



Conselho Municipal de Saúde
do Rio de Janeiro

**ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Ref.: 11/02/2014

Aos onze dias do mês de fevereiro de dois mil e quatorze, em convocação para realização no horário das quatorze às dezoito horas, no Auditório Meri Baran, Centro Administrativo São Sebastião/CASS, iniciou-se a reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde, em segunda convocação, tendo como pauta proposta: 1) **Deliberação dos processos: 09/005734/2013. Assunto: S/SUBPAV. Ratificação dos endereços das Unidades Básicas de Saúde - CF Dr. Hans Jurgen Fernando Dohmann e CF Dalmir de Abreu Salgado) - AP 5.2; 09/001489/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Cadastramento de Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo I, localizado na Rua Ana Leonídia, 351 - aptº 302, Encantado - AP 3.2; 09/001478/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Credenciamento de Residência Terapêutica, localizado na Rua Adriano, 66/706 - Todos os Santos - AP 3.2; 09/001491/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Credenciamento de Residência Terapêutica Tipo I, localizado na Rua Adolfo Bergamini, 331/102 - Engenho de Dentro - AP 3.2; 09/001490/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Credenciamento de Residência Terapêutica Tipo I, localizado na rua Pernambuco, 635, casa 8/101 - Encantado - AP 3.2; 09/001494/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Credenciamento de Residência Terapêutica Tipo I, localizado na Rua Aquidabã, 842 - Bl. 2, Méier - AP 3.2; 09/605470/2009. Assunto: PS. Dr. Renato Rocco. Cadastramento no Programa de Controle de Tabagismo - AP 3.2; 09/002014/2013. Assunto: Hospital Maternidade Carmela Dutra. Habilitação de leitos para UCINco, UCINca, UTIN II, de acordo com a Portaria 930 de 10/05/2012 - AP 3.2; 09/001456/2011. Assunto: Hospital Federal do Andaraí. Habilitação do Serviço em Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, com vistas à habilitação do serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular - AP 2.2; 09/005201/2013. Assunto: Hospital Universitário Pedro Ernesto. Habilitação de 25 (vinte e cinco) leitos de UTI Neonatal - AP 2.2; 2) Plano Estratégico para o enfrentamento da AIDS no município do Rio de Janeiro - 40 minutos (apresentação e discussão); 3) Conferência de Defesa Civil. Indicação de 01 membro para representar o Colegiado - 10 minutos; 4) Esclarecimentos sobre a CIST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) e indicação de 01 membro do Colegiado para substituição de sua coordenação - 30 minutos; 5) Comissões do Conselho Municipal de Saúde - 30 minutos; 6) Informes da Secretaria Executiva do Conselho - 10 minutos; 5.1 - Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Assunto: Notificação 2ª PJTCSCAP nº 0012/2014 sobre apuração da regularidade de apresentação e análise do Relatório Quadrimestral da SMS. 7) Informes do Colegiado - 30 minutos. Sr. David Salvador iniciou a reunião dando boa tarde a todos da Plenária e deu por aberta mais uma reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde no Auditório Meri Baran, Centro Administrativo São Sebastião na Rua Afonso Cavalcanti, 455 – Bloco 1 – 8º andar. Hoje, 11 de fevereiro de 2014 com horário previsto às 14 horas e às 14 horas e 30 minutos na 2ª convocação de acordo com o**

Regimento Interno até às 18 horas. Para tanto informou a composição da Mesa coordenadora dos trabalhos e, para isso convocou representando o segmento dos usuários a **Sra. Maria Clara Migowski Pinto Barbosa**, também representando os usuários o **Sr. Alessandro de Melo Motta**, o **Sr. Marinaldo Silva Santos representando os profissionais de saúde**. Contudo, como o Sr. Marinaldo ainda não havia chegado foi solicitado que outro membro do Colegiado, do segmento de profissional de saúde, assumisse a Mesa até que o mesmo chegue e, a **Sra. Anamaria Schneider representando os gestores de saúde** que em substituição à mesma, o **Sr. David Salvador de Lima Filho**, aquele que vos fala ocupará a vaga. Para presidir os trabalhos foi convocado o substituto do presidente, o **Sr. Geraldo Batista de Oliveira**. Prosseguindo, o **Sr. David Salvador** informou que o profissional de saúde que irá substituir o Sr. Marinaldo até que ele chegue, será o **Sr. Francisco Claudio de Souza Mello**. **Sr. David Salvador** pediu de antemão que fosse incluído na ata, informando que foi esquecido pela Comissão Executiva, a **aprovação das atas dos dias 12 de novembro de 2013 e 10 de dezembro de 2013**. E, que no ponto 2) **Plano Estratégico para o enfrentamento da AIDS no município do Rio de Janeiro** substituir por **Plano Estratégico para o tratamento da Tuberculose e a AIDS no município do Rio de Janeiro**. Pediu para incluir a palavra Tuberculose que por erro da Comissão Executiva foi retirada da pauta e, confirmou que foram erros da Secretaria Executiva. **Sr. Geraldo** assumiu a direção dos trabalhos dando boa tarde ao Plenário e agradeceu o comparecimento a reunião neste fórum de controle social, onde muitos estão trabalhando em prol da democracia. Disse que a manifestação são legítimas quando pretendem lutar pelos direitos dos cidadãos no Brasil, mas lamentou que esteja havendo exagero o que vem acontecendo na cidade. E, está ficando perplexo, porque quando a atitude fere o direito de liberdade de ambas as partes e fica muito triste. Nesta semana todos viram a fatalidade que ocorreu com mais um trabalhador da imprensa que teve sua vida cerceada, retirada por uma irresponsabilidade dos que dizem que estão lutando por um país democrático e que estão pedindo por liberdade. Pediu que fosse feito um minuto de silêncio não só pelo falecimento do cinegrafista da TV Bandeirantes mas sim por entender que mais uma vez o direito democrático do cidadão, o direito democrático de imprensa e o direito de liberdade de se manifestar, está sendo norteados por uma questão de ter que ser o que eu quero e o que eu penso, ignorando o que outros pensam, isso não é democracia, democracia é saber respeitar o direito do próximo e que o próximo saiba respeitar o nosso. Disse que queria mais uma vez com muita dor, pedir um minuto de silêncio em prol da democracia e da família deste companheiro que no ato do seu trabalho teve sua vida covardemente ceifada. Após o minuto de silêncio, solicitou ao Secretário Executivo, o Sr. David Salvador que fizesse a leitura da pauta da reunião organizada pela Comissão Executiva para esta reunião. **Sr. David Salvador** incluiu o ponto de **Aprovação das atas dos dias 12 de novembro de 2013 e 10 de dezembro de 2013**. Prosseguiu com a leitura da ata. Após a leitura, foi feito um pedido de esclarecimento pela Conselheira Fátima Lopes. **Sra. Fátima Lopes** iniciou sua fala dando boa tarde a todos e, solicitou esclarecimentos a Mesa sobre o processo enviado ao Conselho Municipal de Saúde. Disse que esse processo refere-se ao Hospital Evandro Freire e não consta na pauta. **Sr. David Salvador** informou a Sra. Fátima Lopes dizendo que a Comissão Executiva ao examinar o processo reparou que faltavam alguns documentos por parte da apresentação do setor da Secretaria responsável por eles e, deliberou por não mandar para a reunião do Colegiado enquanto esses documentos não forem anexados ao processo. Cabe alertar que o processo foi para a AP 3.1 de maneira a agilizar, porque a Comissão Bipartite não aceita nenhum processo se não estiver completo. Então foi feito para agilizar mas a Comissão Executiva do Conselho Municipal exigiu que os documentos estejam

fazendo parte do processo antes de vir para a reunião do Colegiado. **Sra. Fátima Lopes** disse que essa parte documental de caráter administrativo é da SURCA e que tem supervisão na área que examinou o processo dizendo que era uma questão que não invalidava a aprovação do Projeto que foi para a área programática segundo o Dr. Ubirajara. **Sr. Geraldo** informou que o entendimento da Comissão Executiva era que, se o processo seguisse, acabaria retornando e sendo devolvido pela Comissão Bipartite por falta de documentação. Então esse foi o motivo para que o processo fosse devolvido para ser complementada a documentação para não atrasar o tramite mais para frente. Disse ainda que vai ser encaminhado a SURCA e voltar para a Comissão Executiva. O processo não retornará a área programática, porque a questão referente à área programática está toda resolvida, com visitação e demais informações. O que faltou foi essa documentação que é uma questão administrativa da Secretaria. **Sr. David Salvador** informou que a pauta original entregue no início da reunião sofreu duas modificações, uma sobre a aprovação de duas atas anteriores e a outra com a inclusão da palavra Tuberculose na apresentação do ponto 2. **Sr. Geraldo** perguntou se o Plenário estava esclarecido ou se haveria ainda alguma dúvida na pauta. Foi então colocado em regime de votação a pauta da reunião ordinária do Colegiado do dia 11 de fevereiro de 2014, os que aprovam levantem os crachás, as abstenções, os contrários. **Sem nenhuma abstenção e nenhum voto contrário, a pauta da reunião ordinária de 11 de fevereiro de 2014 do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foi aprovada por unanimidade.** **Sr. David Salvador** prosseguiu informando que na ata do dia 12 de novembro de 2013 houve pedido de correção por parte do Sr. Alessandro Motta que pede na linha 330, onde está escrito Vigilância Sanitária, que seja incluída a frase: **“O que vai ser feito para isso não acontecer novamente”**. Na linha 895, houve um erro de digitação e a palavra saiu escrita praco, onde deveria estar escrito **“praça”**. Teve ainda um pedido de correção nessa mesma pauta por parte do Sr. Neco, Presidente da AP 3.2 que pede para incluir na linha 873 após os endereços e locais definitivos das Clínicas das Famílias apresentadas pelo Dr. Daniel Soranz, que o mesmo o convidou para fazer uso da palavra e lhe perguntou se estava certo os endereços ou se tinha alguma coisa para falar sobre os locais, dizendo então que as três clínicas existiam sim, só que das três uma foi acompanhada pelo Conselho e as outras duas a pedido de políticos, do Prefeito e outros. Pediu que colocasse também o nome da Sra. Sonia Regina como representante da AP 3.2 e não da AP 3.3 como está colocado na segunda página. **Sr. David Salvador** perguntou se o Sr. Carlos Henrique Alves, conhecido como Marreta, gostaria de fazer também uma modificação nesta ata. **Sr. Carlos Henrique Alves, representante da AP 1.0**, disse que a correção seria na folha 5 na linha 235 ao invés de Barreto colocar **“Marreta”**, ficando Carlos Henrique Marreta. Na folha 15, linha 743 a mesma questão, ao invés de Barreto colocar Marreta. Na folha 18 linha 902 e 905, a mesma questão. **Sr. David Salvador** agradeceu e perguntou se mais alguém gostaria de fazer alguma modificação. Conselheiro que não se identificou disse que teria uma sugestão para que as correções fossem feitas na terceira pessoa, o que foi confirmado pelo Sr. David Salvador. **Sr. Geraldo** colocou em votação a ata do dia 12 de novembro de 2013 com as devidas correções, pedindo aqueles aprovam a ata levantassem os crachás, os contrários e as abstenções. **Sem nenhum voto contrário e nem abstenção, a ata do dia 12 de novembro de 2013 foi aprovada por unanimidade.** **Sr. David Salvador** perguntou se alguém teria alguma correção a fazer na ata do dia 10 de dezembro de 2013, como ninguém propôs nenhuma alteração foi passada a palavra para o Sr. Geraldo fazer a votação. **Sr. Geraldo** prosseguiu dizendo como não houve nenhuma correção foi colocada em votação a ata do dia 10 de dezembro de 2013 e, pediu que os Conselheiros que aprovam a ata levantassem os crachás, os contrários e as

