são crianças de alto risco
2044 também. Isso sem falar nas gravidezes múltiplas. Também fez alusão a outro artigo da Cláudia Coluti,
2045 uma colunista da Folha de São Paulo, que já passou por esse processo. No texto fala do comércio de
2046 óvulos. Há informação que nos Estados Unidos um óvulo de mulher branca universitária chega a custar
2047 50 mil dólares. Observou que já existe um comércio internacional de óvulos e a corrida por eles é por
2048 que representa a peça chave para a produção de embriões para pesquisas. A indústria farmacêutica
2049 produz medicamentos que precisam de células humanas e utilização de embriões humanos. Já se fala
2050 até em corrida mundial para ver quem consegue primeiro patentear a linhagem de celular. O grande
2051 problema, afirmou, é que não se sabe em que a célula embrionária pode se transformar. A corrida não
2052 é pelos embriões e sim pelos óvulos e envolve muito dinheiro. Disse que se os homens fossem
2053 submetidos a procedimentos parecidos não teria disponibilidade de espermatozóide para obter esses
2054 embriões. O debate não está, então, centrado se deve ou não pesquisar os embriões, e sim como
2055 esses embriões são obtidos e a que custo. Disse, ainda, que no RJ há hospitais pagando passagens
2056 para mulheres se inscreverem em projeto de fertilização *in vitro*. Perguntou qual seria o interesse
2057 dessas mulheres em se submeterem a esses programas. Também interestimulação é uma síndrome e
2058 ocorre de três a oito por cento dos casos, sendo que um por cento dos casos é tão grave que pode
2059 chegar à morte. Em sua opinião, nada justifica expor as mulheres a esse tipo de risco. O consentimento
2060 informado que assinam na clínica de fertilização é sempre apresentado como uma possibilidade e não
2061 como uma ocorrência verdadeira. Nesse sentido, gostaria de saber qual a posição do Ministério da
2062 Saúde e do Conselho a respeito de fazer uma padronização, estudar o termo de consentimento de risco
2063 que incluam todas essas informações. Disse que tem certeza de que, se as mulheres soubessem do
2064 risco que correm, pensariam duas vezes antes de se submeterem a esse procedimento que tem 80%
2065 de fracasso. Significa dizer que é um processo questionável, mas rende muito dinheiro, muito prestígio
2066 e a questão ética não aparecem como uma condição primeira. É um processo tratado como espetáculo
2067 e esse espetáculo está se repetindo com as células tronco. As células tronco adultas podem ser que
2068 dêem certo, e até se mostrou favorável a que isso aconteça, o problema, lembrou, é como são feitas e
2069 o ocultamento do processo é proposital. É denominada de reprodução assistida, mas de assistida tem
2070 pouco, é sim muito invasiva. Tudo é um eufemismo para mascarar o poder de iatrogenia dessas
2071 técnicas. Disse, ainda, que acompanha esse processo há mais de 25 anos e observa que tem piorado
2072 muito. Agora com a corrida dos óvulos que são necessários para células tronco e sem hiper produção
2073 de óvulos não tem fertilização *in vitro*, porque precisa de muitos óvulos para conseguir alguns embriões.
2074 Os embriões servem para a indústria farmacêutica fazer testes de novos medicamentos, e os
2075 chamados remédios personalizados e "inteligentes". Falou que é preciso: informar a população sobre o
2076 processo de coleta e produção dos óvulos; dizer quais os dados de morbidade e mortalidade nesse
2077 processo e quais as consequências psicológicas para as mulheres; informar sobre o uso dos embriões.