abstenções. **Sem nenhum voto contrário e nem abstenções, a ata do dia 10 de dezembro de 2013 foi aprovada por unanimidade.** Prosseguindo informou que o próximo item da pauta refere-se a deliberação dos processos e que seria encaminhado pelo Secretário Executivo. Aproveitou sua fala para pedir aqueles que desejassem ter vista dos processos que foi feito resumo para a leitura. Confirmou que todos os processos que estavam ali passaram pelo respectivo Conselho Distrital, com suas visitas e tiveram aprovação no Conselho Distrital de cada área respectiva. Solicitou ao Sr. David Salvador que fizesse a leitura dos processos e sugeriu que mais alguém da Mesa colaborasse para que seja mais rápido. **Sr. David Salvador** iniciou com o **Processo 09/00005734/2013. Assunto: S/SUBPAV. Ratificação dos endereços das Unidades Básicas de Saúde - CF Dr. Hans Jurgen Fernando Dohmann e CF Dalmir de Abreu Salgado) - AP 5.2,** trata-se da confirmação do endereço da Clínica de Família Dr. Hans Jurgen Fernando Dohmann na Praça Ivo Gomes, Várzea, Estrada do Piai esquina com Rua Fortaleza de Minas e Rua Vicente Dorativa. E a Clínica da Família Dalmir de Abreu Salgado na Estrada do Margaça, 1831 – Guaratiba. Disse que o Conselho Distrital ratificou os endereços e encaminhou para o nosso Colegiado para aprovação. **Processo 09/001489/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Cadastramento de Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo I, localizado na Rua Ana Leonídia, 351 - aptº 302, Encantado - AP 3.2.** Foram feitas visitas pelo Conselho Distrital e tudo está regular. Foi analisado pela Comissão Executiva e encaminhado com parecer positivo da Comissão Executiva para aprovação pelo Colegiado. **Processo 09/001478/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Credenciamento de Residência Terapêutica, localizado na Rua Adriano, 66/706 - Todos os Santos - AP 3.2.** Trata-se do processo de habilitação do CAPS Clarice Lispector que também foram realizadas visitas pelo Conselho Distrital, que o aprovou na Plenária do Conselho Distrital da AP 3.2, verificado e aprovado pela Comissão Executiva com parecer positivo para aprovação pelo Colegiado. **Processo 09/605470/2009. Assunto: PS. Dr. Renato Rocco. Cadastramento no Programa de Controle de Tabagismo - AP 3.2.** Foi verificado pelo Conselho Distrital da AP 3.2 e, pela Comissão Executiva deste Conselho e encaminhado para o Colegiado com parecer positivo para sua aprovação. **Processo 09/001491/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Credenciamento de Residência Terapêutica Tipo I, localizado na Rua Adolfo Bergamini, 331/102 - Engenho de Dentro - AP 3.2.** Foram feitas verificações pelo CDS da AP 3.2 e aprovada em Plenária do Conselho Distrital. Verificado pela Comissão Executiva deste Conselho e encaminhado com parecer positivo para sua aprovação. **Processo 09/002014/2013. Assunto: Hospital Maternidade Carmela Dutra. Habilitação de leitos para UCINco, UCINca, UTIN II, de acordo com a Portaria 930 de 10/05/2012 - AP 3.2.** Verificado pelo Conselho Distrital da AP 3.2 e aprovado por unanimidade pela Plenária Distrital. Verificado pela Comissão Executiva deste Conselho e encaminhado a este Colegiado com o parecer positivo a sua aprovação. **Processo 09/001456/2011. Assunto: Hospital Federal do Andaraí. Habilitação do Serviço em Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, com vistas à habilitação do serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular - AP 2.2.** Também verificado pelo Conselho Distrital da AP 2.2 com ata e lista de presença e nenhuma observação negativa. Verificado pela Comissão Executiva do Conselho Municipal e encaminhado a este Colegiado com parecer positivo para sua aprovação. **Processo 09/001494/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Credenciamento de Residência Terapêutica Tipo I, localizado na Rua Aquidabã, 842 - Bl. 2, Méier - AP 3.2.** Verificado pelo Conselho Distrital e encaminhado a Comissão Executiva deste Conselho que avaliou positivamente a sua aprovação, dando encaminhamento a este Colegiado. **Processo 09/005201/2013. Assunto: Hospital Universitário Pedro Ernesto. Habilitação de**

25 (vinte e cinco) leitos de UTI Neonatal - AP 2.2. Da mesma forma verificado pelo Conselho Distrital da AP 3.2 e aprovado o seu credenciamento. Verificado pela Comissão Executiva deste Conselho e aprovado para encaminhamento a este Colegiado com parecer positivo a sua aprovação. **Processo 09/001490/2013. Assunto: CAPS Clarice Lispector. Credenciamento de Residência Terapêutica Tipo I, localizado na rua Pernambuco, 635, casa 8/101 - Encantado - AP 3.2.** Aprovado pelo Conselho Distrital da AP 3.2 e encaminhado à Comissão Executiva deste Conselho e com parecer positivo a seu encaminhamento e aprovação por este Colegiado. **Sr. Geraldo** disse que entendendo que a aprovação destes processos é de inteira responsabilidade dos seus respectivos Conselhos Distritais de Saúde e que respeitam a decisão dos companheiros que tem a capacidade de verificar este serviço já que estão presentes para verificar esses processos. Disse então que colocaria em votação os processos lidos e explicados pelo Secretário Executivo. Pediu que os Conselheiros que votassem pela aprovação dos processos levantassem os crachás, os contrários e as abstenções. **Sem nenhuma abstenção e nenhum voto contra, foram aprovados todos os processos lidos pelo Secretário Executivo.** **Sr. David Salvador** passou então para o próximo item de pauta: **2) Plano Estratégico para o tratamento da Tuberculose e a AIDS no município do Rio de Janeiro.** Pediu que a Mesa se desfaça para que seja feita a apresentação e que as pessoas responsáveis pela apresentação viessem para frente do Plenário. Foi dada a palavra a **Dra. Carla Brasil, médica infectologista da Gerência de Pacientes Virais** e informou que também está representando o Dr. Gustavo Magalhães que é o Gerente do Programa de DST/AIDS. Prosseguiu informando que é ruim começar a apresentação pedindo desculpas, mas não sabia como era o processo e não sabia da possibilidade de ser colocado em slide, mas que caberia a ela mostrar a todos como vem sendo feito pela Gerência de DST/AIDS. De acordo com o Ministério da Saúde, esse grande novo evento que está sendo difundido pelo Brasil afora que é o Programa de Descentralização, estão com certeza a frente deste Programa porque esse processo vem acontecendo rapidamente e cerca de 200 unidades já foram capacitadas para que as unidades básicas do Programa de Saúde da Família, estivessem em condições para receber toda essa população no contexto de DST/AIDS. E, porque basicamente fala isso, porque o Rio de Janeiro está com uma carência de infectologistas. Disse que quem consegue lembrar da história da AIDS em nosso país e principalmente na cidade, inicialmente não eram infectologistas que atendiam, mas sim clínicos e no decorrer da história inicial, muitos dos infectologistas que resolveram levantar a bandeira e acompanhar esse processo de assistência. Porém, já temos 30 anos o processo de pandemia e o que vem acontecendo é uma saída dos infectologistas desse contexto de assistência a AIDS e nada melhor na atual conjuntura, que esses clínicos que estão fazendo a assistência direta na Atenção Básica, recomecem a atender porque estão sendo na verdade capacitados e tem condição para isso. Em termos de diagnóstico, todas as unidades foram capacitadas e foram oferecidos os testes para HIV, no caso o teste rápido de HIV, sífilis e hepatites virais. Todos esses pacientes podem ter acesso a rede pelo SISREG e são aconselhados e encaminhados no nível básico da saúde. O acesso ao medicamento também é fundamental. Com o novo programa protocolado pelo Ministério da Saúde e está se tornando um processo mundial que o paciente atualmente basta ser positivo que receba a medicação por vários motivos. Isso vem sendo embasado cientificamente e chegou a um acordo de que os nossos pacientes brasileiros, além de ter acesso imediato seria necessário o uso imediato do medicamento caso o paciente aceitasse e seguisse a adesão conforme o protocolo solicita. Isso é muito importante e está sendo feito. A agilidade depois dos testes rápidos há fácil acesso aos exames de acompanhamento desses pacientes como carga viral e CD-4 e quatro novas

máquinas entraram no Rio de Janeiro que possuem a capacidade de realização de 96 testes por dia e isso dá uma agilidade muito grande na rede. Temos o retorno em termos de resultado mais rápido e isso vai facilitar quando as máquinas entrarem em funcionamento porque ainda falta à capacitação do IPEC que é o instituto aonde são realizados esses testes. As máquinas estão localizadas no Hospital Universitário Pedro Ernesto, na FIOCRUZ – IPEC, outra na UFRJ e na LACEN mas esta última não faz parte do município do Rio de Janeiro. O LACEN vai fazer exames para o resto do estado do Rio de Janeiro. Atualmente possui duas máquinas sendo uma no Fundão e a outra na Policlínica Piquet Carneiro que vai continuar realizando os testes só que pelo método antigo. A máquina nova tem capacidade para 96 testes por dia. As vagas no SISREG vem tendo muitas solicitações e, é o que causa muitas dúvidas e entristecimento para as organizações não-governamentais, mas o que importa é que as vagas estão sendo preenchidas rapidamente e que devido a essa descentralização existe a possibilidade das vagas aumentarem. Exatamente por estar havendo esse processo de transição existem infectologistas da rede começando a liberar as vagas porque existem níveis diferentes de assistência no que une a assistência da saúde da família e o nível secundário que são esses infectologistas que continuaram fazendo a assistência. A notificação do HIV não se sabe ao certo, o número de pacientes que estão infectados ou que tenham AIDS por conta de subnotificações não só no Rio de Janeiro como no país inteiro. Recentemente o Ministério da Saúde propôs a notificação não só do paciente com a AIDS mas também com o HIV, o que considera fundamental para que se possa montar a rede em termos de logística que é o principal. Se não souberem o número de pacientes que entraram na assistência, não terão como cuidá-los. Informou que já foi aprovado aqui na Prefeitura e dentro em breve já estará sendo distribuída nova notificação onde o paciente com HIV será notificado diante do diagnóstico e da sorologia. Eram notificados só os que tinham AIDS e agora serão estes e os que tem HIV, concluindo sua explanação. Perguntou se alguém teria alguma dúvida. **Sr. Geraldo** disse que o encaminhamento da Mesa é que se façam as perguntas para a apresentação sobre a AIDS e, num segundo momento sejam feitas às perguntas sobre a Tuberculose. Informou que na segunda inscrição serão encerradas as mesmas. E após as respostas, irá ser aberta a apresentação sobre a Tuberculose seguindo o mesmo planejamento. Foi dada a palavra ao **Sr. Caiafa, presidente da Associação Carioca de Diabetes** dizendo que sua pergunta é sobre o assunto em si é a associação entre AIDS e Tuberculose, quando estas desenvolvem trabalho em conjunto fica faltando a Diabetes. O mundo inteiro apresenta trabalhos mostrando que a Diabetes é um forte fator de risco para a Tuberculose, principalmente a Diabetes num paciente muito deprimido e enfraquecido e um campo de cultura para a tuberculose. Que gostaria que esse campo fosse pensado, e afirmou que a Diabetes é tão abandonada. Perguntou se ela continuará sendo uma doença negligenciada só porque não é transmissível permanece mais negligenciada. **Sr. Gerard** assumiu a palavra dizendo que o novo conceito de tratamento, se interessar aos senhores é que mais ou menos 30% dos pacientes. O novo paciente a partir de outubro e novembro entrará com uma nova medicação. E vão então ter dois tipos de tratamento diferentes, pois temos que preparar o médico para isso. Hoje em dia, o médico não está preparado para isso e isso é, é um problema. Mas sobre a patologia, o fato é que o Rio de Janeiro respondeu em 2013 por mais de 60% dos casos. Foi dada a palavra ao **Sr. Roberto, psicólogo, coordenador do CEDUS e membro da Secretaria Executiva do Fórum de AIDS e Tuberculose do Rio de Janeiro**, dizendo que no Conselho representa a Comissão Permanente de AIDS no Conselho Municipal de Saúde. Disse que acredita que houve um certo equívoco na apresentação não pelas ações do Programa e que na realidade, é importante que todos saibam que desde 2012 começou-se um movimento puxado pelo Fórum de

AIDS e Tuberculose de uma mobilização de pactuação com 32 municípios e depois ampliados para todos os municípios do estado do Rio de Janeiro com ações integradas e articuladas para o enfrentamento da Tuberculose e da HIV/AIDS. Houve um primeiro Seminário de apresentação das propostas e, em agosto do ano passado, um grande seminário envolvendo um grande número de prefeitos, ministros presentes, muitos secretários de saúde recém empossados, todas as coordenações de saúde dos municípios e várias representações de Conselhos Municipais estiveram presentes. Esse Plano Geral que trouxe consigo foi pactuado na CIB (Comissão Intergestora Bipartite) e prevê uma série de ações dentro de sete eixos para Tuberculose e AIDS e que a partir deste Plano os municípios se encarregarão de rever dentro do seu roteiro as ações que estariam propondo com as metas a serem alcançadas, os períodos que seriam alcançados dentro de um prazo de 2 anos para ser monitorado externamente. Disse que existe um recurso, que não é uma fortuna, mas um recurso que o Estado já tem comprometido a repassar a esses municípios incluindo os 32 prioritários e um outro recurso para o restante dos municípios e que é necessária a apresentação do Plano com todos esses dados, com as ações previstas, articuladas e integradas para que seja efetivamente implementada. E a proposta, que foi uma sugestão do mesmo, para ser trazida a este Conselho e está sendo proposto que todos os demais Conselhos, especialmente da Metropolitana I e II, discutam os seus planos específicos para que realmente aconteça e que não seja mais uma série de reuniões e eventos onde nada do que foi pactuado aconteça. Disse ainda que tem inclusive um recurso do Estado para custear um monitoramento da ENSP, porque não adianta o profissional saber o que foi alcançado, o que não foi e porque não foi, e que não precise crucificar ninguém e sim saber o motivo de não ter sido alcançado para buscar formas de fazer para que efetivamente essas coisas aconteçam. Disse que não ia falar, mas que Tuberculose é um problema sério no mundo todo e o Brasil compõe o grupo dos 22 países que carregam 80% da Tuberculose no mundo. O estado do Rio de Janeiro tem os piores indicativos de Tuberculose. Obviamente o município do Rio de Janeiro pela sua dimensão e suas características geográficas, populações de baixa renda concentradas em comunidade, grande número de população de rua e população prisional, concentra grandes casos de Tuberculose. É uma doença negligenciada também na formação médica, os profissionais médicos, em especial os recém formados que são contratados por OS's, não tem o menor conhecimento. O Conselho de Medicina de São Paulo fez um exame para os médicos recém formados onde 60% dos médicos não associa Tuberculose a tosse, e afirmou que só isso já dá a dimensão do problema. E que deixaria a cópia do Plano Geral para que depois leiam e possam acompanhar melhor o processo. **Sr. Gilberto** assume a palavra dizendo que a Mesa pede desculpas por ter entendido que seriam dois momentos diferentes, enquanto deveria ter um momento só. Seria a apresentação da Tuberculose e da AIDS para depois haver abertura para perguntas. Pediu que o Conselheiro José Liporage que estava escrito, aguardasse para que depois da apresentação da Tuberculose voltariam a discussão por ser um ponto único. Agradeceu e disse que a Dra. Carla Brasil iria responder as três falas. **Dra. Carla Brasil** assumiu a palavra dizendo que com relação a diabetes, concorda que é uma doença muito negligenciada. Atualmente com essas medicações do HIV, vem aparecendo cada vez mais a diabetes nessa população e o que estão tentando fazer nada mais é do que assistência direta no que diz respeito ao paciente que se apresenta com diabetes ou taxa da glicose alterada voltados para a clínica deste paciente. Mas o que diz respeito a diabetes e tuberculose, com certeza a diabetes entra nessa categoria de pacientes imunossuprimidos que elevam a chance do surgimento de qualquer doença infecciosa e, que realmente vai ter mais chance neste contexto e a tuberculose. Infelizmente somos campeões de tuberculose em

especial na cidade do Rio e teremos então uma diabetes também maior. A segunda questão sobre tuberculose, disse primeiro que é um prazer conhecer o Sr. Gerard de quem já tinha ouvido falar, mas que estão tentando iniciar esse processo de descentralização em relação a esses pacientes portadores de hepatites virais, não só os infectados. A hepatite hoje em dia, é um grande desafio em termos de saúde pública nesse país e no Rio de Janeiro nem precisa falar. E como esse processo de descentralização está começando e, é uma bandeira que está sendo levantada há muito tempo, essas ações estão sendo iniciadas não só com a questão do treinamento desses testes rápidos nas unidades de saúde e o encaminhamento de todo fluxo de acesso à rede. Disse que contam com poucos médicos no Rio de Janeiro que queiram tratar a hepatite no nível que está sendo solicitado atualmente, mesmo porque não tem especialista, e que no Rio de Janeiro, ao contrário do resto do país, os infectologistas não gostam de tratar a hepatite. Disse que é uma infectologista que trata hepatite, mas que seria uma raridade nesse sentido. E o que está se tentando fazer nesse sentido mas o que está se tentando fazer é que pelo menos a assistência básica, a solicitação de exames iniciais dentro da saúde da família que estão pretendendo capacitar como o Sr. Roberto falou, médicos infelizmente, e isso é uma questão da formação profissional muitas vezes não associam a tosse a tuberculose quanto só costumam pensar em hepatite quando o paciente está com febre em estado terminal. E a proposta na verdade do atual programa não só de HIV, mas de hepatites é que se tenha essa resposta mais rápida. Ou seja, quanto mais precocemente identificarmos o paciente, mais cedo será possível interferir nessa trajetória dele no contexto do tratamento e da melhor assistência. A princípio, não tem muito mais a falar porque em relação a hepatite, estão apenas começando. Com a AIDS já estão mais avançado, assim como a própria tuberculose que o Sr. Jorge irá falar mais especificamente da tuberculose, mas é um sinal pro médico que está na ponta fazendo assistência direta que o paciente que tem tuberculose e a grande chance de possuir a AIDS junto. **Sr. Sérgio Aquino, gerente do Programa de Hepatites Virais do município do Rio de Janeiro**, iniciou sua fala dizendo que só gostaria de aproveitar a fala do Sr. Gerard na seguinte questão: é que o mais importante para eles, além de estarem conseguindo caminhar na questão da atenção básica e que estão fazendo a descentralização com teste rápidos em todas as unidades, é a questão da hepatite C que tem uma discussão de medicamentos para a hepatite C que estão no componente especializado e existe a possibilidade da mudança para o componente estratégico. E, a diferença é que no componente especializado ele é disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde e então ainda tem um trâmite de estar retirando medicamentos na RIOFARMA e de ter informação da Secretaria até em termos de estoque para poder disponibilizar. A partir do momento que se transforma em uma questão estratégica esta disponibilização, poderão colocar na unidade de saúde da mesma forma que os pacientes de AIDS conseguem retirar medicamentos direto na sua unidade, na unidade próxima a sua casa onde ele é tratado. O que acontece hoje é que o paciente que está, em Santa Cruz, tem que retirar o medicamento na RIOFARMES no Centro da Cidade. O objetivo é fazer esse movimento onde o paciente possa retirar o medicamento em sua unidade. O segundo objetivo é que já se tem uma unidade que é o Hospital da Piedade atendendo 15 pacientes e são pacientes de manejo clínico bastante complicado e que precisam de uma atenção, tendo então 15 pacientes sendo tratados e temos outros pacientes sendo tratados pelos Hospitais Universitários e Federais. E a outra proposta que está sendo colocada é a notificação imediata porque precisam saber realmente quantos pacientes temos na cidade do Rio de Janeiro para demandar estratégias, principalmente estratégia em nuvem de tratamento. E essa será a briga durante o ano de estar conhecendo o paciente e preparando-o para serem atendidos. E que

acredita que esta será a nossa proposta para este ano. **Sr. Jorge Pio, assistente da Gerência de Pneumologia Sanitária** disse que irá responder um pouco sobre a questão da diabetes e tuberculose que foi levantada. Prosseguiu dizendo que há algum tempo o Programa iniciou uma estratégia de solicitar nos primeiros 15 a 20 dias do tratamento da tuberculose, alguns exames iniciais e entre eles foi colocado o teste de glicemia porque sabem que existe uma correlação muito grande entre diabetes e tuberculose. O paciente com diabetes às vezes faz um quadro de tuberculose mas difícil de diagnosticar. Com o cardiológico diferenciado que não é o quadro clássico que dificulta. Como se sabe que muitos pacientes abrem o quadro de diabetes ou com tuberculose ou com medicamentos de tuberculose, a rifampina que é a principal droga de tratamento de tuberculose é hiperglicemiante e se a pessoa tem um histórico familiar e alguma propensão, ela pode abrir um quadro de diabetes. Então, informou que estão atentos a isso no Programa a um tempo e a Dra. Raquel está aqui acompanhando e foi ela quem nos lembrou disso. E o próprio Ministério da Saúde está com um projeto de fazer uma observação sobre isso, entre as doenças que ficam na ficha de indicação como doenças que podem acontecer junto a tuberculose é a diabetes. Participante da plenária que não se identificou disse que isso é uma coisa que existe no Programa há muito tempo, o paciente entra no serviço para tratar diabetes e está tossindo e é encaminhado. Prossequindo foi iniciada a apresentação do Projeto do TB/HIV que nos foi enviado, alguns dos eixos previstos e já são trabalhados há um tempo e tem outros que ainda não conseguiram cumprir, mas que já são atividades que tem se interessado a fazer a bastante tempo. **Sr. Jorge Pio** disse que não sabia se o slide ia ficar em um bom tamanho para ser lido, perguntou se estaria muito ruim para ler, mas disse que ele estaria conseguindo visualizar. E acredita que seria melhor tirar da tela inteira e ir passando aos pedaços. Essa matriz deste plano se baseia em eixo da situação atual, nas ações propostas e nas colunas responsáveis por essas ações. O primeiro eixo é detecção dos casos e tratamento da tuberculose. Eixo 1.1 – descentralizar as ações de controle para Atenção Básica organizando as linhas de cuidado do município qualificando a atenção prestada e mantendo a educação continuada para os profissionais de saúde. Essa ação está sendo realizada há muito tempo e está 100% realizada e se vê agora num processo de monitoramento e supervisão desta ação. É uma ação que já ocorre e tem que ser fiscalizada. A tuberculose é 100% descentralizada e qualquer unidade básica de saúde está habilitada a atender o paciente e fazer diagnóstico e acompanha-las. O responsável por isso é a própria GTS e a Atenção Primária de modo geral. Os profissionais da própria Gerência de Pneumologia e Atenção Primária, as parcerias com a sociedade civil, e universidade, como já foi colocado aqui é preciso aumentar o tempo de contato do acadêmico de medicina com a tuberculose. É uma coisa que as próprias sociedades de pneumologia e Ministério tem pensado, mas que ainda não chegou na ponta. É uma coisa que ainda está na própria universidade, esses profissionais com um tempo maior de contato com a tuberculose ainda não saíram da faculdade. Prossequindo com a apresentação do slide no item 1.2, realizar buscas sintomáticas respiratórias garantindo a coleta de escarros para a realização de baciloscopias em 100% das unidades básicas de saúde. Esse item também é entendido como já cumprido, e considera que em relação a esse tópico é preciso ter um monitoramento e supervisão e manutenção da logística em função da análise de escarros pelos laboratórios. Sempre foi uma dificuldade muito grande da Secretaria essa parte de transporte que é ineficiente principalmente na área da saúde e este seria o aspecto que se tem mais dificuldade que é manter que essas baciloscopias colhidas nas unidades para que cheguem rapidamente aos laboratórios o retorno deste exame para as unidades e para a mão dos médicos que irão iniciar o tratamento que melhorou muito com o advento de um sistema informatizado chamado GAL

(Gerenciador de Ambientes Laboratorial) que permite que em 48 horas no máximo se tenha o resultado dessa baciloscopia. A partir do momento que a baciloscopia é realizada, o laboratório digita isso no sistema de forma online e quem pediu o exame terá acesso a esse resultado. Da mesma forma os responsáveis pela GPS e apoiadores dos territórios que trabalham diretamente com as CAP's e a própria CAP, os profissionais de saúde e as equipes dos laboratórios que fazem o exame. Os parceiros são as CAP's, Coordenações de Área, sociedade civil e universidades e consideram que esta seja uma ação permanente que deve ficar monitorando e acompanhando se esse fluxo está funcionando. **Item 1.3** realizar em 100% das unidades de saúde do município o tratamento diretamente observado dos casos de tuberculose, em cada área de abrangência. Atualmente em nosso sistema observa-se que aproximadamente 72% dos pacientes são em tratamento na Atenção Primária. Isso significa que alguns pacientes ainda permanecem no tratamento auto administrado no mundo inteiro a estratégia é auto administrada, que é a supervisão do tratamento, com acompanhamento próximo do paciente, formando um vínculo forte com esse paciente. O paciente não fica sendo responsabilidade apenas do médico, mas toda a equipe acompanha e tem a missão de observar se os pacientes estão tomando o medicamento, se estão fazendo a baciloscopia de controle para saber se eles estão melhorando. Mas nem todos os pacientes vão se tratar por esta estratégia, alguns pacientes se recusam, outros não tem condições de se tratar desta forma por conta de questões trabalhistas e não podem ir até as unidades de saúde, ou a unidade de infectologia é longe de sua residência e isso dificulta que essa dose seja supervisionada. E nunca terá 100% dos pacientes tendo doses supervisionadas, e acredita que 72% é um número razoável que não é ruim. E espera que chegue em torno de 80% e isso é uma coisa variável. Uma ação que já é implantada há muito tempo que é a estratégia DOCs e que é considerada uma atividade que está sendo bem realizada e uma ação necessária que é intensificar as ações no território visando maior adesão ao todo e apoiar as CAP's na capacitação das equipes da saúde da família. Também é uma ação permanente devido a rotatividade de profissionais tanto de nível superior quanto de agentes de saúde e técnicos e, por isso, a capacitação permanente é indispensável. Os principais atores são novamente os funcionários da GPS, as coordenações de áreas e os profissionais de saúde. E é outra atuação que deve estar frequentemente observando e acompanhando se está se desenvolvendo. **Item 1.4** examinar os contatos dos pacientes com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva em 100% das unidades básicas de saúde da área de abrangência. E estamos aquém do que deveria ser, pois existe uma dificuldade de acompanhar esse paciente de contato. Quando se tem um paciente de tuberculose por ser uma doença de transmissão respiratória, de transmissão aérea, é necessário que a gente avalie todas as pessoas que convivem com aquele paciente na mesma residência e às vezes dependendo da comunidade até quem mora na vizinhança também que compartilha por vezes o mesmo quintal e a mesma casa e as pessoas estão sempre se frequentando. Esses pacientes, que na verdade seria melhor ser chamado de usuários muitas vezes não estão doentes mas precisam ser avaliados apesar de não terem nenhuma queixa e muitas vezes as pessoas se recusam a ir, ou não tem dificuldade de comparecer por conta de trabalho e acabam não tendo uma adequada avaliação desses casos. Sendo que essa é uma ação muito importante para o controle da tuberculose e que precisa ser intensificada como a um tempo se tem notado isso, e tem tentado ampliar as condições para que esses pacientes venham e buscam reforçar com as áreas a necessidade que isso seja trabalhado com os profissionais para alertar a esses pacientes que não são pacientes, mas sim usuários que coabitam com o caso de tuberculose. A ação que acredita ser necessária é promover a capacitação dos profissionais de saúde e as ações de