2078 Em relação à infertilidade, defendeu que não se discriminasse a mulher que não pode engravidar e
2079 lembrou que já existe um processo chamado de "plastificação" de óvulos. Esse procedimento é feito
2080 para que, quando a mulher quiser engravidar, é só "desplastificar" os óvulos. Enquanto isso é feita a
2081 cobrança do aluguel pelo tempo que ficar aguardando para ser utilizado. Chamou a atenção para o fato
2082 de não caber o Ministério da Saúde desconstruir o mito da infertilidade, porém, não precisa ficar
2083 reforçando. A seguir, fez uso da palavra a Dra. **Marina Gonçalves** que iniciou com apresentação
2084 detalhada da resolução do CFM nº. 1.358/92 que adota as normas éticas para a utilização das técnicas
2085 de reprodução assistida. A norma define que a técnica tem papel de auxiliar na resolução dos
2086 problemas de infertilidade humana (...) quando outras terapêuticas tenham sido ineficazes ou
2087 ineficientes, que o consentimento informado é obrigatório para pacientes inférteis e doadores. Além
2088 disso, determina que somente pode ser feita a transferência de até quatro pré-embriões e que é
2089 proibida a redução embrionária. Sobre as clínicas, explicou que a Resolução CFM nº 1.358/92 dispõe
2090 que: são responsáveis pelo controle de doenças infecto-contagiosas, coleta, manuseio, conservação,
2091 distribuição e transferência do material biológico; o responsável por procedimentos médicos e
2092 laboratoriais é o médico; deve ser feito o registro das gestações, nascimentos e malformações de fetos
2093 ou recém-nascidos, bem como dos procedimentos laboratoriais; e deve ser feito o registro das provas
2094 diagnósticas a que é submetido o material que será transferido com a finalidade precípua de evitar a
2095 transmissão de doenças. Sobre doação de gametas e pré-embriões, a Resolução CFM nº 1.358/92,
2096 define: nunca terá caráter lucrativo ou comercial; anônima; Sigilosa (exceto por motivos médicos);
2097 registro de dados clínicos de caráter geral, características fenotípicas e uma amostra de material celular
2098 dos doadores; doador não pode produzir mais que 2 (duas) gestações, de sexos diferentes, numa área
2099 de um milhão de habitantes; e funcionários da clínica não podem ser doadores. No que se refere à
2100 criopreservação de gametas e pré-embriões, a norma determina: número de pré-embriões produzidos
2101 será comunicado aos pacientes, para que se decida quantos pré-embriões serão transferidos a fresco,
2102 devendo o excedente ser criopreservado; pré-embriões não podem ser descartados ou destruídos; e no
2103 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 **Gysélle 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 pelo 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 reproduutora 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 ateria 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 concluirisse 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 saí 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 comprovavam 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 à 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) Ação da CIEH em relação à organização e funcionamento da CIEH: Facilitar a comunicação entre os
2363 membros da Comissão; Atualização do seu Plano de Trabalho para 2008 – 2009 e sua recomposição;
2364 Monitorar e avaliar os resultados das ações propostas. 4) Ação da CIEH em relação à interlocução com
2365 a Secretaria Executiva, Mesa Diretora e o Plenário do CNS: Encaminhar junto à Secretaria Executiva,
2366 plano de trabalho da CIEH e avaliação do nome da comissão; Pautar junto à Mesa Diretora os
2367 encaminhamentos da CIEH; Receber as demandas do CNS e da Mesa Diretora. 5) Ação da CIEH em
2368 relação ao monitoramento das ações na área da prevenção/controle da Hanseníase, priorizando as
2369 áreas hiperendêmicas e estados da Amazônia Legal: Acompanhar e monitorar as ações e avaliar os
2370 resultados, tendo como referência a Meta 2011; Acompanhar e monitorar as ações desenvolvidas pelo
2371 Programa Nacional, Estadual e Municipal de controle da Hanseníase com os parceiros na área do
2372 controle da hanseníase; Acompanhar o Grupo de Trabalho para avaliação dos Hospitais ex-Colônias
2373 dentro do PNCH/MS e de acordo com os resultados do estudo e propor soluções compatíveis para
2374 cada caso; Acompanhar a Comissão Interministerial de avaliação da Secretaria dos Direitos Humanos
2375 da Presidência da República sobre o desdobramento da Lei nº 11.520 (avaliação de processos de
2376 aposentadoria); Monitorar a distribuição de medicamentos para Estados e Municípios; Pautar no Pleno
2377 do CNS a apresentação do Plano Nacional de Controle da Hanseníase e suas alterações.