promoção de saúde porque às vezes não é apenas buscar os pacientes, se a comunidade é informada de que há a necessidade de ir até a unidade de saúde ainda que não tenha nenhum sintoma, mas que ela pode estar a tuberculose se desenvolvendo e que pode ter a tuberculose mais tarde, acredita que as pessoas vão procurar mais a unidade. É preciso desmistificar e fazer com que as pessoas entendam que mesmo sem estar sentindo nada, se elas coabitam com pessoas com tuberculose é preciso que ela seja avaliada. Então é preciso promover ações de saúde com o objetivo de informar a população sobre a tuberculose, promover estratégia visando aumentar o paciente do contato, principalmente os adolescentes de até 15 anos e os portadores de HIV que são os que mais adoecem quando entram em contato com a tuberculose que são as crianças e as pessoas imunodeprimidas, isso incluindo os pacientes com diabetes também, e também hipertensão e pessoas que fazem tratamento com corticoide. E principalmente os contatos de pacientes multirresistente. Atualmente o próprio Estado desenvolveu normas diferenciadas para contatos de pacientes MR. Sabemos que é uma coisa recente mas que precisa ser mais trabalhada nas áreas e muitas vezes pegamos um paciente que tem tuberculose multirresistente e que os contatos não foram devidamente avaliados, até foram avaliados mas as medidas diferenciadas para este caso não foram tomadas direito e sabemos que precisa ser uma medida mais trabalhada em termos de equipe de saúde e ser divulgado para a população. Os atores são os profissionais do GPS, apoiadores, profissionais do território e, é uma atividade que tem que ser revista constantemente pela GPS. **Item 1.5** que visa garantir os fluxos de referência e contra referência dos casos de maior complexidade monitorando as consultas e procedimentos necessários para desenvolvimento das ações. O que ocorre neste caso é que alguns casos de tuberculose não podem ser acompanhados apenas na Atenção Primária. São casos que a doença está mais grave, ou pacientes que são resistentes às drogas, e esses casos precisam ter uma referência em conjunto com a unidade secundária onde haja especialista, psicólogo, nutricionista e uma equipe que tenha mais habilidade para aquele caso ou mais informação técnica. Atualmente se sabe que isso às vezes tem ocorrido de forma fora do SISREG porque o SISREG é um sistema que ainda não está funcionando como deveria no nosso município, infelizmente, mas estamos trabalhando para isso. E muitas referências e contra referências secundárias, tem sido recomendadas por telefone e quando se fala em tuberculose não se coloca no SISREG, estamos fazendo por telefone para agilizar. A ideia é que um dia a gente chegue a utilizar o SISREG para isso quando ele estiver funcionando melhor. Atualmente estamos utilizando o telefone. Da mesma forma os pacientes com tuberculose resistente ou multirresistente são tratados em unidades terciárias, tem-se hoje três unidades terciárias e estão para abrir a quarta unidade terciária, apenas para tuberculose resistente e multirresistente que usa esquema diferente da saúde básica. E já está ocorrendo com os problemas normais que se tem de fluxo, mas está ocorrendo. E a atividade que é necessária é o acompanhamento e regulação das consultas e dos atendimentos. Disse que estavam até discutindo sobre isso, as unidades terciárias enviam por e-mail a listagem dos pacientes que estão em acompanhamento para que as coordenações de áreas monitorem se esses pacientes estão indo às consultas, se estão fazendo a dose supervisionada nas suas unidades básicas para estreitar a relação entre os três níveis de atenção. A ideia de ação que se preconiza é o monitoramento para saber se esses pacientes estão indo a consulta, e se estão recebendo a dose supervisionada na unidade de atenção básica. Novamente os atores continuam sendo as CAP's, a GPS e entra a regulação do SISREG e, é uma atividade permanente, incluindo os hospitais federais e universitários que são as unidades terciárias que fazem um acompanhamento dos pacientes com Tuberculose multirresistente. Passou então para o segundo grande eixo que é Diagnóstico da

Tuberculose, onde o **item 2.1** visa organizar a rede de referência municipal para a realização de basilosopia e garantir a remessa para o controle de qualidade no LACEN. Atualmente temos no município uma rede de laboratórios bastante pulverizada. Temos 11 laboratórios, todos fazendo basilosopia e alguns fazendo inclusive cultura e estão agora para voltar a fazer o DIMEXPERT. Acredita que seja um acompanhamento de monitoramento porque já se desenvolve e funciona. Disse que vai deixar os atores para depois para ganhar um pouco de tempo já que o foco principal é a ação. **Item 2.2** realizar a coleta diária de escarro para basilosopia nas unidades básicas, garantindo o transporte das amostras para laboratórios no mínimo três vezes por semana com disponibilização de resultados em até 48 horas da coleta. Também são ações já realizadas, com alguma dificuldade às vezes no transporte, mas são coisas pontuais e acreditam que a ação necessária seja o acompanhamento para ver se está realmente funcionando. Volta a repetir e ressaltar a importância do sistema GAL para agilizar esses resultados. Hoje, temos resultados de basilosopia em até 24 horas. **Item 2.3** é garantir o fluxo e o envio das amostras para o laboratório de referência para realização de cultura e existem 5 laboratórios de referência para fazer cultura, o que ainda é pouco para a nossa rede e estão tentando abrir mais dois laboratórios esse ano. E a nossa meta que também é a meta do Ministério é ter a cultura universal, todo paciente com diagnóstico de Tuberculose vai fazer a basilosopia e também vai fazer a cultura. A cultura é um método que permite uma identificação do bacilo e permite se for necessário diagnosticar, se há resistência já se tem uma cultura pronta e isso ajuda bastante, porque demora mais ou menos três meses para ficar pronta. Até fazer o TSA porque o bacilo precisa crescer, pois existem algumas metodologias que aceleram um pouco isso, mas ainda não estão acessíveis por ser uma tecnologia cara. Mas contam com o DIMEXPERT que é um método rápido que também detecta um pouco a resistência e que após o Carnaval estará voltando a funcionar para toda a rede. Eixo da Vigilância, eixo 3. **Item 3.1** visa o tratamento e vigilância epidemiológica dos casos de Tuberculose com pacientes resistentes às drogas. Garantir cuidados dos pacientes com Tuberculose e resistente às drogas nas unidades de referência terciária. A ação é o monitoramento de todos os casos de pacientes TBMR em tratamento. Qualificar o monitoramento dos casos e seus contatos, garantir o estoque de medicamentos existenciais nas unidades de tratamento, melhorar a relação das unidades de saúde nos três níveis de atenção. É uma estratégia que está sendo feita, a Gerência, o Estado e o Ministério da Saúde que fornece os medicamentos, as universidades onde os pacientes são atendidos que são as referências terciárias. Isso já é desenvolvido a pouco menos de tempo e tem ainda algumas coisas que não estão funcionando como deveriam, mas são ações já desenvolvidas. **Item 3.2** garantir tratamento do paciente observado compartilhado com a atenção básica, os exames, medicamentos, suporte social para os casos de pacientes com tratamento de tuberculose existente. Também estão dentro da mesma ação, os casos de MR são diagnosticados, muitas vezes na Atenção Primária ou na Secundária, eles continuam acompanhando e fazendo a supervisão na Primária, mas fazem as consultas nas unidades terciárias já que usam esquemas totalmente diferentes com detalhes mais complexos e com mais reações adversas. E como foi falado esses pacientes tem contatos que tem que ser avaliados de uma forma diferenciada e estão trabalhando justamente nesse estreitamento da relação entre os três níveis para que os pacientes sejam atendidos de uma forma mais ampla. O próximo eixo é sobre HIV e AIDS que na verdade é uma outra apresentação que está em vermelho e será pulada. **Sr. Jorge Pio** disse que não saberia se o Sr. Sergio Aquino iria utilizar depois o que o Sr. Gustavo tinha feito. Foi informado que esta parte da apresentação já foi falada. **Item 6** – Informação. Informação para garantir notificação dos casos de Tuberculose e HIV no momento

do diagnóstico, aperfeiçoando com amplitude da ficha de investigação. A situação atual de descentralização que está sendo feita pelas CAPS, a Tuberculose hoje tem a notificação feita nas CAPS, anteriormente as fichas eram preenchidas no papel e chegavam no Nível Central para serem lançadas no sistema. Atualmente a própria área faz a digitação e isso favorece que a digitação seja mais correta e mais rápida. Essa ficha não precisa viajar até aqui e não tem uma ou duas pessoas digitando. Em cada CAP existe uma pessoa digitando e essa informação chega mais rápido no sistema e com informações mais precisas por estar mais próxima de quem coletou os dados. Se uma informação estiver errada na ficha, rapidamente a área é capaz de identificar, fazer contato e rever se isto está errado ou não. A ação proposta é qualificar as ações de monitoramento dos casos e monitorar essas notificações. É uma ação que precisa ser feita junto a Vigilância e informou que estão tentando trabalhar mais junto a Vigilância e com as próprias CAP's. Inserir semanalmente os casos notificados provendo equipamentos e recursos humanos necessários. A situação atual é que existe um certo retardo na inserção dos casos dentro dos sistemas, apesar de estar descentralizado ainda há essa dificuldade. As pessoas treinadas no SINAM digitam tuberculose, e várias outras patologias e só tem uma máquina, às vezes a internet é lenta e isso gera um gargalo. Porque apesar de estar descentralizada, tem uma pessoa que digita vários agravos na mesma máquina. A ideia é equipar as unidades com mais computadores, melhorar a rede de internet, prover mais gente para fazer essa digitação. Entra a parte de benefícios sociais e perguntou se a Sra. Maíra se quer falar sobre esses benefícios. Mas foi informado que ele mesmo poderia dar sequência e que se errasse algo teria uma ajuda. Eixo 7 – Benefícios Sociais. O **item 7.1** tem como objetivo promover articulações com o SUS e o Sistema de Assistência Social e Direitos Humanos visando à garantia do acesso para pessoas com HIV, AIDS e Tuberculose aos benefícios sociais como auxílio-doença, passe livre social, restaurante cidadão, bolsa família. A GSP possui atualmente essas articulações com a Secretaria Municipal de Saúde - SMS e o Sistema Único de Assistência Social e Direitos Humanos e a Fetranspor. O que acredita que seja necessária é buscar ampliar as articulações Inter setoriais visando garantir a consolidação desses serviços para os pacientes. Isso funciona, porque existe uma burocracia e uma demora em certos benefícios como o RioCard eletrônico que o sistema demora para que o paciente tenha acesso ao cartão de transporte e que isso precisa ser melhorado, e que está fora da governabilidade, pois esse sistema burocratizado. **Item 7.2** identificar e mapear em conjunto com a Saúde Mental, a Atenção Básica, Assistência Social e os Direitos Humanos os dispositivos e equipamentos existentes a serem implantados para implantação da rede Intersetorial para atender a população vulnerável como moradores de rua, pessoas com a liberdade cerceada e etc. de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde - MS 444. Atualmente o GSP possui essa articulação com as coordenações e consultórios de rua, com a SMS e com a Saúde Mental. A ação necessária é ampliar articulação internamente da SMS com os parceiros, constantemente e informou que é um trabalho da Assistente Social que estava presente Sra. Maíra que trabalha no Estado e está sempre tentando ter um relacionamento melhor para que as coisas funcionem da forma mais fluida. Infelizmente é uma busca constante e, é preciso estar sempre em contato e tentando melhorar porque tudo é muito burocratizado. Eixo 8 – Controle Social. **Item 8.1** ao Controle Social cabe fomentar e estabelecer a participação da sociedade civil e do controle social no acompanhamento das ações de controle de tuberculose, HIV e AIDS. Atualmente tem-se a participação dos profissionais do GPS em encontros com a sociedade civil, mas sabe-se que é necessário ampliar um pouco mais essa relação. E apesar de se ter um trabalho antigo com a sociedade civil, sempre há a necessidade de estar mais presente. Sempre é demandada a capacitação, mais

informações e não sabe exatamente como agilizar melhor isso. É preciso abrir linhas de contato, o momento é esse, esse é um dos momentos para se estar fazendo isso. **Conselheiro que não se identificou** perguntou se haveria uma associação especificamente para tuberculose como se tem para AIDS, para que haja um incentivo direto para que inclusive as associações voltadas para a AIDS participem dessas ações. Mas a questão do incentivo de ONG é direto do recurso da Secretaria do Estado e não da Municipal. No **item 8.2**, implantar e incorporar as ações de comunicação de indicantes estimulando a participação social, planejamento municipal anual de como estabelecer estratégias de interlocução. Atualmente a GPS apoia ações de indicantes no município do Rio de Janeiro. A ação que se acha necessário é incluir no planejamento do GPS esse tipo de atuação com indicantes que não está incluída no planejamento e, é preciso incluir isso. **Item 8.3** tem como proposta consolidar, analisar e divulgar relatórios e informes mensais de tuberculose, HIV e AIDS. Atualmente tem-se boletins anuais sobre TB, HIS e AIDS no município do Rio de Janeiro. Prosseguindo com a explanação disse que ficaram um tempo sem fazer o boletim e que é preciso voltar a fazer novamente como já foi feito por algumas vezes, em conjunto as três patologias: TB, HIV e AIDS. Disse ainda que a proposta agora é fazer um boletim das doenças transmissíveis que vai incluir a Hepatite, acrescentando também a Dermatologia Sanitária, com um bloco único de doenças transmissíveis. O **item 8.4** prevê implementação e fortalecimento de parcerias com instituições de saúde, Secretarias Municipais, Conselhos Profissionais e setor privado debatendo estratégias de enfrentamento de TB e AIDS visando o fortalecimento das ações Inter setoriais. Atualmente algumas parcerias e encontros consolidados com a SMS. A proposta é a realização de encontro Intersetorial para discutir TB, HIV e AIDS. Informou que este era o planejamento e disponibilizou-se para responder as dúvidas. **Sr. Geraldo** começou a inscrever para as perguntas. Pediu que as perguntas sejam direcionadas para o tema e que não demorem mais de três minutos para fazerem, porque precisamos terminar a reunião no horário previsto. **Sr. José Liporage, Sindicato dos Farmacêuticos do Rio de Janeiro** a primeira coisa que gostaria de colocar é sobre a apresentação do Sr. Gustavo, pois no ano passado no Plano Municipal de Saúde e que estará recolocando algumas coisas de novo. Há uma grande preocupação com a descentralização e seria importante resguardar o sigilo do paciente que é uma preocupação que estava tendo desde o ano passado e que é uma coisa muito preocupante. Já tivemos alguns casos de óbitos principalmente na Zona Oeste. Outra coisa é para lembrar que na sexta-feira passada entrou no ar uma consulta pública de atualização dos protocolos clínicos para criança e adolescente. As alterações dessa atualização estão chegando. Outro fator importante é sempre colocar para a sociedade civil e principalmente para o Conselho de Saúde, a falta de medicamentos não só os antirretrovirais ou as infecções oportunistas, e para DST's. Por exemplo, o que está faltando, hoje, no município do Rio de Janeiro para os pacientes de AIDS, tuberculose. Outra questão que gostaria de perguntar é que se está falando de cargas virais, qual a recomendação do Ministério da Saúde por cargas virais e quantas esses pacientes estão fazendo por ano. No dia a dia existe um protocolo nos hospitais das três esferas para pacientes que entra na unidade e possa ter suspeita de tuberculose ou não. Porque colocamos até os profissionais de saúde em risco. Por fim, outra coisa a ser colocada é que iremos entrar de novo no feriadão do Carnaval e em abril teremos outro feriadão e vê que todos os anos os pacientes de AIDS e tuberculose ficam desesperados nesse período para conseguir os medicamentos. Outra coisa é que temos uma grande parte da população que tem plano de saúde e então, já que não serão atendidos por infectologistas, será que não teria maior possibilidade de no meu plano de saúde, por exemplo, ser atendido por um infectologista e retirar os meus medicamentos em um posto de saúde. Na

Zona Sul isso já é uma rotina, só não vale para os pacientes da Zona Norte e Zona Oeste e que queria uma qualidade igual para todos. Disse que teria outras coisas, mas agradeceu. **Sr. Gerard** iniciou as respostas dizendo que para esclarecer a pergunta sobre quem ele elegia para ser colocado o recurso. Disse que a forma do recurso federal até o ano passado vinha carimbado para cada patologia. A partir deste ano mudou tudo, vem um recurso livre para utilização do Secretário de Saúde. É muito importante que este Conselho faça uma discussão sobre isso e citou que em alguns estados como Goiás já conseguiram com que a distribuição não fique na liberdade do Secretário ou do coordenador do Programa e sim que seja o Conselho que determine que Programa será contemplado. O Conselho Multidisciplinar é a pessoa indicada para fazer isso. Caso contrário, ele pode até utilizar todo o recurso na construção de um prédio. A liberdade é total. O Conselho tem que ser atuante nisso e que seja decidido neste Conselho que saia a distribuição desse recurso para tudo que for do Programa. **Sr. Carlos Alberto Alves (Marreta)** iniciou suas indagações dizendo que na sua fala percebeu as dificuldades devido aos cuidados para com o trabalho e as referências trabalhistas, o cuidado com a saúde para que o trabalhador compareça, se trate, procure o médico não consegue isso devido à carga horária, ao não estar naquele horário por conta de estar no trabalho. O “cara” deve se cuidar, e como se pensa e se faz isso. Com campanha, orientação. Porque para o sujeito estar trabalhando e dedicando as suas horas necessárias ao trabalho, ele depende da saúde dele. E até na prática do seu trabalho. Se ele deixa de comparecer ao médico porque naquela hora tem que estar no trabalho, como que fica, qual é o procedimento a saúde ou o trabalho deixando a saúde ir embora. **Sr. Geraldo** pediu que fossem respondidas essas primeiras questões. **Sr. Jorge Pio** disse que sobre a questão do medicamento em época de feriado é uma coisa pontual de desorganização. Disse que a maior parte dos pacientes que estão em tratamentos supervisionados, o paciente não fica com o medicamento em casa. Mas especificamente para feriados a estratégia é que se amanhã é sábado e ele precisa tomar o remédio ou é um feriado, ele irá levar para casa o medicamento suficiente para o período que a unidade não vai estar aberta. E se isso ocorre deve ser pontual, uma desorganização pontual e não uma coisa frequente. Em relação às dificuldades de pacientes a qual se referiu, são os pacientes de contato, são pacientes que não são pacientes ainda mais que precisam ser avaliados porque muitas vezes como não estão sentindo nada, tem uma certa resistência em procurar uma unidade de saúde. O que se recomenda é que na Atenção Primária esse paciente seja buscado, que se vá até a casa dele, avalie e convença-o a vir à unidade marcando um horário que ele possa ir, faça um acordo com a unidade para que ele possa ir em outro horário, que seja fornecido um atestado se for necessário. Está é a estratégia que se tem recomendado. **Sr. Sérgio Aquino** disse que a resposta ao Liporage na questão do sigilo dos pacientes, tem-se pensado da seguinte forma: há 30 anos não se tinha uma referência específica e nem um tratamento específico para esses pacientes, se pensarmos hoje que os pacientes podem entrar em qualquer lugar sem ser identificados e ter uma porta diagnosticada de que possui uma doença oportunista ou se é paciente de AIDS ou não. Ele vai ser atendido como qualquer outro paciente. É claro que se esse paciente não quiser ser atendido numa clínica de saúde da família, ele pode ser direcionado a unidade mais próxima da sua residência ou na unidade que seja de sua referência. Mas o que tem se pensado é que se colocarem na porta algo com um escrito: Pacientes de AIDS, todas as pessoas que entrarem ali serão de AIDS e todo mundo vai identificar. Então acreditam que descentralizando e colocando 200 unidades de saúde na cidade do Rio de Janeiro, poderá descentralizar e dar maior acesso a população. A questão da falta de medicamentos para antirretrovirais, DST's e infecções por doenças oportunista, temos tido talvez momentos pontuais em relação ao repasse. É preciso

pensar que todos os medicamentos antirretrovirais são repasses do Ministério da Saúde. Os medicamentos de infecção oportunista são repasses da Secretaria do Estado, e os medicamentos das DST's são aquisição da Prefeitura do Rio de Janeiro. Prosseguindo, respondeu informando que não vai dizer em nenhum momento que a Prefeitura é uma maravilha, mas todos os medicamentos estão à disposição para o paciente, inclusive para as infecções oportunistas, pois temos uma atenção muito especial de pensar em pacientes que tenham herpes e estão adquirindo este medicamento para que a gente não tenha falta por conta do repasse. Disse que essa era uma preocupação que está tendo em relação ao tratamento e acesso aos medicamentos. Em relação a retirada dos medicamentos privados já existe uma condição que se tem trabalhado nos últimos 10 anos, onde todos os pacientes e não importando se são da Zona Sul, Zona Norte ou Zona Oeste, mas dentro do município do Rio de Janeiro, se ele for a uma consulta com um médico privado e depois for a uma unidade de saúde onde é cadastrado, tem que estar cadastrado dentro do SICRON, ele retira seu medicamento independente de consulta médica ou não. Essa é uma experiência que já existe. Pode acontecer em situações excepcionais que com a mudança de funcionário isso aconteça mas na prática em geral há 10 anos não temos essa questão. A retirada dos medicamentos nos feriados e finais de semana tem-se uma prática e 56% das nossas unidades são municipais e dessas unidades tem medicamento para 2 meses e nas situações de feriados e finais de semana esses pacientes estarão com a medicação. Nas unidades filantrópicas e do governo federal também é uma prática, podendo ter uma situação pontual, mas na prática os medicamentos estão disponíveis para 2 meses. A não ser medicamentos de tratamentos excepcionais, que tem uma certa regularização. **Sr. Jorge Pio** assumiu respondendo que só para fechar, pois lembrou durante a fala do Sr. Sérgio Aquino sobre o protocolo de tuberculose nos hospitais. Na Atenção Primária, a lei é clara está tossindo a mais de três semanas tem que se pensar na tuberculose. E qualquer unidade de saúde, tendo um paciente com queixa e às vezes não há queixa, mas só uma imagem radiológica e se faz o diagnóstico por esta imagem radiológica. Muitos casos tem o diagnóstico da tuberculose no pré-operatório, não é necessário que haja um protocolo fechado para todos os hospitais, o médico tem que ser médico. Foi dada a palavra a **Sra. Sonia** que iniciou sua fala dando boa tarde a todos e a todas, dizendo tem uma dúvida quando foram passados os slides que não enxergou muito bem, mas que viu várias vezes esse nome e queria aprender o que é. O que são os apoiadores de território e, pediu para explicar porque entendeu profissionais de saúde, e os apoiadores de território, estão falando de situações onde a sociedade civil vai estar dentro da pactuação e queria entender sobre isso. **Sr. Jorge Pio** respondeu que apoiadores de território é um termo genérico e que pode classificar em duas formas, dentro da Gerência de Pneumologia trabalham um pouco nesse sentido, cada um dos profissionais tem algumas CAP,s onde são apoiadores, então tudo que a CAP necessitar em termos técnicos, de equipamento e de insumo, estaremos ali para dar apoio e suporte, dúvidas que surgirem sobre a tuberculose. E, é também uma denominação para um grupo que é ligado as OS's e também estão nos microterritórios e fazem uma atividade dentro das CAP,s. Um exemplo é que na AP 5.1 tem-se dentro das CAP's e às vezes não são nem das OS's, são apoiadores de determinadas unidades e que são responsáveis por algumas coisas que ocorrem naquela unidade. Perguntou se ficou claro, e a resposta foi negativa e tentou explicar melhor dizendo que são profissionais de saúde para o Nível Central que são responsáveis por determinada área, fazem supervisão daquela área, avaliam as unidades daquela área. Podem ser das OS's ou da Secretaria, mas são profissionais das próprias coordenações de área, em cada território são divididas de 4 a 6 unidades onde são responsáveis. Foi dada a palavra ao **Sr. Cazu Barros**,