2378 **Manifestações:** Conselheiro **José Marcos de Oliveira** disse que visitara municípios, onde o caminhão
2379 da campanha sobre o combate da hanseníase passara, e percebeu que o resultado fora bastante
2380 positivo. Sugeriu: que no final do Plano de Trabalho fosse agregado à execução financeira das ações e,
2381 nas articulações intersetoriais, a inclusão do Sistema Único de Assistência Social/SUAS; no
2382 recebimento de demandas, acrescentar “as demais comissões do CNS”; no item das estratégias,
2383 acrescentar “analisar e atualizar as informações sobre o Programa Nacional de Controle da
2384 Hanseníase. Conselheira **Rosângela da Silva Santos** perguntou se havia diferenciação de tratamento
2385 quando a Comissão se referia aos grupos de quilombolas, indígenas e quando se referiu ao estímulo
2386 através dos conselhos e lideranças. Também, quis saber se essa proposta subtendia a criação de
2387 comissão de pessoas com patologias ou significava a criação de grupos técnicos pelo MORAN. Por fim,
2388 perguntou como seria o processo de interlocução entre os membros da Comissão. Outra questão
2389 colocada pela conselheira diz respeito ao acompanhamento dos Programas, que no seu entendimento
2390 os conselhos podem realizar essa ação, através do SIOPS. Conselheira **Marisa Furia**, em
2391 complementação ao que o conselheiro José Marcos falou, disse que há as Casas Lares que podem
2392 ter interfaces com o Programa de Controle da Hanseníase. Também defendeu o diálogo permanente
2393 entre as comissões e apresentou sua preocupação com o problema da talidomida. Nesse sentido,
2394 perguntou de que forma a Comissão está se articulando com a indústria farmacêutica e mesmo com o
2395 Ministério da Saúde para evitar que pessoas tomem esse tipo de medicamento. Conselheiro **Clóvis
2396 Boufleur**, referindo-se à quantidade de itens constante do Plano de Trabalho, propôs que estes fossem
2397 priorizados para dar resolutividade na sua execução e sugeriu que: as ações fossem articuladas com o
2398 MS, os conselhos de saúde e as secretarias de saúde e focadas nas áreas mais atingidas pela
2399 hanseníase; houvesse um comprometimento do controle social com a eliminação da hanseníase. Além
2400 disso, lembrou que as informações apontam para a dificuldade das pessoas procurarem os serviços
2401 de atendimento. Conselheira **Graciara Matos de Azevedo** chamou a atenção para a importância de
2402 essa comissão dialogar com as outras CNS. **Artur Custódio**, em retorno disse que: concordava com o
2403 posicionamento do conselheiro Clóvis, no sentido de que as ações fossem priorizadas e monitoradas; a
2404 comissão está em processo de amadurecimento do que é o papel técnico e o papel de controle social;
2405 além de incentivar que os conselhos debatam as ações de hanseníase, a comissão entende que deve
2406 acompanhá-las e assessorá-las; a CIEH está em fase de reestruturação e a idéia é de priorizar as
2407 ações em áreas endêmicas; o uso da talidomida está previsto no monitoramento da assistência
2408 farmacêutica; a Comissão tem o papel de assessorar o CNS e manter interlocução com a área técnica
2409 do MS; a sugestão de acompanhar a execução orçamentária das ações de hanseníase será
2410 considerada; no que diz respeito a Lei 11520, a Comissão da Secretaria de Direitos Humanos já
2411 envolve o Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério do Planejamento e Ministério da Assistência
2412 Social, mas considerou importante que a CIEH se articule com todos esses ministérios para otimizar as
2413

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 Secretaria 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 **Fabíola 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 Boufleur** 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 **Gyselle 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

2600 de pessoas, 30 estações de televisão e mais de mil estações de rádio e economia estimada em função
2601 da veiculação gratuita, de mais de R\$ 14 milhões; DISQUE SAÚDE/MS - conteúdo das informações
2602 sobre TB atualizadas pelo Programa Nacional de Controle da TB e aumento da procura por
2603 informações sobre TB, de zero para mais de 4% de todas as consultas àquele serviço. A seguir,
2604 destacou as seguintes iniciativas do Projeto Fundo Global – TB: Dia Mundial de Combate à
2605 Tuberculose - produzidos e distribuídos materiais de IEC por meio de 3.000 kits, para todos os 57
2606 municípios da área de atuação do Projeto contendo folders, álbum seriado, revista em quadrinhos,
2607 postal, cartaz, spot de rádio e camisetas (disponíveis em www.fundoglobaltb.com.br, in, Materiais de
2608 Divulgação); Evento na Rocinha, com a presença de mais de 600 pessoas no dia 24 de março de 2008,
2609 encerrando a semana de luta contra a tuberculose; apoio à Parceria Brasileira Contra a Tuberculose,
2610 hoje reestruturada para mobilizar um conjunto maior de atores, e que representa, no Brasil, o Stop TB
2611 Partnership; início do processo de implantação dos DOTS Descentralizados/DOTS Locais; e criação e
2612 funcionamento do site www.fundoglobaltb.com.br, que, por suas interações, tem se constituído em um
2613 importante instrumento auxiliar de gestão do Projeto. Por fim, citou os novos projetos do Brasil
2614 propostos ao Fundo Global: Tuberculose: melhoria dos sistemas de diagnóstico – Valor: US\$ 95
2615 milhões (60 milhões de euros); Malária: melhoria da gestão em nível local e fortalecimento de ações de
2616 prevenção, com ênfase na utilização de mosqueteiros impregnados com inseticidas - Valor: US\$ 56