Federação de Bandeirantes do Brasil, representa a instituição na Comissão Estadual da AIDS no governo e na Comissão Municipal de AIDS. Disse que referente a fala do Sr. Carlos Tuf

vesson gostaria de dizer que nenhuma ONG que trabalha com Aids ou tuberculose no município do Rio de Janeiro, recebe qualquer tipo de repasse ou qualquer tipo de apoio do município digamos assim financeiro. Inclusive o Estado como Secretaria Estadual de Saúde já chamou para conversar o município para receber a verba do Estado e repassar para as ONG's, mas está faltando vontade política do Sr. Secretário Hans para resolver essa situação. Disse que a pergunta vai com uma observação e que de repente dormiu em algum momento porque não viu nenhuma ação referente ao tratamento da tuberculose nas emergências, ou seja, o paciente que chega na emergência com tuberculose e fica no meio de vários pacientes. Disse que em 2010 levou essa discussão em uma reunião com o Sr. Secretário quando este resolveu fechar o Hospital Rocha Maia para reforma e que não sabe muito bem o que aconteceu e que foi internado no Hospital Rocha Maia e ficou três dias aguardando um leito e tinham muitos pacientes com tuberculose aguardando e isso gera obviamente infecções e não viu nenhum plano de ação para conter a epidemia da tuberculose nas emergências e que gostaria desse esclarecimento. **Sr. Roberto** assumiu a palavra dizendo que em primeiro lugar queria registrar que é importante e estavam insistindo bastante que esse Plano fosse empoderado pelo Conselho para que efetivamente ele aconteça. Essa pactuação por mais dificuldade que tenha acontecido no processo é hoje uma referência nacional e tem sido citada por exemplo com o Dr. Jarbas em todos os eventos, esse movimento do Rio de Janeiro com essa aproximação da sociedade civil, gestores e município na tentativa de construir uma proposta nova e então o empenho que a gente possa fazer para que, se não atingir todos os objetivos, uma grande parte seja alcançada, é uma vitória para todo mundo. Em muitos momentos que se colocam em lugares opostos, tem conflitos e intenções mas o objetivo dos movimentos sociais é que as coisas aconteçam bem para podermos aplaudir e estar juntos. Isso é fundamental e a participação do Conselho é primordial nisso. Uma proposta que possa se rever e apurar esse plano para que ele seja logo apresentado para o Estado, a questão dos recursos que o Sr. Cazu lembra que não é mais carimbados, mas existe uma dificuldade jurídica para o Município e o Estado gerirem esses recursos e a legislação não facilita. O que é exigido em uma ONG que aprove em um edital público um convênio é a mesma coisa que é exigida para o município, só que a ONG não tem a estrutura jurídica e financeira para bancar todas as certidões e os detalhes, e quem trabalha na gestão sabe o quanto para o gestor é difícil apresentar uma ação para o Ministério Público na prestação de contas. Para a ONG é mais complicado ainda. Disse acreditar que o Conselho Municipal de Saúde possa ter um papel fundamental de estar de alguma forma estudando de que forma possa ter ações jurídicas que facilitem esse apoio ao movimento social dentro dos editais e de todas as formas de controle para que as ações sejam complementares. As ONG's não vão substituir os Estados e Municípios, mas podem desenvolver ações complementares nos territórios onde tem mais facilidade de ação. **Sr. Geraldo** pediu que fossem respondidas as perguntas deste bloco. **Sr. Sérgio Aquino** lembrou ao Sr. Cazu que em relação as ONG's a Secretaria Municipal de Saúde faz um investimento considerável por exemplo na Sociedade Viva Cazuzza e não é um repasse nem do Ministério da Saúde, nem da Secretaria do Estado. Quanto à relação do repasse da Secretaria do Estado não tem nenhum documento como proposta de repasse municipal e que então não poderia lidar com este tipo de informação. Mas principalmente em relação às ONG's a Sociedade Viva Cazuzza é uma instituição que está sendo mantida pela Prefeitura há pelo menos 5 anos. **Sr. Sérgio Aquino** disse que não havia nada sobre a questão da emergência no Plano

porque não havia esse eixo sobre hospital. Mas essa é uma coisa que nos preocupa muito e que é um problema no mundo inteiro. Você entra na internet e procura por tuberculose e ninguém sabe muito bem o que é isso na verdade. É uma desorganização do Sistema como um todo. O que não quer dizer que não irá haver tuberculose na emergência, vai ter que ter tuberculose na emergência porque tem tuberculose em vários lugares e na emergência onde temos uma porta escancarada onde entra todo mundo. O que se precisa fazer é se reorganizar para identificar o mais rápido possível esses pacientes e ter um local para colocá-los e saber iniciar o tratamento. A primeira coisa que acredita que se deva fazer é pensar que existe tuberculose nas emergências para pensar como, e isso será feito em cada hospital, fazer um plano para a tuberculose. Dentro do município do Estado do Rio de Janeiro, todos os hospitais tem que ter essa visão, junto com o pessoal de infectologia do hospital e o CCIH, tem que ter uma estratégia para a tuberculose. **Sr. Geraldo** informou que este será o último bloco de perguntas para encerrarmos as dúvidas. **Sr. Severino** assumiu a palavra dizendo que esse Plano estratégico está muito nebuloso e que em alguns aspectos até subjetivo. Disse que deve haver um profundo e intenso debate com todos os seus parceiros e ramificações inseridas nesse contexto. Se não for assim, tem que haver comunicação como já foi dito. E a comunicação deve ser total e absoluta para que este plano possa atingir quem está na ponta que é o usuário que mais sofre nessa situação toda. Foi falado aqui que tem três ou quatro unidades terciárias que fazem esse serviço, quais são elas, em que áreas se encontram e como funcionam, qual a metodologia delas. O usuário tem acesso a essa informação, obviamente não tem. Isso tem que ser debatido profunda e intensamente até se esgotar todas as dúvidas que eventualmente tem, e normalmente são muitas. E a atenção básica não tem a menor condição de fazer esse trabalho, porque ela vai mandar pro maldito ou bendito SISREG e, vai cair lá e na bendita regulação onde para tudo. Ali para tudo, não anda mais, não tem mais resposta e ninguém sabe o que vai acontecer. Resumindo porque a Mesa está tirando a fala, mas a plenária é soberana. O que vem da plenária tem que ser estudado e precisa de resolução. O plano é muito nebuloso e tem aspectos subjetivos e repetiu que para ter resolatividade, para ser elucidado, para atingir quem está frente o usuário que sofre com essa situação tem que ser debatido, haver mais comunicação e intensamente para poder ver se tem algum resultado para o usuário. **Sra. Tânia Makluf, Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro** disse que é um prazer rever todos após tanto tempo. E que tem uma coisa a dizer a eles que o plano tem uma falha imensa e que essa falha imensa é não pensar no trabalhador. O que temos de trabalhador da área da saúde infectados por tuberculose é muito grande. E esse trabalhador fica isolado, tem um diagnóstico, faz um controle como se faz um controle dos contatantes dos ambiente de trabalho e não viu nenhuma vez ser pensado nisso. Acredita que tem que rever a questão da informação. A informação dentro desses ambientes de trabalho, a maioria desses trabalhadores pacientes são trabalhadores também. E o contato que está evidenciado dentro da residência porque pensa-se que a pessoa passa mais tempo em casa, mas a pessoa fica mais tempo no trabalho e este lado não está sendo visto. E isso está sendo uma aresta para não se ter esse olhar. Na enfermagem sofre-se muito por conta disso, incluindo enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem estão tendo tuberculose até porque não tem equipamento de proteção. Nas emergências não existe um sistema de equipamento de proteção coletiva, então isolamento aéreo nem pensar. Tem que se pensar em uma estratégia para que esses ambientes de saúde possam proporcionar saúde também para os que lá trabalham. Não só para quem está esperando o atendimento e essas coisas acabam se perdendo. A informação de como fazer quando você adquire uma doença infectocontagiosa não é isolar e colocar a pessoa no limbo, mas sim tentar

acolher e reabilitar porque senão aquela pessoa não recorre e perdendo o seu poder aquisitivo não consegue dar continuidade ao tratamento ficando um furo e acredita que esse furo tem que tensionar. Gostaria também de ter a abrangência por área, pois a gente não teve a noção de qual área está sendo mais atingida nessa explanação dos senhores, se puder mostrar um mapeamento sobre qual área está mais evidenciada, até para ser estudada e traçar um plano estratégico melhor com a participação de todos seria bom. **Sr. Carlos Tufvesson, gestor e Presidente da Comissão de DST/AIDS deste Conselho** disse que agradece pela apresentação mas gostaria de deixar um registro e uma perplexidade desses dados não terem sido levados a Comissão. A Comissão é extremamente ativa, o Sr. Gustavo participa de nossas reuniões, essa pauta foi solicitada inclusive por esta Comissão e acredita que teriam o bastante para ajudar no sentido para favorecer o usuário na ponta como foi dito aqui. Para deixar claro, existem reuniões mensais aqui na sala ao lado, ou até nesse auditório, e nunca pudemos ter acesso e participar deste plano. A segunda questão é que ouviu pela mídia que a Prefeitura está fazendo teste rápido em todas as unidades de saúde, e queria saber qual é o percentual de unidades de saúde que estão realizando o teste rápido para que se possa passar essa informação a outras pessoas. Perguntou se eram 396 unidades e foi corrigido que seriam 200 unidades e então perguntou se todas estavam realizando para poder dar a informação de onde a pessoa poderia realizar esse teste, para que o cidadão não tenha que peregrinar e ir em uma unidade que não tenha e achar que não é verdade, mas saber que em algumas unidades nunca teve e nunca vai ter o teste. Não precisa ter em todas. Disse que sua opinião é que não precisaria ter em todas as unidades, mas que deveria ter por área algumas unidades. Outra questão é o controle social que está pautado e que a Comissão tem exatamente a sociedade civil presente também para poder manifestar e palpar, a razão da constituição desta Comissão é exatamente esta. Não trazer esse plano para discussão dentro dele é simplesmente não usufruir destas pessoas que são militantes de longa data. Queria deixar claro que milita há 18 anos e que outros colegas há muito mais tempo e tem uma experiência enorme que podem colaborar muito com a Secretaria de Saúde. Principalmente na área de prevenção que foi uma área onde sentiu bastante ausência no plano, não viu nada mencionando a prevenção que é muito importante. E não sabe se os militantes tem mania, porque é muito importante que se evite a transmissão para que não se fique precisando fazer o teste rápido, de carga viral e tudo. A informação de como prevenir é muito importante. Prosseguiu dizendo que não viu isso presente, apesar de ser Conselheiro da cidade e ter aprovado representando a Secretaria de Saúde isso também no Plano Trienal não viu, e gostaria de saber se existe verba alocada para situações presentes, como também para a prevenção. Lembrando que a Secretaria de Saúde estará apresentando mais uma vez e cresceu de contagem porque são os jovens LGBT's, e há cinco anos cresce entre os jovens e no último ano em jovens LGBT's. A Secretaria está fazendo o Carnaval de informação para a prevenção em DST/AIDS e outras DST's para evitar que as pessoas se contagem, o que acha mais importante. E terminando, sempre ficamos nessa questão de estado e município sobre remédios e repasses para as ONG's e que seria bacana se abrissem essa discussão porque acha que as ONG's tem um papel muito importante de chegar na comunidade, a prevenção e falar essa língua e infelizmente apenas uma ONG, poderia estar contemplando mais. No seu ver as ONG's atravessam um momento muito difícil no país, desde a gestão do ex-ministro da Saúde Temporão se vê uma dificuldade de acesso aos convênios do poder público para as ONG's, principalmente as voltadas para DST's, e que havia milhões de razões ideológicas envolvidas que não se sabe ao certo. Pediu desculpas por estar se prolongando na fala. Disse que então cessaram os recursos para as ONG's. Essas ONG's estão no CTI como, por exemplo, a Pela Vida que foi

criada pelo Betinho está mais do que no CTI e temos que pensar e isso cabe ao poder público também, como manter essas pessoas porque são pessoas que contribuíram até para a criação do Plano de DST/AIDS, se existe um plano hoje foi com essa “galera” e com vários infectologistas que integram o quadro hoje da Prefeitura que construíram este plano que está um pouco a margem das ações que podemos estar contribuindo. Disse ainda que seria interessante pensar em integrá-los nesse plano. Agradeceu. **Sr. Geraldo** agradeceu e pediu que fosse respondido e solicitou um esclarecimento sobre o próximo ponto após a finalização das respostas. **Sr. Sérgio Aquino** assumiu a palavra respondendo que voltando ao assunto SISREG gostaria de lembrar que o sistema não faz nada sozinho, ele é feito por gente e que elas devem fazer o SISREG funcionar. Disse que a equipe tem trabalhado com o SISREG e tem visto resultados, pois não se pode abandonar o SISREG, mas que é preciso melhorar. O sistema só mostra as nossas falhas. **Dra. Carla Brasil** assumiu a palavra dizendo que uma coisa muito importante que acha que todos precisam saber, na Atenção Básica faz-se o diagnóstico e tratam aqueles casos simples de tuberculose, os casos não complicados. Isso qualquer unidade de saúde está habilitada a fazer. Quando o caso complica por alguma razão ou o paciente fez uma intoxicação, intolerância medicamentosa grave ou fez uma hepatite ou está evoluindo mal, por exemplo, a gente espera que o paciente fique com o BAR negativo, ganhe peso, para de ter febre que ele melhore clinicamente com o tratamento. Isso é uma coisa que ocorre rapidamente, com um mês ele já irá melhorar. Com dois meses precisa estar com BAR negativo, tem que estar se sentindo bem e disposto. Se com todas essas situações o paciente está evoluindo mal por alguma razão, ou se ele está tendo uma reação adversa à medicação, esse encaminhamento é feito diretamente sem o SISREG para a unidade onde tenha pneumologista na área. Não vai pelo SISREG, ele vai direto com uma enfermeira ligando para a outra unidade de referência da área e o paciente vai lá e não há demora. Cada área tem a sua referência com a pneumologista, e caso fique identificado que este paciente tem alguma resistência ou porque a unidade primária pediu já uma cultura ou teste de sensibilidade, ou porque está evoluindo mal e solicitou o exame e veio com uma resistência, esse paciente é agendado também sem o SISREG para a referência terciária que é onde se tratam os pacientes que tem resistência às drogas. Está escrito isso na linha de cuidado da tuberculose disponível na internet. Nesse processo não se usa o SISREG e que é muito importante esclarecer que o SISREG tem gargalo sim em algumas questões, mas o paciente da tuberculose não entra na regra do SISREG, indo direto para a referência secundária, inclusive o caso que tenha uma suspeita de tuberculose e tem BAR negativo, mas uma imagem radiológica suspeita, uma história suspeita, esse paciente nem vai para o SISREG e, é agendado numa referência secundária. Pode ser que alguns casos ainda entrem no SISREG por desconhecimento da equipe. **Conselheiro que não se identificou** disse que o que mais tem é isso. **Dra. Carla Brasil** argumentou que tem entrado no SISREG e vendo todos os casos de pneumologia agora e tem feito isso de pouco tempo para cá e tem acompanhado isso e que quando vê um caso desse no SISREG, liga para a unidade, fala com a médica que pediu e informa que ela não pode mandar isso para o SISREG, que agende com o doutor “fulano” na unidade de referência. Pode acontecer, ela vê acontecer, mas tem ficado atenta a isso e tem procurado corrigir essas falhas e orientar as equipes que estão cometendo esse erro. Disse que estão muito preocupados com isso e estão atentos a essa questão e que não tem ocorrido com tanta frequência e quando verifica isso, liga e fala direto com a pessoa. **Sr. Jorge Pio** disse que quanto a questão da proteção profissional, biossegurança o que ocorre é que não havia um eixo específico falando de biossegurança, mas essa é uma questão que se tem trabalhado há muito tempo. Disse ser uma pessoa que

trabalhou diretamente com isso no programa por muito tempo e que está nesse programa está há mais de dez anos e trabalha nisso por muito tempo na biossegurança. E que tem uma série de recomendações em relação à tuberculose nos locais de trabalho e que a principal proteção contra a tuberculose é justamente diagnosticar o caso precocemente e pensar na tuberculose mas do que máscara e exaustor é ter o serviço organizado e suspeitar de tuberculose nos pacientes que estão na unidade. Não adianta distribuir máscara N-95 para todo mundo no serviço e as pessoas que mais pegaram tuberculose nos hospitais como Salgado Filho, Miguel Couto e hospitais de emergência que temos tido informação nos últimos anos são justamente as pessoas que não se tocavam do assunto. Tinha uma que tinha a máscara, mas andava com ela no bolso. Máscara não é a solução do problema, a solução do problema é ver o paciente e pensar em tuberculose e ir atrás do diagnóstico. Suspeitou de tuberculose, confie no diagnóstico rápido que você tem, agilizar o tempo do paciente dentro da unidade. As medidas de biossegurança mais importante são as medidas administrativas muito mais que as obras e equipamentos. A informação a respeito disso está disponível na rede, está no site da SUBPAV com uma apresentação feita por ele sobre biossegurança e qualquer unidade e pedir informação, estão disponíveis para fazer esse trabalho. Foi falado também sobre a informação que é a área mais atingida, isso também não fazia parte do plano mas é uma informação facilmente visível no site da SUBPAV os locais onde tem mais casos de tuberculose, pode ser avaliado. Quanto a participação do plano também concorda que é preciso integrar mais a relação com o Conselho, sabendo mais o que está acontecendo e trocar informações. E novamente a prevenção da tuberculose se confunde muito com o tratamento, a gente evita tuberculose tratando precocemente os casos, diagnosticando e tratando rapidamente os pacientes. Se na dengue eu tenho que eliminar o mosquito, na tuberculose tenho que eliminar o foco, não matando o paciente, mas sim tratando da forma mais rápida que puder. **Sr. Carlos Tufevesson** iniciou a fala dizendo que sabe que vai prevenir a dengue procurando os focos de água. A pessoa só vai saber da TB se ela tiver tossindo, e para isso é preciso de panfleto informativo de campanhas é meio nesse sentido. É campanha para informação da prevenção e foi disso que sentiu falta no plano. **Sr. Jorge Pio** disse que esse ano foi feita uma grande campanha pelo Estado e que irão ter informação sobre isso, uma campanha muito grande com um material bem bonito que está começando a ser mostrado para eles. Disse que não sabia informar se vai ser feito antes do Carnaval. **Sr. Geraldo** interrompeu dizendo que com todo o respeito à Plenária, que o assunto é pertinente e que deveria ser mais esmiuçado, discutido não só aqui, mas nos Conselhos Distritais também. Deveria ter um pouco mais de abrangência nas informações. Disse ainda que também não se sentiu contemplado com as informações do plano, mas que tem uma pauta que precisa ser seguida, um horário já avançado. Pediu desculpas e compreensão a todos e que devem voltar uma outra hora para essa discussão. Mesa fez um convite para que esse plano seja discutido na Comissão, se possível que seja levado para as distritais e mesmo que já tenha sido pactuado que possa ser adequado a outras necessidades que possa vir a sair da Comissão e dos Conselhos. É um convite para que seja discutido mais amplamente junto com o controle social e a sociedade civil organizada. **Sr. Gustavo** disse que não saberia informar porque nas reuniões da Comissão esse plano não foi apresentado, mas ainda há tempo para a discussão. Acredita que a participação é importante no controle social em relação a essas ações e que vai tentar discutir e avaliar como isso foi feito. Em relação aos testes rápidos, temos a cobertura em toda a Zona Oeste, com as AP's 5.1, 5.2 e 5.3 com 100% da população coberta pelas Clínicas de Saúde da Família. Os testes estão lá e as pessoas podem acessar. Em todas as nossas outras CAP's, já estão capacitados e usando os testes. E pode dizer que em termo

de cobertura em todas as unidades, certamente vai se chegar em uma unidade que poderá dizer que não tem o teste. É preciso monitoramento e avaliação que se tem que estar fazendo porque todas as unidades foram capacitadas e todas as unidades tem o teste para ser realizado e a questão é mantendo o tempo todo essa avaliação. Tem os testes e irão realizar os testes. Sobre a comunicação, é uma questão muito importante e, é preciso utilizar toda essa rede que se tem de controle social e de televisão com a sintonia de comunicação para estar colocando a informação como políticas de que se tem o teste e irá ser realizado o teste. A questão da prevenção que fica muito preocupado quando se fala de prevenção e só se pensa em preservativo, está sendo disponibilizado preservativo em todas as unidades, não se quer pensar apenas em campanha mas em ações permanentes em todos os dias na mídia, educação e controle social para discutirem em conjunto a ajuda a este trabalho e que se precisa ter cada vez mais espaço e momentos como estes para estar discutindo e colocando ações e que dentro da comissão estão trabalhando bastante sobre isso. Com relação ao Carnaval, tem uma proposta que chegou por e-mail a Coordenadoria de Comunicação e que haverá uma campanha do Ministério da Saúde e estão esperando mais detalhes sobre a campanha mas ao mesmo tempo estão disponibilizando 1 milhão de preservativos masculinos e 50 mil preservativos femininos e 100 mil gel lubrificantes para estar colocando como ação, mas essa ação não será apenas no Carnaval e toda e qualquer ação proposta no programa vai estar sendo disponibilizada durante todo o ano em qualquer unidade de saúde, o preservativo estará disponível. **Conselheiro que não se identificou** disse que houve uma dúvida de que é a primeira vez que o preservativo feminino vai ter esse abalo. **Sr. Gustavo** respondeu dizendo que não é a primeira vez porque houve a distribuição no dia primeiro de dezembro. E ela disse que no Carnaval é a primeira vez que será feita a campanha. E, informaram que no ano passado os preservativos femininos chegaram atrasados. **Sr. Gustavo** informou ainda que esse ano se preparou antes e lembrou ao Ministério que todo ano tem Carnaval, que todo ano tem 1º de dezembro, então não dá para ficar esperando e estão trabalhando antes e está tudo disponível para ser usado na campanha. **Sr. Geraldo** interrompeu e passou para a próxima pergunta como questão de ordem para encerrar o ponto de pauta, para seguir com a mesma. Ainda assim, uma pessoa na plenária informou a última sugestão para terem mais informação sobre essas coisas, porque existem dois fóruns importantíssimos que é o Fórum de TB e o Fórum de AIDS e que o Conselho tem que estar mais presente nesses espaços até para disponibilizar essas informações. **Sr. Geraldo** salientou que ficaram uma hora e meia discutindo sobre isso e pediu que as pessoas entendam o encerramento do ponto. **Conselheiro novamente que não se identificou** disse que foi falado do preservativo masculino e feminino, mas não falou do gel para as grandes atividades e indagou quem está na ponta para grandes eventos e que está trabalhando isso dentro das unidades. **Sr. Sérgio Aquino** assumiu a palavra respondendo que os preservativos estão disponíveis na campanha e em todos os dias nas unidades de saúde e se chegarem em qualquer unidade de saúde que não tenha preservativo, podem **ligar** para **3971-1664** que irá responder sobre o preservativo. **Sr. Geraldo** agradeceu a presença dos expositores e seguiu para o próximo item da pauta **3) Conferência de Defesa Civil. Indicação de 01 membro para representar o Colegiado**. Perguntou se teria algum nome para indicar. Foi indicado o nome do Sr. Rogério Marques Gonçalves e, indagou se mais alguém gostaria de se candidatar para representar o Colegiado. Em regime de votação, pediu quem aprova o nome do Conselheiro Rogério Marques Gonçalves para representante do Colegiado na Conferência de Defesa Civil que levantasse os crachás, os contrários e as abstenções. **O nome do Sr. Rogério Marques Gonçalves foi homologado como representante do Colegiado na Conferência de Defesa Civil por unanimidade.** **Sr. David Salvador** assumiu a