2617 milhões (35 milhões de euros); AIDS: fortalecimento de ações da sociedade civil e mobilização social –
2618 Valor: US\$ 50 milhões (30 milhões de euros). Senhor **Carlos Basília** informou que seu papel na mesa
2619 era para chamar a atenção para o significado dos dados que foram apresentados. Nesse sentido, disse
2620 que: a tuberculose é uma doença de grande impacto social e econômico no país; a última Resolução do
2621 CNS data de 1998 e, desde então, o Conselho não faz essa discussão, em consequência há uma
2622 defasagem muito grande no que diz respeito ao monitoramento e avaliação da Política da Tuberculose;
2623 é uma doença antiga, mas muito presente; é necessário um grande debate nacional sobre a doença,
2624 envolvendo todos os atores responsáveis, governo, sociedade, conselhos de saúde, porque a
2625 abordagem não pode ser só numérica, estatística e burocrática do problema; por trás dos números
2626 existem pessoas com uma carga de sofrimento e preconceito muito grande e muitas mortes
2627 inaceitáveis; é uma doença que tem tecnologia para o diagnóstico, para o tratamento e tem cura,
2628 entretanto, morrem mais de 5000 brasileiros todos os anos, o que representa um genocídio social
2629 anunciado; reconhece os esforços de muitos setores para reverter esse quadro; a OMS decretou a
2630 tuberculose como emergência desde a década de 90; o Brasil reconheceu, em 2003, a tuberculose
2631 como uma doença negligenciada, do ponto de vista técnico, político e científico; com o advento da
2632 medicalização e a hospitalização dos pacientes se perdeu a mobilização e o controle social; é uma
2633 doença que atinge os mais pobres, os excluídos e precisa ser discutida pelo SUS; a tuberculose em
2634 termos de debate internacional, tem vários documentos, vários marcos referenciais e legais e aparece
2635 como prioridade nas Metas do Milênio junto com a fome, a miséria e a violência, é também prioridade
2636 no Plano Global, de 2006 a 2015; a tuberculose deveria ser prioridade no Brasil desde 1993, quando
2637 este assume a estratégia do tratamento supervisionado; para além da vigilância e do controle dos
2638 vetores dos bacilos deve haver políticas sociais de apoio às famílias e aos pacientes, além de políticas
2639 de prevenção nas três esferas de governo; a tuberculose exige uma ação intersetorial com inclusão de
2640 renda; a OMS reconhece que o Brasil tem todas as condições para reverter o quadro da tuberculose,
2641 como não reverte é duramente criticado lá fora; o não combate da tuberculose é uma dívida que o
2642 Brasil tem desde há muitas gerações. Conclamou a todos para enfrentar de vez a tuberculose, sem
2643 colocar as respostas somente na ajuda internacional. Por fim, apresentou um vídeo a respeito da
2644 tuberculose e outras doenças reincidentes no Brasil. **Manifestações:** Conselheira **Jurema Werneck**,
2645 primeiramente, perguntou, em nome da conselheira **Maria do Socorro de Souza**, qual era a estratégia
2646 de interiorização do Programa de Combate à Tuberculose para a promoção, prevenção e tratamento da
2647 doença, considerando o aumento de casos bem como os de AIDS nas populações rurais. Depois,
2648 chamou a atenção para a necessidade de ações voltadas para as populações vulneráveis, como, por
2649 exemplo, os indígenas, os negros, os presos... Como o Rio de Janeiro tem uma rede SUS, considerou
2650 inaceitáveis os índices de mortalidade e os números apresentados a respeito da doença nesse Estado.
2651 Conselheiro **Raimundo Sotero** disse que sua preocupação era pela não inclusão dos diabéticos nos
2652 casos de tuberculose, vez que são pessoas de riscos e reconheceu que essa doença precisa ser
2653 tratada, vez que atinge, dentre outras, pessoas de baixo poder aquisitivo. Disse também que não
2654 existem pesquisas clínicas para doenças infecto-contagiosas, porque não tem retorno financeiro.
2655 Conselheiro **Artur Custódio de Souza** interveio para dizer que sentiu falta do controle social dentro da
2656 proposta apresentada, e disse que a história da hanseníase e da tuberculose se parece, inclusive, nas
2657 políticas verticalizadas para o tratamento. Chamou a atenção para o fato de as políticas públicas serem
2658 prioridade no controle social, por isso considerou necessário que o Plano Global fosse debatido e
2659 acompanhado pelo CNS. Informou que já existe uma proposta avaliada pela Mesa Diretora para uma
2660 revisão da Resolução 284 /1998 e esta é a proposta do MOHAN. Conselheiro **Ronald Ferreira dos
2661 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 idéia de o CNS ter uma posição mais enfática no que 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 conhecida 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 segurança 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 idéia 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 Basílio** 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 idéia 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 **Fabíola 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 F FUNASA são eficientes ou não. Sem juízo de valor em relação à FUNASA, Dr. **Draurio 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:** Ailton 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, Rosangela da Silva Santos, Ruth Ribeiro Bittencourt, Silvia Martins Casagrande, Valdenir Andrade França, Valdirlei Castagna e Wander Geraldo da Silva. **Suplentes:** Alceu José Peixoto Pimentel, Armando Martinho B. Raggio, Arnaldo Marcolino, Clóvis Boufleur, 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 Silvia Vignola.