palavra dizendo quem quiser poderá se inscrever para a Conferência de Defesa Civil como representante da Sociedade Civil pelo site ou chegar no dia da Conferência às 8 horas da manhã para participar. Informou o que foi escolhido aqui é o representante do Conselho Municipal de Saúde, mas qualquer pessoa pode participar. O evento irá acontecer na Universidade Veiga de Almeida na Rua Ibituruna, Praça da Bandeira, no dia 13 de fevereiro de 2014. **Sr. David Salvador** continuou passando para o item **4) Esclarecimentos sobre a CIST (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) e indicação de 01 membro do Colegiado para substituição de sua coordenação**. Disse como foi colocado na última plenária pela Conselheira Miriam Andrade, a mesma estaria se ausentando da coordenação quando foi solicitado a Comissão Executiva que pautasse a indicação de um nome deste Plenário para sua substituição. **Sra. Miriam Andrade** assumiu a palavra dizendo que irá pedir para as pessoas terem um pouquinho de paciência e que está todo mundo cansado, para discutir o assunto da CIST. Disse que no Regimento Interno da CIST, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro doravante denominada CIST que é a instância de representação formal da sociedade civil organizada da cidade do Rio de Janeiro. Tem a finalidade de propor ao Colegiado do Conselho Municipal de Saúde o desenvolvimento de amplo debate e articulação entre organismos governamentais e não governamentais, órgãos públicos, Conselho de Classe, Sindicato, Entidade, Grupos da Sociedade Civil que vivenciem ou se interessem nas questões referentes à Saúde do Trabalhador. A CIST existe para esses princípios. A função do coordenador; disse que primeiro queria informar e que existia neste Regimento também e não é somente porque está precisando sair, existe o processo de eleição e a composição dela é de um ano também pelo Regimento e que estaria saindo dentro da legalidade do Regimento por não poder mais ficar. O coordenador tem que ser, de acordo com o artigo 5º deste Regimento, o cargo de coordenador geral da CIST será ocupado por um Conselheiro do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro após processo eleitoral transcorrido em Assembléia Geral da CIST. Esse coordenador tem que ser um Conselheiro Municipal de Saúde. Disse que lendo o Regimento acreditou que poderia ser qualquer Conselheiro Municipal de Saúde mas como a CIST é um braço do Conselho Municipal, no Regimento do Conselho Municipal determina que seja Presidente da Comissão de Saúde do Trabalhador, um profissional de saúde que automaticamente esteja ligado na CIST, o coordenador geral da CIST tem que ser um profissional de saúde. Foi realizada uma consulta a legislação junto com o Sr. David Salvador e, levantou-se que apenas para ser Presidente da Comissão de Saúde precisaria ser profissional de saúde. Para ser coordenador da CIST não haveria esta obrigação. **Sra. Miriam Andrade** prosseguiu informando que dito isso, precisa eleger neste Fórum e passou para a Mesa o encaminhamento para que fosse feita a eleição ou de um voluntário para a coordenação com a condição de que irá passar tudo certinho para o próximo coordenador como: os dias das reuniões e, a próxima reunião já está agendada para o dia 18 de fevereiro no CIAD que fica na Avenida Presidente Vargas – sala 315. Essa é a próxima reunião da CIST para falarmos da seguinte pauta, 1) Indicação da Subcoordenação e primeiro secretário da CIST e após eleger o coordenador aqui na reunião estará elegendo um subcoordenador e um secretário; 2) Saúde Mental onde o Dr. Leonardo estará de novo numa Mesa redonda falando sobre a saúde mental na Saúde do Trabalhador; 3) Aprovação das datas das reuniões para o ano de 2014 e caberá a esse coordenador junto com o pleno da CIST elaborar as datas junto ao calendário proposto; 4) Indicação dos membros eletivos que compareceram as reuniões durante este ano para comparecer a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Essa é a próxima pauta que não está muito extensiva, mas está bastante importante. Nesse momento, a **Sra. Miriam Andrade** solicitou que

encaminhassem quem gostaria de ser coordenador da CIST. **Sr. Geraldo** perguntou quem gostaria de ocupar a coordenação da CIST. Foi pedido pela Conselheira Fátima Lopes um encaminhamento. **Sra. Fátima Lopes** disse que devido ao esvaziamento da Plenária deveria ser tirado na próxima reunião, um dos representantes que já está na Comissão e ser referendado aqui para a coordenação. **Sra. Miriam Andrade** disse que a proposta é que os membros que já existem na Comissão assumam a coordenação mas informou que a Comissão também está esvaziada de Conselheiros. Prosseguiu informando que a Sra. Virgínia Dantas que era a única parceira a estar com ela está doente e pediu que ligassem para a mesma. Prosseguindo, informou que é preciso definir no Conselho, porque se for para ser decidido entre os membros que estão na Comissão, ficará muito difícil. Teremos que jogar no Pleno aberto aos profissionais, usuários e gestores que são Conselheiros titulares. Disse que se não conseguir eleger hoje por conta do esvaziamento, poderá aceitar a proposta de ficar definido na próxima reunião, mas salientou que é um assunto urgente, pois já estamos no Conselho. **Sr. Carlos Alberto Alves** (Marreta) disse que no meio da reunião sempre irá haver esse esvaziamento e questionou porque não começar a próxima reunião com esse requerimento de candidatos, colocando na próxima pauta. **Sr. Geraldo** perguntou se estavam todos esclarecidos de que na próxima reunião ocorrerá a eleição para o coordenador da CIST e que seja o primeiro ponto de pauta. Passou então ao próximo ponto **5) Comissões do Conselho Municipal de Saúde. Comissão de Saúde do Trabalhador:** já pronunciou-se. **Comissão de Saúde:** **Sr. Milton Lima** assumiu a palavra dizendo que a Comissão de Saúde ressurgiu já que o Regimento do Conselho determina que todo Conselheiro deve participar de pelo menos uma Comissão. As Comissões são formadas e o Conselheiro não frequenta e nem dá nenhuma satisfação. Afirmou que o Conselho estava uma beleza. Cada um faz o que bem entende e a Comissão fica apenas com o Presidente que não comparece para presidir a reunião. Disse que na próxima quinta-feira tentaria fazer a reunião da Comissão de Saúde e que iria tentar trazer de volta os Conselheiros, pois alguns não comparecem por morarem longe, moram longe mas se comprometeram a participar da Comissão. Agradeceu. **Comissão de Gêneros, Raças e Etnias:** **Sra. Ianê Germano** disse que gostaria de informar que apesar das dificuldades de comparecimento dos representantes na Comissão, esse ano serão resolvidas. Informou que a Comissão esteve presente no Congresso da BRASCO que ocorreu na UERJ e que fizeram o papel da Comissão de dar as contribuições. Informou também que a Comissão esteve presente na 2ª EXPE que ocorreu em Brasília na semana passada que é a 2ª Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica de Participação no SUS onde tiveram a participação de 1.200 pessoas de toda a federação e como Comissão deu a sua contribuição, trouxeram material para sorteio ou deixar de amostra no Conselho. Disse que é importante que estejam sempre presentes nos espaços políticos da sociedade onde temos a presença de Ministros, de Secretários de todo o país e de vários municípios da federação brasileira. **Comissão de Orçamento e Finanças, Comissão de Saúde Mental, Comissão Especial para Acompanhamento de Eventos de Massa, Comissão de Educação Permanente, Comissão DST/AIDS** sem informes. Prosseguiu ao próximo item de pauta **5) Informes da Secretaria Executiva do Conselho; 5.1 - Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Assunto: Notificação 2ª PJTCSCAP nº 0012/2014 sobre apuração da regularidade de apresentação e análise do Relatório Quadrimestral da SMS.** **Sr. David Salvador** informou que receberam uma notificação do Ministério Público a qual fará a leitura. “O Ministério Público do Rio de Janeiro através da Promotora de Justiça que subscreve vem no uso de suas atribuições legais de acordo (...). Considerando a instauração do procedimento em referência objetivando a apuração de possíveis lesões no direito à saúde vem

notificar a vossa senhoria para ciência acerca da remessa dos autos dos procedimentos em epígrafe a Conselho Superior do Ministério Público para homologação do arquivamento promovido por esta Promotoria pelas razões apresentadas na promoção do arquivamento que se segue. Trata-se de um inquérito civil instaurado para apurar irregularidades para a apresentação em relatório detalhado quadrimestral que trata o artigo 36 da lei complementar 141/2012 bem como a apresentação do referido relatório à Câmara em audiência pública. Às folhas 31 constam um pronunciamento da Secretária Executiva do Conselho Municipal na qual esclarece que o artigo 12 da lei 8.689/2003 foi revogado e que os relatórios passaram a ser quadrimestrais pelo disposto na lei complementar 141/2012. Às folhas 40 e seguintes constam as atas das reuniões do Conselho Municipal inclusive na folha 73. Às folhas 58 seguinte a Câmara dos Vereadores esclarece que a lei 141/2012 só foi regulamentada em outubro e que a audiência pública ocorreria em julho de 2013. Às folhas 73 e seguintes o Conselho Municipal de Saúde apresenta as prestações de contas quadrimestrais de 2012 e as atas das reuniões. Na documentação apresentada na contracapa dos autos, constam as documentações encaminhadas pela Câmara dos Vereadores com cópia da ata de audiência pública realizada em julho de 2013 para apresentação dos relatórios quadrimestrais pelo Gestor Municipal do SUS.” Baseado nisso e na legislação que rege o Ministério Público, foi pedido o arquivamento porque cumprimos o nosso dever e a nossa obrigação no que se refere ao relatório quadrimestral e relatório de gestão parabenizando a todos. Informou que a origem foi a **apuração da regularidade de apresentação e análise do Relatório Quadrimestral detalhada e elaborada pelo município do Rio de Janeiro como montante a fonte aplicada na saúde, auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a oferta e produção dos serviços de saúde na rede assistencial própria, contratada e conveniada, artigo 36 da Lei complementar 141/2012 e a necessidade de análise pelo Conselho Municipal de Saúde e a Câmara de Vereadores no período analisado de 2009 a 2012.** Prosseguiu informando que alguém havia dito que eles não teriam realizado, o Ministério Público que mantém o sigilo de quem fez a denúncia. E o que importa é que foi provado que fizeram tudo o que deveria ser feito no período. Disse ainda quem quiser a informação sobre o inquérito poderá pesquisar através da numeração de **2012/40010011934.** **Sr. Geraldo** passou para o item **6) Informes do Colegiado.** **Sr. José Liporage, Sindicato dos Farmacêuticos do Estado do Rio de Janeiro,** disse que queria informar que a FarManguinhos conquistou em dezembro de 2013 a categoria prata do prêmio qualidade e que queria dar os parabéns a FarManguinhos e ao Instituto de Tecnologia de Medicamentos e que aproveitou e pediu a eles o jornal da Franguinhos com o balanço da responsabilidade social de 2012 que foi disponibilizado hoje para todo o Colegiado do Conselho Municipal de Saúde. **Sra. Laura, Sindicato dos Médicos** disse que o seu informe era sobre uma coisa que todos deveriam estar sabendo por estar na mídia que é a paralisação das unidades federais e com isso, as unidades municipais já estão supercarregadas e que já passa a noite acordada. Eles estão em reunião e vão tentar conversar com o líder sindical porque quem está liderando esta greve por enquanto é o SINDSPREV, que levantou a greve e que na verdade os profissionais do município não tem muito interesse na greve, o povo já está muito sacrificado mas acredita que irá ter uma paralisação importante de todos os médicos e profissionais de saúde. **Sra. Fátima Lopes** informou que o Hospital Federal de Bonsucesso está em greve. São 1005 os funcionários e que tentou negociar com o Comando de Greve que é mais do SINDSPREV e solicitou uma negociação que não fizesse piquete e permitisse a entrada dos usuários, principalmente aqueles que estão com marcação de consulta, exame e cirurgia pelo SISREG porque se perder, quando conseguirem outra marcação ou então que eles assumissem essa conta no colo

deles. **Sra. Maria Alice, representante da AP 2.2**, disse que queria informar que o Hospital do Andaraí está funcionando e está operando e recebendo as pessoas e que a greve está mais na briga pelas 30 horas. Essa é a história e como estava fechada a emergência para obras, será aberta amanhã. Informou ainda que esteve no Hospital hoje e está tudo funcionando. Que foi pedido apoio as Associações de Moradores do Complexo do Andaraí para fazer a passeata na rua, só que o povo não apareceu porquê de uma forma ou de outra estão sendo atendidos no Hospital do Andaraí. E que não acha que esteja sendo justa a briga pelas 30 horas dentro de uma lei, mas está funcionando. Informou ainda que esteve no Hospital na terça-feira da semana passada quando ocorreu um fato triste de um paciente que se jogou do 8º andar, mas que está tudo funcionando. Disse que estiveram ontem com a direção para saber sobre o que estava acontecendo e tiveram a informação que a emergência estava fechada para obras. **Sr. Geraldo** informou que o Sr. Carlos Alberto Alves (Marreta) pediu uma Questão de Ordem quanto ao material trazido pela Conselheira Ianê Germano. **Sr. Carlos Alberto Alves** assumiu a palavra dizendo que a Conselheira falou que ou se fazia o sorteio ou que ficaria para o Conselho. Disse que deveria ficar para pesquisa no Conselho. **Sr. David Salvador** assumiu a palavra dizendo que parte do material que foi trazido ficaria para a biblioteca do Conselho e o restante se tiver alguém interessado, daremos a pessoa ou sortearmos. O material foi entregue ao Sr. Carlos Alberto Alves com o consentimento do Plenário e, não havendo mais nada a ser informando o **Sr. Geraldo** encerrou a reunião às 17 horas e 21 minutos, agradecendo a presença e desejando a todos uma boa tarde e um bom retorno as suas residências e, eu **Wagner Ubiratan Candido Alves** dou por lavrada e assino em conjunto com o **Sr. Geraldo Batista de Oliveira**, como substituto do presidente deste Conselho Dr. Hans Fernando Rocha Dohmann.

Wagner Ubiratan Candido Alves

Geraldo Batista de Oliveira